tencia sanitaria, aunque permita que el Estado delegue otras competencias (128). En virtud de ese marco, sustancialmente diverso al nuestro, la ley que regula el Servicio Sanitario Nacional que declara ser competencia estatal la función administrativa (ejecutiva) sobre: La producción, registro, investigación, la experimentación, el comercio y la información sobre los productos químicos usados en medicina, los preparados farmacéuticos, la especialidad farmaceútica(medicinal), las vacunas, sueros y productos asimilados, hemoderivados, protecciones sanitarias medico-quirúrgicas y productos análogos incluidos los de uso veterinario; así como todas las funciones ejecutivas sobre productos estupefacientes y psicotropos (129). A diferencia de lo que ocurre en España. las regiones italianas no asumen competencias de salud pública, por ello, tan sólo poseen competencias de inspección y control de la dispensación en las oficinas de farmacia. Este régimen, sustancialmente diverso al que debe imperar en nuestro sistema autonómico, es el que parece

---

(128) Art. 117: Beneficencia pública y asitencia sanitaria y hospitalaria. Constitución de la República Italiana de 27 de diciembre de 1947. Publicada en "Leyes Constitucionales" pp. 115-163. Ed. Taurus, Madrid. 1959. Sobre las competencias de las regiones de Estatuto especial cfr. ANGELICI, Mario. "Principi di Diritto sanitario". Vol I. Parte generale pp. 205-215 (1974).

(129) Ley 833.1978, 23. XII, de Reforma Sanitaria, publicada en "Rassegna Amministrativa della Sanità", XVII-6, pp. 255-331 (1978), art. 6.

adoptar la Ley General de Sanidad siguiendo en esto al Decreto de coordinación y planificación sanitaria.

De las referencias a las legislaciones comparadas de los dos países que mayor influencia ejercieron en la elaboración de nuestro texto constitucional, se desprenden los límites y sentido de las cláusulas que han de imperar en materia de industria farmacéutica: habrá de predominar el sistema de autonomía ejecutiva, no es aplicable el régimen italiano, que reserva al Estado las atribuciones sobre sanidad pública.

2.2.3. Facultades normativas.

Fuera de los casos relacionados con la fabricación de productos y especialidades farmacéuticas, en los demás las Comunidades Autónomas tienen competencias normativas y ejecutivas plenas en el marco que definan las bases estatales y que podrán establecer criterios diversos respecto de cada tipo o grupo de establecimientos sanitarios. El Tribunal Constitucional se ha pronunciado sobre este particular en relación con los establecimientos en general, y sobre los centros dedicados a la extracción y trasplante de órganos.

En materia de establecimientos en general, el Decreto sobre Coordinación y Planificación Sanitaria confiaba al Estado la "determinación con carácter general (competencia reglamentaria) de los requisitos técnicos y condi-

ciones mínimas para la aprobación, homologación, autorización, revisión o evaluación de las instalaciones, equipos estructuras, organización y régimen de funcionamiento de los centros, servicios, actividades o establecimientos sanitarios" (130). El Tribunal Constitucional admitió que la fijación de los requisitos técnicos mínimos y las condiciones mínimas es una competencia básica por encima de las cuales las Comunidades Autónomas podrán establecer medidas de desarrollo legislativo, así como añadir a los requisitos técnicos mínimos, determinados con carácter general, otros que entienda oportunos o especialmente adecuados (131). Por tanto, sobre esta materia, los poderes territoriales conservan sus competencias normativas con carácter general sin que -en principio- quepan reservas de facultades reglamentarias (íntegras) o ejecutivas. Como competencia compartida, y por estar así expresamente reconocido para la sanidad interior, el Estado ostenta las facultades de coordinación general, por lo que, para esos efectos, podrá crear un Registro general de establecimientos, que preveía el Decreto de Coordinación y Planificación Sanitaria (132).

---

(130) Art. 2.6. del Decreto, citado en nota (125).

(131) STC 32/83 y 42/83 citadas en nota (124), F.J. 3 (artículo 2.6) y 4 (artículo 2.6.) respectivamente.

(132) Art. 2.8. del Decreto citado en nota (125).

La Ley General de Sanidad como en los casos antes estudiados reproduce las previsiones del Decreto de Coordinación y Planificación sanitaria y declara competencia estatal:

a) "La determinación con carácter general de las condiciones o requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios" (133). También para los almacenes distribuidores de productos y especialidades farmacéuticas (134).

b) "El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias" (135).

En relación con el régimen general de los establecimientos sanitarios se plantea el problema de la territorialidad al que ya hemos dedicado atención en un capítulo anterior en el que destacábamos la rigidez con que ha sido aplicado en nuestro sistema autonómico. Tenía especial incidencia en la distribución de competencias administrativas sobre las personas jurídicas cuando desarrollan sus actividades en más de un territorio autonómico. En materia de Cooperativas tuvimos ocasión de comprobar

---

(133) Art. 40.7 del Proyecto citado en nota (79).
(134) Ibid. art. 40.6. párrafo 2º.
(135) Ibid. art. 40.9.

cómo el Tribunal Constitucional —a falta de una regulación más generosa— había tenido que declarar la titularidad estatal de las funciones de ejecución respecto a una sociedad cooperativa de crédito domiciliada en el País Vasco que desarrolla en su territorio la mayor parte de su actividad pero que también operaba en Madrid (sólo en Madrid). Sugeríamos entonces la adopción de criterios correctores, entre ellos el del domicilio y, en su defecto el de mayor actividad, que deberían ser establecidos en las normas básicas; con ello se evitaban las innecesarias competencias ejecutivas residuales en favor del Estado y la duplicidad de actuaciones. Sin embargo, la ley de Sanidad mantiene, sin variar un ápice la situación anterior, que es competencia estatal la autorización de los almacenes dedicados a la distribución mayorista de productos y especialidades farmacéuticas, cuando ejerzan sus actividades en más de una Comunidad Autónoma (136). Sería deseable, como ya dijimos, que se adopten criterios más generosos que, además, favorecieran la reforma administrativa, impidiendo las duplicidades de actuaciones. Aun cuando desarrollan sus actividades en más de un territorio, y aunque rija el principio de la territorialidad con la rigidez actual, las facultades de inspección y control sobre cada centro —o so-

(136) Art. 40.8 del Proyecto citado en nota (79).

bre cada almacén- es de titularidad autónómica.

Los centros y establecimientos sanitarios están sometidos, según acabamos de ver, al régimen general de la sanidad interior. El Estado ha de definir las bases normativas, entre las que se incluyen la fijación de los requisitos técnicos y condiciones mínimas. Las Comunidades Autónomas tienen competencias de desarrollo legislativo y ejecución dentro de las bases estatales. La excepción a ese régimen general la encontramos en la industria farmacéutica, que se rige por los principios de la autonomía ejecutiva. Dentro del régimen general, aparecen dos tipos de establecimientos sanitarios que reúnen algunas especialidades y que conviene estudiar con más detalle; son los centros que vayan a dedicarse a la extracción y trasplante de órganos, a los que ha de asimilarse los dedicados a la hemodonación, y, por otra parte, las oficinas de farmacia.

A) Centros y servicios de extracción y trasplante de órganos, hemodonación.

Hemos de distinguirlos de aquellos otros dedicados a la utilización de los productos humanos con fines terapéuticos que se asimilen al régimen de los laboratorios de especialidades farmacéuticas.

El Decreto sobre Coordinación y planificación sanitarias, antecedente de la Ley General de Sanidad, declara

ba competencia propia de la Administración del Estado:

"La acreditación homologación y autorización de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos y disposiciones que la desarrollan con la colaboración de las demás Administraciones Públicas en las tramitaciones correspondientes" (137). Se producía así una reserva estatal de ciertas competencias ejecutivas privando a las autonomías de sus facultades normativas. El Tribunal Constitucional declaró en el conflicto planteado por la Generalidad de Cataluña:

a) que la actividad de coordinación -en que apoyaba el Abogado del Estado la retención estatal- no puede implicar la asunción por la Administración Central de las facultades de acreditación, homologación y autorización de centros y servicios";

b) "el Tribunal entiende que corresponde al Estado la regulación de la extracción y trasplante de órganos, porque así resulta de su incidencia an el ámbito de los derechos de la personalidad, que como tales no están comprendidos en la materia de sanidad; pero en la medida en que aparecen implicadas competencias de la Administración sanitaria, y sólo en ese sentido, la regulación

---

(137) Art. 2.7 del Decreto citado en nota (125) y STC 42/83, citada en nota (124), F.J. 4 (art. 27).

ha de considerarse como básica en materia de sanidad, y ha sido ya llevada a cabo, en lo que aquí interesa, por la ley postconstitucional 30/79, y disposiciones que la desarrollan...".

c) la competencia objeto de conflicto "y única a la que ahora nos referimos, no es de carácter normativo, si no claramente de ejecución, y dado que no se observa que existan razones que justifiquen el incluir como una competencia básica la acreditación, homologación y autorización mencionadas, hay que concluir que tal competencia corresponde a la Comunidad Autónoma de Cataluña". A continuación matiza el Tribunal esta declaración y señala que esta conclusión "tiene un carácter provisional, hasta tanto el Estado delimite por ley de bases de la sanidad interior y el ámbito de sus demás competencias" (138)

Una sentencia posterior dictada en un conflicto de competencias planteado en relación con el artículo 4,a) del Decreto del Gobierno Vasco 205/1982, de 2 de noviembre sobre servicios, centros y establecimientos sanitarios, confirma la doctrina anterior e insiste en la provisionalidad de la resolución pendiente de las futuras bases de la sanidad interior (139). El proyecto de Ley

---

(138) STC 42/1983, F.J. 4.

(139) STC 80/1984, 20.VII (BOE24. VIII),dictada en el C P C 114/1983.

General de Sanidad, de nuevo vuelve a rep ducir la definición indebidamente introducida en el Decreto de Coordinación y planificación sanitaria pero omitiendo toda referencia al principio de cooperación. Establece que es competencia estatal la "homologación y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos" (140).

A nuestro juicio, el Tribunal Constitucional no declaró, como parece interpretar la Ley General, que la competencia ejecutiva sobre extracción y trasplante de órganos sólo puede ser de titularidad estatal si expresamente se define así en las bases de la sanidad. Si entendemos -con fundamento en la jurisprudencia constitucional- el concepto de bases en "sentido literal" y no formal, hemos de concluir que será básico aquello que por su contenido material -no por mera declaración- tenga esa naturaleza. Es decir, sólo será básico aquello que persiga la unidad del sistema y la igualdad en las condiciones básicas para el ejrcicio de los derechos y cumplimiento de los deberes constitucionales. No será básico aquello que no se encamine directamente a asegurar un común denominador normativo. Las bases tienen un carácter esencialemente normativo que sólo en contadas ocasiones -siempre previa habilitación

(140) Art. 40.8 del Proyesto citado en nota (79).

legal- admite desarrollos reglamentarios uniformes para todo el territorio; a veces, puede alcanzar a ciertas funciones ejecutivas, cuando sea precisa su retención para preservar la unidad, pero sólo por excepción, por razones verdaderamente cualificadas. Cuando una norma -pese a su denominación- no tenga esa naturaleza básica, será de aplicación subsidiaria en defecto de las normas autonómicas. Esto es la calificación que merece a nuestro juicio la reserva estatal de las competencias de ejecución en materia de extracción y trasplante de órganos.

El Tribunal Constitucional declaró en las sentencias antes citadas que la reserva estatal cuestionada carecía de justificación según las normas entonces vigentes. Esa conclusión se hacía sin perjuicio de la delimitación de las bases de la sanidad y el ámbito de ls demás competencias. Es decir, que según el sistema que el legislador estatal definiese, podría o no en un futuro, tener naturaleza básica esa competencia. A nuestro juicio, las bases de la sanidad tal como las define la ey General dejan sin fundamento tal reserva. Sin perjuicio de lo que en un futuro puede declarar el Tribunal Constitucional, intérprete supremo de la Constitución, nuestra postura se apoya en los siguiente:

a) La legislación sobre donación y trasplante de órganos, en cuanto derecho de la personalidad -que, por

cierto, reclamaría Ley Orgánica y no la Ley Ordinaria por la que se rige-, como desarrollo de los artículos 15 y otros del Capítulo 2º, seccción 2ª del Título 1º de nuestra Ley Fundamental, exige que sea una y la misma para todo el territorio nacional, competencia estatal, por tanto. En cuanto desarrollo de derechos fundamentales sometidos a reserva de Ley Orgánica puede establecer -esa ley por su incidencia en los derechos fundamentales- a favor del Estado esas competencias ejecutivas (141).

b) Una vez definidas las directrices generales, como ha hecho una ley postconstitucional, las bases de la sanidad nacional sólo podrán fundarse en esos criterior generales -de vigencia general y uniforme- y el resto de los principios fundamentales de la sanidad nacional para reservar al Estado competencias de ejecución, que son excepcionales.

c) De la legislación postconstitucional -insistimos- no se deriva imperativo alguno que exija el uniformismo en la aplicación de las leyes. La discrecionalidad técnica, que podría justificarla, puede ser limitada mediante las facultades reglamentarias cuya titularidad estatal no parece cuestionarse. Junto a las facultades normativas plenas, cuenta la Administración estatal con las de coor-

---

(141) STC 80/1984, citada en nota (139), F.J.2.

dinación general y alta inspección. Las competencias estatales sobre productos y especialidades farmacéuticas y de material médico-quirúrgico, antes estudiadas, garantizarán suficientemente los intereses generales de salud pública. La solidaridad, la interdicción del tráfico de órganos humanos, etc, pueden asegurarse perfectamente con dichos poderes. En el peor de los casos, como medida de coordinación, sería posible-y constuticionalmente más adecuado- la exigencia de realizar determinadas actos administrativos de conformidad con la Administración central, o bien previa autorización como hemos visto que ocurre con la coordinación de la actividad económica.

El régimen de la hemodonación habrá de ser análogo al de la extracción y trasplante de órganos pues existe identidad de razón: en ambos casos se trata de productos humanos, ajenos que se donan o trasplantan a otros, rige el principio de la solidaridad humana, excluye -en principio- su comercialidad, e inciden en los derechos de la personalidad. La diferencia entre unos y otros radican en las condiciones de seguridad y riesgos, mayores, por menor desarrollo técnico, en el caso de los trasplantes. La normativa sobre hemodonación aporta bastantes orientaciones para el adecuado enfoque de la delimitación de

funciones (142).

B). El régimen de distribución de competencias en materia de Oficinas de farmacia.

Las oficinas de farmacia están configuradas en nuestro ordenamiento jurídico como establecimientos sanita-

---

(142) Ha sido recientemente reformada por R.D 1945/1985, de 9 de octubre, por el que se regula la Hemodonación y Bancos de Sangre (BOE 24.X.). En él se establece:

a) La obtención, preparación y conservación, almacenamiento, distribución, tráfico y suministro de sangre humana y sus componentes están sujetos al control y dirección de las Administraciones Públicas. El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá los patrones, métodos, requisitos técnicos y condiciones mínimas para la obtención y preparación de sangre y sus componentes y control de calidad. La Administración Pública (autonómica) expedirá, a petición del Banco de sangre, certificación acreditativa de que el producto ha sido preparado en centro que reune los requisitos exigidos por las normas sanitarias españolas (artículo 2)

b) La autorización y supervisión de los Bancos de Sangre corresponde a las Comunidades Autónomas (arts 8-12)

c) Se mantiene la Red Nacional de Bancos de sangre y se establece la vinvulación solidaria entre todos los centros coordinándose y complementándose mútuamente. El Ministerio de Sanidad y Consumo coordinará el servicio público de la Red Nacional (art. 18). Competencia de Coordinación (se contempla tanto la vertical como la horizontal)

d) La disposición adicional 2ª señala la obligación de las Comunidades Autónomas de informar periódicamente al Ministerio de Sanidad y Consumo.

rios. Así se reconoce en la Base XVI de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25.XI. 1944 y en las disposiciones que la desarrollan. La O.M. de 17.I.1980. define la oficina de farmacia como el establecimiento sanitario donde se ejercen funciones, actividades y servicios asistenciales, farmacéuticos, así como de la salud pública en los casos y circunstancias establecidos o que se determinen (143). En la misma disposición se dan como funciones del farmacéutico: elaboración de medicamentos y fórmulas magistrales, dispensación de aquellos, vigilancia y control de recetas y demás prescripciones, conservación y custodia de los productos sometidos a especial restricción de uso. También colaborará en la asitencia sanitaria en cuanto a información de medicamentos, farmacovigilancia, promoción de la salud y educación sanitaria (144).

En el reparto de competencias sobre oficinas de farmacia concurren diversos títulos que configuran un régimen peculiar. Como establecimientos sanitarios siguen las reglas generales estudiadas. Su carácter de servicios asistenciales, le confieren rasgos especiales que pueden justificar un mayor protagonismo estatal.

---

(143) Art. 2.1 O.M. de 17.I.80 , que define las funciones y servicios de las oficinas de farmacia (B.O.E.).

(144) Art. 2.2 de la citada O.M.

Desde el punto de vista asistencial, el Estado ha de garantizar —a través de las bases— la igualdad en las condiciones básicas de todos los ciudadanos para el acceso a los servicios farmacéuticos; es decir, el Estado deberá garantizar a todos los ciudadanos la existencia de unos servicios mínimos comunes a todas las Comunidades Autónomas. Para ello, a través de las bases, es competente para diseñar el modelo que ha de regir en todo el territorio nacional, así como las técnicas apropiadas para una distribución geográfica de las oficinas, adecuada a las necesidades de toda la población. El modelo podrá ser de libre establecimiento o, por el contrario, como hasta ahora, el de las limitaciones en beneficio de una mejor distribución. En uno y otro casos, se han de establecer los mecanismos que eviten que queden sectores de la población insuficientemente atendidos, y compensen a quienes presten servicios en zonas de escasa rentabilidad. El régimen de apertura ha de ser común para todo el territorio para garantizar la libertad de circulación y establecimiento de los profesionales. Dentro de ese régimen jurídico común, la legislación estatal ha de permitir a cada Comunidad desarrollar, dentro de un amplio margen, su propio sistema, adaptando las orientaciones generales a sus peculiares circunstancias (sociales, económicas, políticas, etc.). El Estado es competente también para establecer los requisitos y modalidades de las prestaciones farmacéuticas con cargo a la Seguridad Social, sin que ello justifique,

obviamente, la retención de competencias en su favor, fuera de las estrictamente comprendidas bajo el título de la Seguridad Social.

En cuanto establecimientos destinados a la dispensación de "productos farmacéuticos", el Estado tiene competencias legislativas plenas para regular aquellos aspectos que, directamente relacionados con los medicamentos, exijan un tratamiento uniforme para la efectividad de las leyes estatales. Así, tendrán vigencia general, y las Comunidades carecen de título para innovar el ordenamiento jurídico, las normas sobre dispensación de productos y especialidades farmacéuticas: especialidades que precisan receta, aquellas otras que sólo pueden despacharse con recetas especiales, las que tengan la consideración de publicitarias, y las dispensadas, en su caso, de ser vendidas en farmacias. Del mismo modo, las normas sobre la elaboración de fórmulas magistrales y de especialidades oficinales, obligaciones de los farmacéuticos en relación con la salud pública, supuestos en que han de auxiliar a los poderes públicos, etc. En todas estas materias, las Administraciones territoriales ejercerán las funciones ejecutivas y, entre ellas, la inspección y sanción. Junto a ello, cada Comunidad, en el marco de su propia política sanitaria, señalará objetivos y concretará las funciones de las oficinas de farmacia en materia de información de medicamentos, farmacovigilancia, promoción de la salud y educa-

ción sanitaria.

Las funciones de ejecución corresponden de modo pleno a las Administraciones autonómicas para la aplicación de las leyes (estatales o territoriales). Mientras no se determinen las bases de la sanidad que hayan de regir el establecimiento de oficinas de farmacia, las Comunidades Autónomas habrán de observar la legislación vigente, que tiene —toda ella— rango reglamentario. Pese a la declaración de inconstitucionalidad sobrevenida (derogación) de la Base XVI, párrafo 9 de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1.944, en cuanto que habilita al Gobierno para regular libremente las limitaciones para el establecimiento de las farmacias, las disposiciones nacidas a su amparo mantienen su vigencia(145). Las Comunidades pueden, no obstante, dentro de esas disposiciones, señalar regímenes peculiares, respetando las bases que se desprenden de la legislación vigente. La Comunidad Autónoma de Cataluña ha hecho uso de estas competencias y el Tribunal Supremo resolvió recientemente un recurso contra dichas disposiciones, confirmando la titularidad autonómica de la competencia controvertida (146). Las Comunidades, a medida que han recibido el traspaso de servicios sanitarios, han ido confirmando las delegaciones de la tramitación de los expedientes a favor de los Colegios Oficiales. La Comunidad Autónoma de Madrid es la única que ha revocado tal delegación y ejer-

(145) STC 84/1.984, de 24.VII (BOE 24.VIII), dictada en la Cuestión de Inconstitucionalidad 80/1.983, en relación con el párrafo 9 de la Base XVI de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25.XI.1.944.
(146) STS de 25.IV.1.984 (Sala 4ª). Magistrado ponente D. J.Mª Reyes Monterreal, que confirma la sentencia de la Audiencia Territorial de Barcelona de 28.I.1.982.

ce ahora sus competencias por órganos propios(147).

Con carácter general, se ha mantenido también la vía administrativa previa en el ámbito colegial. La Junta de Andalucía lo ha declarado expresamente(148). La Generalidad de Cataluña, en cambio, ha establecido que los recursos contra las resoluciones de los Colegios Provinciales conocerá en alzada el Director General de Asistencia Sanitaria (149). Esta disposición de la Generalidad tiene su justificación en la necesidad de garantizar el cumplimiento de las disposiciones propias dictadas en el ejercicio de las competencias asumidas.

Los Colegios Provinciales, al ejercer funciones propias de las Comunidades Autónomas, deben quedar sometidas a la supervisión de las Administraciones delegantes. Por ello, la ley del Proceso Autonómico (que se tramitó ante las Cortes como LOAPA), dedica su artículo 15 a las Corporaciones de Derecho Público y se pronuncia en este mismo sentido:

a) en primer lugar —lo que es conforme con la técnica de delegación que las Comunidades han mantenido, a mi modo de ver, de modo plausible— se establece que tendrán

---

(147) Orden de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid de 6 de mayo de 1985 (BOE 12. VII), por la que se dejan sin efecto determinadas delegaciones en favor del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

(148) Orden de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de 1 de marzo de 1982 por la que se ratifica la delega-

carácter de órganos de consulta y colaboración con la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, y estarán sometidas a la tutela administrativa de estas últimas (150). En el mismo apartado se prevé, lo que es conforme con el modelo organizativo que sugerimos, que además de las "competencias administrativas que pueden ostentar por atribución legal o por delegación de las Administraciones públicas, tendrán como función propia..."

b) en el último apartado, después de establecer que podrán-por ley del Estado- constituirse Consejos Generales o Superiores de las Corporaciones...para asumir la representación de los intereses corporativos en el ámbito nacional, añade:"...los acuerdos de los órganos de estas Corporaciones con competencias en ámbito inferior al nacional no serán susceptibles de ser recurridos en alzada ante los Consejos Generales o Superiores salvo que sus Estatutos no dispusieran lo contrario" (151). De aquí se

---

ción en los Colegios Provinciales de Farmacéuticos resoluciones de expedientes de focinas de Farmacia (Boletin Oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo, nº II.An 5) Cfr. art. 3.

(149) Según se establece en la Orden de 28 de diciembre de 1979, citada posr SUNE,J.Mª "Legislación Farmaceútica Española", p. 273, 7ª ed. Barcelona 1984. La Orden de 25. I. 1982 delegó en el Director General de Asitencia Sanitaria la facultad de emitir las actas de apertura. (Cfr. Boletín Oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo,nº, II.G.C.12).

(150) Ley 12/1983, de 14.X (BOE 15.X) del Proceso Autonómico.

(151) Ibid.

desprende la excepcionalidad de los recursos de alzada ante los Consejos Generales —salvo disposición en contra— que, a nuestro juicio, es improcedente cuando se trata de competencias que ejercen por delegación y que, por lo tanto, están sujetas la control administrativo de los órganos delegantes. Lo mismo puede decirse con carácter general respecto a las competencias propias de los Colegios, sobre los que la Administraciónes territoriales ejercen funciones de tutela administrativa. Si se quiere potenciar la actuación pública de las Corporaciones de Derecho Público, interviniendo en el desempeño de funciones propias de las Comunidades Autónomas, como medio de descentralización, desconcentración y participación, es preciso admitir el carácter excepcional de los recursos de alzada ante los órganos colegiales de ámbito territorial superior al de los territorios autonómicos; y a la vez se manifiesta la necesidad de que de esos recursos conozca en alzada el órgano delegante.

2.3. Profesiones sanitarias. Libertad de circulación y establecimiento.

Dentro del régimen de las profesiones sanitarias, hemos de distinguir, para el estudio de la distribución de competencias, entre la titulación y especialización profesional y el ejercicio de las profesiones tituladas.

En la distribución de competencias sobre las profesiones sanitarias, tiene relevancia el principio de libre circulación y establecimiento de personas en todo el territorio nacional (art. 137.2), que, junto a la previsión del artículo 36 (la ley regulará el ejercicio de las profesiones tituladas), justifica la atribución al Estado la atribución de la competencia para la regulación de las "condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales" (art.149.1.30). Estas funciones unificadoras vienen reforzadas —como ha señalado el Tribunal Constitucional— por la reserva de la comptetencia estatal para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales(art.149.1..1) (152).

---

(152) STC 76/1.983, de 5.VIII, F.F. 26, dictada en los RPI 311, 313, 314,315, 316/1.983, contra el proyecto de LOAPA.

A) Titulación y especialización.

Dentro del marco general definido, las competencias sobre titulación y cualificación profesional está sometida a un régimen de reparto de cometidos algo peculiar en virtud de la autonomía universitaria.

El artículo 27.10 de la Constitución reconoce la autonomía universitaria en los términos que la ley establezca. Por encontrarse reconocida dentro del Título I, Capítulo II, sección 1ª ("De los derechos fundamentales y de las libertades públicas") como una de las determinaciones de la libertad de enseñanza, su desarrollo está confiado a Ley Orgánica, ley estatal que ha de regir de modo uniforme en todo el territorio nacional. El ámbito de competencias autonómicas queda, por ello, sustancialmente reducido.

El marco de articulación de funciones entre el Estado-Comunidades Autónomas-Universidad, viene definido por la Ley de Reforma Universitaria, de 25 de agosto de 1.983. En ella se reconocen escasas competencias a los poderes territoriales (153). La titulación académica está atribuida al Estado, que la ejercerá con la asistencia del Consejo de Universidades, que es el órgano de coordi-

---

(153) LO 11/83, 25.VIII de Reforma Universitaria, Cfr. también MUÑOZ MACHADO, S "Derecho Público de las CCAA." vol.I 600-612 (1.982).

nación previsto en la ley y en la que participan las Universidades, las Comunidades Autónomas y representantes del Gobierno, Congreso y Senado(154):

"El Gobierno, a propuesta del Consejo de Universidades, establecerá los títulos que tengan carácter ofioficial y validez en todo el territorio nacional, así como las directrices generales de los planes de estudio que deben cursarse para su obtención y homologación". "Las Universidades en uso de su autonomía, podrán impartir enseñanzas conducentes a la obtención de otros diplomas y títulos" (155).

Respecto de los títulos de especialización, es también el Estado el llamado a dictar las normas para su homologación. Las Comunidades Autónomas podrán crear centros de formación de los profesionales sanitarios, pero para su validez general requieren la homologación —o reconocimiento— estatal.

En este sentido se pronunciaba el Decreto de Coordinación y Planificación sanitaria —antecedente próximo del Proyecto de Ley General de Sanidad— que declaraba de competencia estatal: "<u>la homologación de programas de formación, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario</u>"(156). El Tribunal Constitucional declaró

---

(154) Ibid., art. 24.
(155) Ibid., art. 28
(156) Citado en nota (125), art. 2.9

la validez de la claúsula , aunque señaló la necesidad de su definición por ley, al tratarse de una norma básica. Tan sólo añadió que será de titularidad estatal "cuando con ello se trate de regular las condiciones de obtención de títulos académicos y profesionales"(157). Sin embargo, cuando se refiera a la formación de profesionales sanitarios de la propia Comunidad Autónoma, sin que esta tenga por objeto la expedición de títulos, las autoridades territoriales tienen competencias plenas.

B) Ejercicio de las profesiones tituladas.

El régimen competencial sobre el ejercicio profesional es algo distinto al establecido en materia de titulaciones. En virtud de la competencia estatal para la ordenación de los títulos académicos y por las exigencias del artículo 36 de la Constitución, junto al principio de libertad de circulación y establecimiento, será el Estado quien, a través de las bases normativas, definirá los requisitos generales y condiciones mínimas para el ejercicio de cada una de las profesiones tituladas. Las Comunidades tienen aquí unos ámbitos mayores de autonomía: de desarrollo normativo y ejecución, en el marco de las bases estatales.

Respecto al ejercicio en oficinas de farmacia, por ejemplo, cada Comunidad Autónoma puede definir su sistema

---

(157) STC 32/1.983. citada en nota (124), F.J.3(art. 2.9). El proyecto de Ley General de Sanidad, citada en nota(79), art. 40.10, ha introducido este matiz ("a efectos de regulación de las condiciones de obtención de títulos académicos.

ma particular dentro de las disposiciones estatales. El contenido, y la forma del ejercicio profesional e, incluso, de establecimiento, serán diversos en cada territorio, dentro de la unidad en lo sustancial.

El Decreto de Coordinación y Planificación sanitaria declaró la competencia estatal respecto del:

"establecimiento de los criterios generales para la determinación de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, con referencia a sus diferentes niveles, titulaciones exigidas y demás requisitos y condiciones para su provisión, a fin de garantizar la homogeneidad del sistema sanitario, la igualdad de oportunidad y la libre circulación de los profesionales sanitarios sin trabas ni discriminaciones" (158). En el mismo sentido se pronuncia la Ley General de Sanidad (159).

El Tribunal Constitucional confirmó el carácter básico de la competencia para determinar los "criterios generales", "requisitos" y "condiciones", aunque "han de ser entendidos en todo caso como mínimos", en cuanto que se trata de establecer unas características comunes. Por encima de ellas, las Comunidades Autónomas pueden dictar normas de desarrollo legislativo, así como añadir otras que entienda oportunas o especialmente adecuadas (159 bis).

---

(158) Citado en nota (125), art. 2.10.
(159) Proyecto de Ley General de Sanidad, citado en nota (79), art. 40.11.
(159 bis) STC 32/1.983, F.J.3 (art.2.10) y 42/1.983, F.J.4, citadas en nota (124)

En definitiva, tanto en materia de homologación de títulos como en la reglamentación del ejercicio de las profesiones tituladas, concurren —aunque con diversa intensidad— las Comunidades Autónomas, junto a la Universidad y a los Colegios profesionales y órganos de representación de intereses profesionales. Esta concurrencia exige una intensa cooperación entre ambas instancias y la participación de las Corporaciones Locales y demás órganos representativos interesados. El Estado cuenta, además, con las facultades de coordinación material. En este sentido se pronuncian todos los Decretos de traspaso de servicios, que declaran a favor de las autonomías la responsabilidad para:

"El desarrollo de programas de formación en materia de salud pública coordinadamente con la Administración del Estado, en la forma que reglamentariamente se establezca"(160).

En gran parte de los Decretos se añade a continuación:

"No obstante lo anterior, los Ministerios de Educación, Universidades e investigación y Sanidad y Seguridad Social (1.979) conservarán las competencias que la vigente legislación les otorga al objeto de mantener la homologación de programas y titulaciones".

La competencia estatal, por último, para definir las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas y del régimen estatutario de sus funcionarios, tiene aquí

---

(160) citados en nota (105).

también especial incidencia. Esas bases del régimen estatutario vienen recogidas en la Ley de Reforma de la Función Pública, Ley del Proceso Autonómico y Ley de Bases de Regimen Local. En lo que ahora nos interesa, la Administración sanitaria autonómica habrá de regirse por los siguientes criterios

1º Los funcionarios transferidos, aunque se integran en la función pública autonómica, conservarán su propia escala o cuerpo de procedencia (161).

2º Los puestos de trabajo de las Comunidades y del Estado podrán ser cubiertos por funcionarios que pertenezcan a cualquiera de las administraciones públicas(162) La selección se realizará mediante convocatoris pública y a través del sistema de concurso, oposición o concurso-oposición libre garantizando los principios de igualdad de mérito y capacidad así como el de publicidad(163).

3º Los cuerpos, escalas, clases y categorías de funcionarios al servicio de las administraciones se agruparán de acuerdo con la titulación exigida para su ingreso cinco grupos (164).

---

(161) art. 24.2 Ley del Proceso Autonómico, citada en nota (150).
(162) art. 26 LP Aut.
(163) art. 20 ley 30/84 de 2.VIII de Medidas para la reforma de la Función Pública (LRFP)
(164) art. 25 L. para la RFP.

4º Por ley el Estado podrá declarar o crear cuerpos o escalas nacionales y las funciones propias de dichos Cuerpos o Escalas deberán ser desempeñados en la C A por funcionarios procedentes de ellos. Los de los Cuerpos nacionales podrán participar en los concursos que convoquen la administración del Estado y las CCAA. (165).

5º "A iniciativa de las CCAA., el Estado podrá acordar que determinados puestos de trabajo de la administración de aquellas sean desempeñados por Cuerpos o Escalas estatales (166).

6º El Gobierno podrá homologar Cuerpos o Escalas de funcionarios a los sólos efectos de que los funcionarios puedan participar en los Concursos que convoquen el Estado y las CCAA. (167).

---

(165) arts.28 LP Aut. y 26 LRFP

(166) art. 29 LP Aut.

(167) art. 30 LP Aut.

3. Competencias sobre sanidad alimentaria.

3.1. Regimen general: unidad del sistema sanitario y libre circulación de bienes.

Las funciones sanitarias de control alimentario se rigen por el sistema general de reparto antes estudiado. Corresponderá al Estado la definición de las bases, y a las Comunidades el desarrollo legislativo y la ejecución sin perjuicio de la alta inspección y coordinación general que corresponde a la administración estatal. Sin embargo, como hemos estudiado,la facultad para establecer las bases normativas puede incluir la previsión de desarrollos reglamentarios cuando la complejidad técnica de alguna de ellas exija ulteriores determinaciones por parte del Gobierno. Pero esos desarrollos reglamentarios de aspectos básicos requieren como sabemos previa habilitación legal y ha de justificarse en la naturaleza básica de la norma habilitante.

En la materia que nos ocupa ahora,la necesidad de determinados desarrollos reglamentarios tienen su razón de ser en la necesidad de preservar la unidad del sistema sanitario y de las condiciones básicas para el ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes constitucionales El Gobierno habrá de determinar en cada caso las condiciones generales de los establecimientos alimentarios y régimen de aprobación de los productos sin perjuicio de ul-

teriores determinaciones, en su caso, que puedan practicar las administraciones territoriales. En relación con los productos de modo directo, y con los establecimientos por conexión, el régimen de circulación de bienes tiene que ser unitario en todo el territorio, lo que exige que sea el Estado quien -a través de las bases- defina las condiciones técnicas para la autorización de los productos. En nuestro país, el régimen de circulación de productos y condiciones sanitarias de los establecimientos se ha venido definiendo a través de las Reglamentaciones técnico-sanitarias que aprueba por Decreto el Consejo de Ministros.

La libertad de circulación de bienes en todo el territorio nacional -que se amplia a todo el ámbito del Mercado Común Europeo- exige, por una parte, la unidad de régimen de autorización de los productos que eviten el establecimiento de barreras dentro del Estado. Sin embargo, esa misma libertad de circulación reclama -como ya hemos resaltado- el reconocimiento de efectos generales a los actos de las administraciones autonómicas. El estado ve ampliadas sus facultades normativas . Las Comunidades autónomas no quedan por ello privadas de facultades de desarrollo normativo, pero su extensión queda notablemente restringida. Las funciones reglamentarias de la administración estatal, a causa de nuestra pertenencia a las Comunidades europeas quedan también transferidas -en parte- a los órganos supranacionales y las responsabilidades de los

poderes generales del Estado se centran, principalmente, en las de garantia (alta inspección) y coordinación de las actuaciones autonómicas.

El sistema competencial sobre productos alimentarios es uno de los tipos que junto al que rige para los "productos farmacéuticos" son el punto de referencia de todo el esquema constitucional sobre autonomía sanitaria (de salud pública). En ambos casos, las tensiones entre autonomía y centralismo son muy pronunciadas por lo que reclaman especiales esfuerzos coordinadores. Los principios que informan su singularidad son los mismos aunque en uno y otro supuesto inciden con mayor o menor intensidad: tutela de la salud pública, con su correspondiente "discrecionalidad técnica", y libertad de circulación de bienes. A la vez exigen -por la gravedad de los intereses implicados- una intensa cooperación, que se fundamenta en el respeto a los ámbitos de responsabilidades respectivas y reclama la participación. En este contexto el problema del principio de territorialidad, se ilumina. No es posible aquí su aplicación rigurosa -excluyente y desgregadora- en virtud de los principios informadores del sistema de reparto de competencias. Como las competencias normativas autonómicas se ven reducidas sustancialmente, de aplicarse con rigor -carente de base constitucional- el principio de la limitación territorial, las CCAA. quedarían privadas de su responsabili-

dades : se produciría un vaciamiento total de las competencias asumidas en sus Estatutos.

El estudio del reparto de competencias en materias de productos alimentarios resuelve algunos de los problemas de la territorialidad y de la cooperación y aportan soluciones que,adecuadas a las circunstancias habrían de aplicarse a los otros sectores de la actuación administrativa. Esos problemas y soluciones han sido estudiados con detenimiento por el tribunal Constitucional y han facilitado el desenvolvimiento del sistema autonómico. Esto se confirma por la frecuencia con la que la jurisprudencia constitucional ha aplicado conceptos interpretados para la sanidad a otros conflictos competenciales,las sentencias más recientes en materias de aditivos y regimen disciplinario,habr án de tener en nuestra opinión un alcance análogo al que tuvieron en su momento las declaraciones constitucionales sobre las bases y coordinación general de la sanidad. Las CCAA. de Cataluña y el País Vasco han contribuido enormemente a la clarificación de esos problemas.

3.2. Protección de la Salud Pública y defensa de los consumidores.

La materia que nos ocupa tiene naturaleza sanitaria protección de la salud pública en sentido propio y estricto,como prevención de los riesgos. Sin embargo, la discusión sobre el reparto de cometidos en materia de productos se

ha producido en relación con las competencias autonómicas de defensa de los consumidores y usuarios.

La primera resolución del Tribunal Constitucional se produjo, en efecto, en un recurso de inconstitucionalidad contra la ley del Parlamento Vasco que aprobaba el Estatuto del Consumidor (168). Con posterioridad, la ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios ha mantenido en esta sede la definición de las bases de la sanidad alimentaria (169). Esta solución se ha visto favorecida por la previsión del art. 51.3, que establece que:

En el marco de la protección de la seguridad, salud y legítimos intereses económicos de los consumidores y usuarios, "la ley regulará el comercio interior y el regimen de autorización de productos comerciales".

Sin perjuicio de su localización en uno u otro bloque, el control sanitario de productos, se encuadra en el Título más específico de sanidad interior y se regirá por las reglas propias de ella (170).

El Decreto de coordinación y planificación sanitaria también ha dedicado varios de los

---

(168) STC 71/82, 30.11 (BOE 29.XII), dictada en el R.I. 82/82 contra determinados arts. de la ley Parlamento Vasco 10/81 de 18.11 por la que se aprueba el estatuto del consumidor.
(169) no de modo exclusivo, pues también el proyecto de ley general de sanidad contiene previsiones al respecto. La ley general dedefensa...es de 19.VII.84, nº26/84 (BOE 24.VII).
(170) STC 71/82, citada en nota 168, F.J. 2º.

apartados del artículo 2 a la sanidad alimentaria y la ley General de Sanidad (proyecto) reproduce aquellas mismas cláusulas, con alguna que otra matización, del conjunto de normas en las que se ha efectuado la definición de las bases, cabe ahora señalar el régimen competencial que rige esta materia. Los Decretos de transferencia y traspaso de funciones y servicios también recogen declaraciones a este respecto (171). Sin embargo, por su especial determinación, seguiremos, sobre todo, las disposiciones de la ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios.

3.3. Facultades normativas: productos, aditivos y establecimientos alimentarios.

3.3.1. Productos alimentarios en general.

A) Como hemos visto, corresponde al Estado la definición de las bases sobre el régimen de autorización de los productos comerciales, en especial el régimen sanitario. Se fundamenta esta competencia en el art. 149.1.16 en relación con el art. 149.1.1 y 51.3 de la Constitución. Esta facultad comprende, por expresa habilitación legal:

1. La elaboración y aprobación del reglamento general de la ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios que tendrá carácter básico y la disposición de

---

(171) R.D. de Coordinación y Planificación Sanitaria, citado en nota (125), art. 2.3, 2.3. y 2.4.; el Proyecto de Ley General de Sanidad, citado en nota (78), art. 40.2, 40.3 y 40.4, y todos los R.D. citados en nota (105).

sarrollada tiene esa naturaleza. Tal es el caso de la distinción entre productos de uso o consumo común u ordinario o generalizado y bienes de primera necesidad,a los que se le dispensa una especial protección,y los demás productos; también son básicas las medidas de garantía de la salud y seguridad de las personas que prevé el art.5.2 de la ley (172),así como los casos,plazos y formas publicidad de las sanciones,regimen sancionador -que veremos- y régimen de concurrencia de las adminsitraciones públicas (colaboración y coordinación).

Corresponde al Estado,además la reglamentación de la responsabilidad civil sobre los productos por los daños causados en las personas.

2. La elaboración,aprobación de las reglamentaciones técnico-sanitarias,los reglamentos sobre etiquetado presentación y publicidad,la ordenación sobre aditivos(173). La extensión de las facultades reglamentarias tendrán diverso alcance en cada uno de los tres supuestos,y las de mayor alcance difícilmente modificables por los poderes territoriales, serán las que se refieren a productos alimentarios (reglamentaciones técnico-sanitarias y aditivos).

---

(172) citada en nota 169.
(173) art.39.1 ley Gral., citada en nota (169).

B) Estas competencias estatales tienen naturaleza normativa que permite la ejecución a las CCAA así como el desarrollo de las bases siempre que con ello no se dificulte la libre circulación delos bienes y no se reduzcan las garantias prestadas por la administración estatal. Por tanto, fuera de las Reglamentaciones de productos, las Comunidades Autónomas tienen competencias plenas para desarrollar la normativa estatal sobre sanidad alimentaria. En particular corresponde a las Autonomías P

1. La reglamentación específica, sobre productos específicos, dentro de las previsiones básicas dela ley Estatal (174) y en las que puede introducir determinaciones a los márgenes de discrecionalidad permitidas en las normas estatales, siempre que no perturbe la libre circulación de bienes y no disminuyan las garantías prestadas por la Administración Central: competencia autonómica residual de escasa importancia. Uno de los ejemplos de estas facultades discrecionales lo encontramos en la anterior reglamentación técnico-sanitaria sobre mataderos, salas de despiece, centros de contratación almacenamiento y distribución de carnes y despojos, que permitiía en su art. 10 la posibilidad de establecer excepciones en el sacrificio de ganado. Muchas Comunidades se acogieron a esa norma en relación con el sacrificio de ganado porcino para consumo familiar es-

(174) STC 71/82, citada en nota 168, F.J. 7

tableciendo la correspondiente reglamentación(175);aunque carecen de revelancia normativa,esta técnica podría utilizarse con mayor amplitud.

La ley General de defensa de los consumidores y usuarios prevé el desarrollo normativo sobre venta ambulante de bebidas y alimentos. También informarán,en materia de etiquetado, al consumidor.

2. Las Comunidades Autónomas son competentes también para establecer el régimen sancionador por infracciones sanitarias. Esta competencia habrá de ejercerse en el marco de las bases estatales sin que puedan "introducir tipos o prever sanciones que difieran sin fundamento razonable de los recogidos en la normación válida para todo el territorio". Salvo las reservas estatales para definir el procedimiento administrativo común (art.149.1.180) y la igualdad en las condiciones básicas para el ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes constitucionales (art.149.1.1). Los poderes territoriales "pueden adoptar normas administrativas sancionadoras cuando,teniendo competencia sobre la materia sustantiva,tales disposiciones se

---

(175) Entre otros muchos: resolución del Departamento de sanidad y seguridad social del País Vasco de 11.VI.84 (BOMSC,8.II PV .14):resolución de la Dir, Gral de salud pública de la Generalitat de 27.X.83 y la resolución de 12.XI.84 de la dirección general de consumo de Andalucía.

acomoden a las garantías constitucionales dispuestas en este ámbito de derecho sancionador (art.25.1 de la Const.) y no introduzcan divergencias irrazonables y desproporcionadas al fin perseguido respecto del régimen jurídico aplicable en otras partes del territorio (art.149.1.1º) (176).

La doctrina que acabamos de exponer fue sentada por el T.C. en el recurso de inconstitucionalidad planteado contra la ley del Parlamento de Cataluñ de 14.VII.83 sobre higiene y control alimentario(176). En el art. 20 se establecía la escala de multas distinguiendo entre infracciones leves,graves y muy graves de cuantía algo inferior a las previstas en la LG de D de los C y U (177) y a las que recoge el Decreto por el que se regulan las infracciones y sanciones en materia de defensa al consumidor y de la producción agroalimentaria. El Tribunal nada tiene que objetar a esa tabla de sanciones y reconoce su legitimidad. Tan sólo considera inconstitucional y declara la nulidad del art,23.1. en cuanto a la sanción de clausura definiti-

---

(176) STC 87/85, de 16 de VII (BOE 14.VIII),FJ 8,dictada en el RI 700/83,contra determinados arts.de la ley del Parlamento de Catalunya 15/83, 14.VII sobre higiene y control alimentarios.

(177) ley Gral de D,de los C y U,citada en nota (169),arts. 32-38 y R.D. 1945/83, de 22,VI (BOE 17.V) por el que se regulan las infracciones y sanciones en materias de defensa del consumidor y de la producción agroalimentaria.

va de la Empresa establecimiento o industria infractores. El Tribunal fundamenta sus fallos denegando la competencia autonómica para imponer la sanción definitiva por implicar un "salto sancionador cualitativo que rompe la unidad en lo fundamental del esquema sancionatorio",ya que en el Decreto antes citado (1.945/83) no se establece dicha sanción tan sólo contempla el temporal.

Sin embargo als comunidades pueden preveer en su legislación la "clausura o cierra de establecimientos,instalaciones o servicios que no cuenten con las previas autorizaciones o registros sanitarios preceptivos o la suspensión de su funcionamiento hasta tanto no se rectifiquen los defectos o cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad higien o seguridad",por estar contemplados en la legislación estatal como medida de distinta naturaleza a la sanción (178).

3.3.2. Aditivos .

A) El estudio del régimen de los aditivos alimentarios nos aporta una solución peculiar al sistema de reparto de competencias entre los poderes generales y territoriales. Antes hemos hecho referencia a ellos en relación con las especialidades farmacéuticas publicitarias.

---

(178) de conformidad con lo establecido por la L G.de D. de los C. y U. en el art.37.

Son aditivos alimentarios "aquellas sustancias que se añaden intencionalmente a los productos alimenticios, sin propósito de cambiar su valor nutritivo, con la finalidad de cambiar sus caracteres, técnicas de elboración.. Dichas materias, posean o no valor nutritivo, no se consuman normalmente como alimentos, ni se usan como ingredientes característicos" (179) Por su propia neturaleza son sustancias que generan graves riesgos para la salud por lo que para su utilización se requiere la previa evaluación y autorización administrativa :

Sólo podrán utilizarse los aditivos incluidos en las listas Positivas vigentes y en las Reglamentaciones Tecnico-sanitarias para cada grupo de alimentos, asimismo se someterán en su uso a las condiciones y dósis máximas establecidas en las mencionadas listas y todos los aditivos alimentarios se revaluarán siempre que sea necesario, de acuerdo con los cambios en las condiciones de aplicación y los nuevos datos científicos. Esta evaluación motivará las modificaciones correspondientes en las listas positivas(180).

Nos encontramos pues con sustancias que junto a enormes ventajas para la alimentación, generan graves ries-

---

(179) R.D. 3.177/83, 16.XI (BOE 28.XII), que aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria de aditivos alimentarios, art. 2 1 Cfr. también art. 4.31 y ss del Código Alimentario.
(180) Ibid.

gos para la salud y por su misma naturaleza, sometidas a continuas investigaciones y descubrimientos. Por ello, la discrecionalidad técnica de que dispone la administración es amplísima, sometida a variaciones. Por las mismas razones que estudiamos para los productos y especialidades farmacéuticas, el establecimiento de las listas positivas de aditivos es una competencia que puede tener naturaleza básica. De lo contrario, en virtud de esa amplia discrecionalidad técnica, la libre circulación de bienes podría peligrar. De igual modo el aseguramiento de unas condiciones mínimas para la protección de la salud es competencia estatal que puede justificar la reserva de facultades.

El Decreto de Coordinación y Planificación Sanitaria declaraba competencia estatal: "La autorización de aditivos y demás productos que, por sus especiales características exige un control a nivel nacional. A tal efecto y previo informe del Consejo de Coordinación Sanitaria se determinarán por acuerdo del Consejo de Ministros" (181). En el mismo sentido se pronuncia el Proyecto de LGS (182) y la Ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios (183). El Tribunal Constitucional declaró en relación con el citado Decreto que -contra lo que defendía el Abogado

---

(181) Art. 2.4 del R. D. citado en nota 125.
(182) Citado en nota (79) y art. 40.4
(183) Art. 39.1

del Estado- no se trata de una competencia de coordinación sino básica de carácter normativo, no de ejecución (184).

Fundaba su resolución el TC en los siguiente motivos:

a) peligrosidad innegable de determinados aditivos añadidos a productos alimentarios o de índole similar, la utilización de un sistema preventivo de garantías consistente en la prohibición de su empleo mientras no se demuestre su inocuidad;

b) "este sistema de prohibición se corresponde además con la existencia de un control represivo de los delitos contra la salud pública contenido en los artículos 341 a 348 bis del Código Penal, Código de vigencia nacional y competencia exclusiva estatal en virtud del artículo 149. 1. 6 de la Constitución, atiende, pues, a la regulación de un aspecto básico de la sanidad y es forzosamente de competencia estatal, pues resulta indiscutible que la prohibición de un aditivo o de otro producto de efectos potencialmente semejantes sobre la salud sólo puede corresponder al Estado, ya que una prohibición de una Comunidad Autónoma sólo tendría efectos dentro de su ámbito territorial impediría el libre comercio de mercancías y supondría la introducción de un factor de desigualdad en cuanto a las condiciones básicas de protección a la salud";

---

(184) STC 42/83, citada en nota (124) F.J. 4 -art. 2.4-.

c) "(en) cuanto se refiere al levantamiento de la prohibición sobre una sustancia aditiva o a su inclusión en lista positiva, es evidente que tal acto de autorización tiene un efecto de ámbito nacional, puesto que, dada la unidad de mercado , los productos sin circulación con aditivos autorizados pueden distribuirse libremente por todo el mercado nacional" (185).

Por todos esos motivos, sustancialmente coincidentes con los estudiados en relación con los productos farmacéuticos se establecen en nuestro ordenamiento la reserva estatal para la aprobación de las sustancias aditivas como

---

(185) STC 32/83, 28 IV (BOE 17.V), FJ. 3, art. 2.4, dictada en las CPC 94 y 95/82 enrelación con el RD 2.824/81, 27.XI, sobre coordinación y planificación sanitaria y RD 2.825/81, 27.XI sobre registro sanitario de alimentos. Doctrina que se fundamenta en su antecedente 71/82 (BOE, 29.XII), FJ. 7 dictada en el R I 86/82 contra Ley del Parlamento Vasco 10/81, de 18.XI que aprueba el Estatuto del Consumidor. Confirmada la doctrina en las STC: 42/83 de 20.V, FJ. 4, 87/85 (BOE 14.VIII) FJ. 6, 91/85 de 23.VIII. FJ 1 y 2, citada más adelante en nota 192.

En el antecedente III de la STC 32/83, citada, el Abogado del Estado fundamenta la competencia estatal sobre las sustancias aditivas alegando: "La importancia, el riesgo a ellos inherente y los progresos técnicos de la investigación alimentaria son factores que hacen aconsejable para la administración sanitaria el sistema de homologación individual y con lista abierta de los productos industrializados que contengan en su composición alguno de tales elementos, y es también sentencia común en los estados federales la de no incluir el control y homologación de estos productos entre las competencias federales por razones de unidad económica y preservación de la salud".

facultad de naturaleza básica de carácter normativo. Esto no es obstáculo para que las CCAA. puedan asumir competencias ejecutivas en materias de productos aditivos. Con gran acierto se pronuncia a favor de ellas el Decreto de Coordinación y Planificación Sanitaria que confía al Consejo de Ministros la autorización sanitaria de los aditivos previo informe del Consejo de Coordinación y Planificación Sanitaria. Previsión que ha sido suprimida en la LGS. El TC en la sentencia antes citada declaraba que la competencia estatal para autorizar estas sustancias, y de establecer listas abiertas negativas no es un salvoconducto para la arbitrariedad estatal (STC 32/83):

- "En primer lugar, porque la discrecionalidad en materias técnicas como ésta, aun siendo necesarias, no por ello deja de ser jurisdiccionalmente controlable";

- "Y en segundo término, porque ese carácter abierto y provisional de las prohibiciones o autorizaciones se corresponde con la apertura de la ciencia a innovaciones y rectificaciones, y a ello hace referencia la necesidad del previo informe técnico del Consejo de Coordinación y Planificación Sanitaria, informe necesario, tanto para la autorización como prohibición de un aditivo o de cualquier otro de los productos a los que se refiere este art. 2.4".

El Tribunal consideraba como garantía para evitar la arbitrariedad estatal, la intervención -técnica-

del Consejo de Coodirnación y Planificación sanitaria. Por los beneficios que puede reportar al ambiente cooperativo que debe presidir las relaciones interadministrativas en materias concurrentes, sería deseable mantener el sistema diseñado en el citado Decreto.

B) La competencia estatal para autorizar los aditivos es de naturaleza básica y -como acabamos de ver- de caracter normativo. Así se desprende del art.39 de la L.G. de D. de los Consumidores y Usuarios que atribuye al Estado la competencia para elaborar y aprobar la "ordenación sobre aditivos".

Según la Reglamentación Tecnico-sanitaria de aditivos alimentarios para la inclusión de un aditivo en las mencionadas listas "se hará indispensable que el producto, además de reunir las condiciones específicas del grupo correspondiente (186), se adapte a las genéricas :

a) Corresponder su utilización a una necesidad manifiesta y representar una sensible mejora sobre los ya admitidos .

b) Haberse comprobado experimentalmente, por procedimientos adoptados internacionalmente, que su uso está exento de peligros para el consumidor.

c) Reunir las debidas condiciones de pureza, reveladas por los usuales métodos de análisis, no conteniendo sustancias tóxicas en mayor proporción de la tolerada legalmen

(186) citada en nota (179), art.2.1

te.

d) Poder ser identificados en los alimentos por métodos analíticos viables .

La autorización de las sustancias aditivas expresará las condiciones y dosis máximas en que podrán emplearse.

A través de las listas positivas,con la evaluación previa de las sustancias e indicaciones de uso en los alimentos,se garantiza la igualdad en las condiciones básicas,para la protección de la salud y la libre circulación sin que para ello sea precisa la retención a favor del Estado de las facultades de ejecución.Los elementos de discrecionalidad técnica quedan suficientemente determinados por lo que la diversificación ejecutiva carece de revelancia.

C) Ejecución autonómica. la reglamentación sobre aditivos alimentarios contempla,después dereferirse a la Lista Positiva, las condiciones higiénico-sanitarias para la elaboración y comercialización de los diversos y concretos productos aditivos.Se establece además,que los fabricantes,elaboradores,envasadores,comercializadores y de aditivos deberán inscribirse en el Registro General sanitario de Alimentos (187)

---

(187) ibid. art.5

Se está refiriendo aquí —la Reglamentación— a competencias de ejecución: autorización de concretos productos, no a la inclusión en la lista de sustancias (con abstracción de concretos productos) que —como hemos visto— es una competencia normativa.

Por esta razón, pese a la reserva estatal sobre aditivos, las Comunidades Autónomas tienen competencias de ejecución de la legislación estatal sobre aditivos. Así lo ha confirmado el Tribunal Constitucional en dos recientes sentencias.

La primera, en un Recurso de Inconstitucionalidad contra la Ley del Parlamento de Cataluña sobre Higiene y Control Alimentarios, que antes hemos estudiado (188). En dicha ley se prevé la existencia de un Registro Especial de Productos de Cataluña para aquellos que, "de acuerdo con la normativa básica del Estado, necesiten una vigilancia sanitaria específica por sus características especiales"(189). El Abogado del Estado fundaba la impugnación del precepto en la competencia estatal para autorizar dichos productos en el régimen de vigilancia sanitaria a la que sigue la inscripción en el Registro estatal. "Nada obsta —a juicio del Abogado del Estado— a que como técnica de coordinación dirigida a facilitar el ejercicio por la Generalidad de sus compe

---

(188) STC 87/1.985, 16.VII(BOE 14.VIII), dictada en el R.I. 707/1.983, contra determinados arts. de la Ley 15/1.983, de 14.VII del Parlamento de Cataluña de Higiene y Control Alimentario.
(189) Ley del Parlamento de Cataluña citada en nota anterior, publicada en el BOE del 6.IX, arts. 8 y ss.

tencias de control alimentario se establezcan mecanismos que permitan la constancia en el Registro de la Comunidad de los asientos practicados en el Registro estatal(190). El Tribunal rechazó estas alegaciones y reconoció la titularidad comunitaria de la competencia controvertida. Declara para fundamentar su resolución que:

Por "el grado de minuiciosidad con que está regulada la posibilidad de utilizar cada aditivo en cada tipo de producto alimentario, y la especificación de la producción en que cada género de productos alimentarios, es claro que la competencia estatal de fijación de bases a los efectos de vigilancia se cumple satisfactoriamente así". Por ello, "no cabe duda de que la verificación de si un determinado producto alimentario que quiere lanzarse al mercado español en Cataluña tiene algún producto aditivo no autorizado, o tiene sólo los así autorizados, o los tiene en las proporciones permitidas, constituye una simple aplicación al caso de una disposición básica cuyo minuicioso contenido no permite discrecionalidad alguna. Por consiguiente la autorización de la inscripción constituye una competencia de ejecución"(191).

---

(190) STC 87/1.985, citada en nota (188), Antecedente 2.
(191) Ibid. F.J. 6.

En el mismo sentido, aunque más expresiva aún, se pronuncia una sentencia posterior dictada en los Conflictos Positivos de Competencia 503, 742/1.983 y 79/1.984, que promovió el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña en relación con diversas resoluciones de la Dirección General de la Salud, sobre autorización e inscripción en el Registro General Sanitario de los siguientes productos aditivos: Melacide P/2 (para uso antimelanósico en crustáceos, de "Turco Española S.A."), Afilact (lisozima-clorhidrato utilizable en la elaboración de quesos, de "Fher S.A.") y Rosecarn (utilizable en la elaboración de salchichas y butifarras frescas y hamburguesas, del "Laboratorio Técnico Mercader). Todos esos productos fueron elaborados en Cataluña, por empresas radicadas en Cataluña y lanzados al mercado en Cataluña. En los tres casos, la Administración Central autorizó los tres productos a pesar de que los ingredientes aditivosno estaban contenidos en las listas positivas. El Tribunal Constitucional declaró la competencia controvertida a favor de la Generalidad y la nulidad de las resoluciones impugnadas (192).

El fallo se fundamentaba en la jurisprudencia ante-

---

(192) STC 91/1985(BOE 14.VIII), en los CPC 505 y 742/1.983, y 79/1.984, promovido por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña en relación con varias resoluciones de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Sanidad y consumo sobre autorización e inscripción de tres productos aditivos.

rior y añade:

"Si la inclusión de un aditivo en unas listas positivas no excluye del cumplimiento de las exigencias de autorización sanitaria y registro individualizado, autorización que ha de ajustarse a los criterios generales que dicte la Sanidad Pública Estatal, no puede llegarse a otra conclusión que a la de entender que la competencia es de la Generalidad de Cataluña ..." (193).

"Se trata, como se ve —concluye el Tribunal—, de dos niveles competenciales. Uno, de la Administración Central, referido a 'criterios técnicos de aplicación', esto es, las listas positivas, de la competencia estatal, por su carácter normativo y básico. Otro, de la Administración Autonómica, competente para el otorgamiento e inscripción singularizada, con sujección a estos criterios técnicos de aplicación o listas positivas, por tratarse de 'ejecución' en 'materia sanitaria interior' de la normativa básica" (194)

Esta técnica de reparto de cometidos entre el Estado y las Comunidades Autónomas —"criterios técnicos"-ejecución— recuerda bastante la que rige en materia de "productos farmacéuticos" con los que existe identidad de razón: las funciones normativas se atribuyen al poder central, las de ejecución a los poderes territoriales. La única diferencia sustancial, aparte de la naturaleza alimentaria o farmacéutica, se encuentra en la posibilidad de determinar

---

(193) Ibid., F.J. 4.
(194) Ibid.

a priori, en el caso de los aditivos, los criterios técnicos de aplicación uniforme. En virtud de esa determinabilidad no está justificada la reserva estatal de las funciones ejecutivas de autorización y registro que, por excepción, se admite —aunque no como único sistema posible— en relación a los "productos farmacéuticos". Como vimos en su momento, la analogía del régimen de aditivos con los "productos farmacéuticos" es más plena en el caso de las especialidades farmacéuticas publicitarias. Las soluciones que aporta la materia estudiada a problemas análogos, son de bastante interés y podrían, en un futuro, extrapolarse a otros sectores.

D) Productos asimilados a los aditivos.

El Decreto de Coordinación y planificación sanitaria añadía en la claúsula de reserva estatal de los aditivos: "y demás productos que, por sus especiales características, exigen un control a nivel nacional"(195). En el mismo sentido, el Decreto 2825/1.981 de Registro Sanitario de Alimentos, en su artículo 1.2., declaraba:

"Estarán asimismo sujetos a inscripción los aditivos desnaturalizadores, material macromolecular para la fabricación de envases y embalajes, preparados alimenticios pa-

(195) citado en nota (125).
(196) R.D. 2825, 27.IX (BOE 2.XII) sobre Registro Sanitario de Alimentos.

ra regímenes especiales, aguas de bebida envasadas y detergentes y desinfectantes empleados en la industria alimentaria

A continuación, de igual modo que el Decreto de Coordinación y Planificación sanitaria, se establece que dicha enumaración "puede ser ampliada o modificada por acuerdo del Consejo de Ministros. previo informe del Consejo de Coordinación y Planificación sanitaria, cuando las características especiales de un producto hagan necesaria una vigilancia sanitaria específica a nivel nacional"(196). El Proyecto de Ley General de Sanidad reproduce la anterior previsión, suprimiendo la intervención del Consejo y las referencias a la autoridad competente para aprobar las ampliaciones y, tan sólo añade, : "y otros productos de naturaleza análoga"(197).

La analogía nos la presenta la necesidad de una "vigilancia sanitaria específica a nivel nacional", que es el espíritu de la norma, según se deduce de las normas antecedentes.

Tanto en los Decretos de referencia como en la consiguiente ley de Sanidad (en proyecto), se separa, al definir las competencias estatales, el régimen de los medicamentos, del que rige para los aditivos y productos de natu

---

(197) Citado en nota (79), art. 40.4.

raleza análoga.

En efecto, al referirse a los medicamentos se especifican las funciones de reglamentación, autorización y registro u homologación (198), mientras que en los otros casos sólo se habla de "autorización de aditivos ...". El sentido con que se utiliza el término "autorización" parecen, en uno y otro caso diversos. En el supuesto de los medicamentos, la ley está refiriéndose a la "autorización" concreta de los productos concretos, y así va unida la "autorización" a "registro". Al tratar de los aditivos y de otros productos de naturaleza análoga, tan sólo se habla de "autorización" que —según lo visto— tiene el sentido de aprobación de los "criterios técnicos de aplicación" (de naturaleza básica): criterios generales distintos de la función autonómica de simple aplicación de la legislación básica, "cuyo minucioso contenido no permite discrecionalidad alguna", por lo que, en virtud de su determinabilidad a priori, la diversidad ejecutiva no obstaculiza la libre circulación de bienes, ni disminuye las garantías de protección de la salud.

Esta diferencia de régimen se manifiesta también en la diversidad de registros sanitarios generales:

- Registro de especialidades farmacéuticas;
- Registro de Alimentos.

Los productos de naturaleza análoga, cuentan todos

(198) Ibid., art. 40.5

ellos con previsiones concretas en el Código Alimentario, desarrolladas por reglamentaciones técnico-sanitarias como ocurre con los aditivos.

a) El material macromolecular se encuentra en el Capítulo IV del Código Alimentario que establece las "Condiciones generales del material relacionado con los alimentos, aparatos y envases. Rotulación y precintado. Envasado". Y dentro de él, en la sección 1ª, dedicada a los "Aparatos, utensilios y envolventes", en los artículos 2.04.01 y siguientes(199). Ha sido desarrollado por la reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de materiales poliméricos. Se definen allí los materiales poliméricos como aquellos "obtenidos mediante síntesis o por modificación de otros naturales cuya característica esencial es el estar constituidos por sustancias macromoleculares" (200). De igual modo que con los aditivos alimentarios, se establece el sistema de lista positiva de aditivos (sustancias incorporadas a los polímeros durante los procesos de síntesis o transformación con el fin de facilitar dichos procesos y/o modificar convenientemente las propiedades finales del producto acabado). Se definen las manipulaciones prohibidas que complementan la lista negativa recogida en el Có

(199) Desarrollado por el R.D. 1.125/1.982, 30.IV (BOE 4.VI) que aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de materiales poliméricos en relación con los productos alimenticios y alimentarios.
(200) Ibid.

digo.

b) Preparados para regímenes dietéticos y/o especiales.

Se encuentran sometidos a un régimen peculiar. Se integran dentro del concepto legal de medicamento y, a la vez, se rige por las disposiciones del Código Alimentario y reglamentación técnico-sanitaria para elaboración, circulación y comercio de preparados para regímenes dietéticos y/o especiales (201).

La O.M. de 26 de septiembre de 1.983, en su artículo 2.3 establece:

"Deberán inscribirse como preparados alimenticios para regímenes dietéticos o especiales los que, de acuerdo con la naturaleza y características, sean calificados como tales ..." conforme a la reglamentación técnico sanitaria citada.

"En principio, se consideran incluidos en este grupo los preparados alimenticios que por su reducido contenido en calorías o peculiar composición se presentan como específicamente adaptados para determinadas circunstancias, situaciones o necesidades fisiológicas, de asimilación o nutrición de las personas"(202).

Respecto a la publicidad, se encuentran sometidos a restricciónes análogas a las especialidades farmaceúticas publicitarias (203).

---

(201) R.D. 2685/1.986, de 16X (BOE 26XI) que aprueba la reglamentación técnico-sanitaria, modificada por los R.D. 385/ / 1.980, 18.I (BOE 4.III), 1.424/1.982, 18VI (BOE 29VI) y 3.140/1.982, 12.XI (BOE 24.XI).
(202) O.M. de 26 de septiembre de 1.983 (BOE 5.X) sobre control y registro sanitario de determinados productos, art. 2.3.
(203) Cfr. art. 3.1. de la O.M. citada en nota (202).

Estos productos, que se asimilan al régimen de los aditivos, están sometidos a la regla de distribución de competencias propia de la autonomía de ejecución. El Estado —como en los medicamentos— conserva toda la potestad normativa (legislativa y reglamentaria plenas); las Comunidades Autónomas intervienen en la ejecución con autonomía plena, tanto en la inspección y control, como en la autorización y registro, sin perjuicio del acceso al Registro General Sanitario. El elemento diferencial respecto a los medicamentos, es la previa regulación —d e t e r m i n a b i l i d a d— de todos los requisitos necesarios para la homologación de los productos, con lo que los ámbitos de discrecionalidad quedan prácticamente anulados, y no se pone en peligro la libre circulación de los bienes.

Esta es la opción que consideramos más adecuada a nuestro Estado de autonomías y la doctrina que se desprende de las más recientes sentencias que, sin embargo, matizan una afirmación anterior del Tribunal Constitucional (32/1.983). En ella, al estudiar el Decreto de Registro de Alimentos, refiriéndose a un artículo, declarado nulo por falta de rango, se declaró que respecto a la autorización estatal de los aditivos y productos asimilados, "son razonables,..., medidas básicas y de coordinación como las de

autorización e inscripción registral —claramente se está refiriendo a las autorizaciones concretas de productos concretos—, dado su potencial y genérico peligro, por lo que tanto la autorización como la inscripción —insiste de nuevo la sentencia en los actos concretos de ejecución—, en virtud de las exigencias de igualdad en las condiciones básicas del derecho a la salud y de las inherentes a la libre circulación de los bienes, deben ser comptencias estatales" (204).

El Tribunal Constitucional estaba analizando, en este caso, el rango normativo apropiado para la definición de las competencias sanitarias en materia de registro de productos peligrosos, y el análisis del contenido no fue exhaustivo, tan sólo se afrontó en función de la cuestión principal: si el precepto impugnado podría ser de naturaleza básica y, por tanto, requería la formulación por ley. Las demás sentencias, en cambio, y sobre todo las dos más recientes, se pronuncian sin titubeos a favor de la titularidad autonómica de las funciones de autorización y registro, sin perjuicio —como veremos— del acceso, previo a la circulación de productos, al Registro General Sanitario.

Esta misma orientación estudiada —ejecución autonómica— podría aplicarse —como vimos— a los productos o artículos sanitarios no incluidos dentro del concepto legal de medicamen

---

(204) STC 32/1.983, citada en nota (124), F.J.3 (2.4).

tos y asimilados, según el sistema previsto en el Proyecto de Ley General de Sanidad que, en su art. 95.2, establece:

"Para la circulación y uso de los medicamentos y productos sanitarios que se les asimilen, se exigirá licencia previa. Para los demás productos o artículos sanitarios se podrá exigir autorización previa individualizada o el cumplimiento de condiciones de homologación".

Aunque se declara de competencia estatal la homologación (205), esta claúsula podría muy bien no tener naturaleza básica, si careciese de justificación la reserva estatal de las facultades ejecutivas en dichos casos; ya que en ellos las condiciones de homologación están determinadas a priori y:

-"la competencia estatal de fijación de bases a los efectos de vigilancia sanitaria se cumple satisfactoriamente así";

- además de que "el minuicioso contenido —de las bases, lo que es condición para introducir el sistema de homologaciones— no permite discrecionalidad alguna"(206)

3.3.3. Establecimientos alimentarios.

Respecto a los establecimientos alimentarios, de igual modo que en los sanitarios, el título competencial de sani-

(205) Art. 40.5 del Proyecto, citado en nota (79).
(206) STC 91/1.985, citada en nota (192),F.J. 3

dad interior no concurre de modo directo con ningún otro que pueda corregir o condicionar con tanta intensidad como en los productos, la actuación autonómica. La libertad de circulación de productos —en principio— no corre peligro por la diversificación normativa. Sin embargo, el Estado tiene facultades reglamentarias para establecer —como básico— el cumplimiento de determinadas condiciones y requisitos técnicos mínimos que las Comunidades Autónomas pueden desarrollar y complementar con otros requisitos y condiciones adicionales. Las competencias de ejecución las ejercerán, sin salvedad alguna, las Comunidades Autónomas.

3.4. El Registro General Sanitario: su naturaleza coordinadora.

3.4.1. Los problemas de la autorización autonómica de los productos.

El Registro General Sanitario cumple en nuestro sistema autonómico una importante función coordinadora, de su estudio por parte del Tribunal Constitucional han surgido importantes aclaraciones sobre los problemas de la unidad de mercado (libre circulación de los bienes), y del principio de territorialidad. Es una materia en la que estos principios constitucionales se han manifestado de modo más patente como elementos de equilibrio entre los poderes generales y territoriales, que no son sólo principios

que juegan a favor de las competencias estatales, sino en doble sentido; es decir, a favor también de los ámbitos autonómicos. Por otra parte, a través de los Conflictos y Recursos constitucionales planteados, se ha podido comprobar cómo la coordinación general, sustentada sobre el principio cooperativo, es capaz de mantener la unidad de todo el sistema sanitario sin que sea preciso, siempre que el problema se plantee, recurrir a las técnicas de separación y reserva estatal.

La autorización es, como acabamos de ver, competencia ejecutiva que corresponde ejercer a las autonomías, salvo casos excepcionalísimos, como el de los medicamentos. Si la autorización de los productos sometidos a control sanitario es de titularidad autonómica, se plantean dos cuestiones que —como veremos— son las que resuelve el Registro:

En primer lugar, si las Administraciones territoriales autorizan, ¿qué efectos y alcance tienen sus actos?; si se trata de productos, ¿sus efectos serán generales, o bien sólo producirán efectos en el propio territorio?.

En segundo lugar, si son las autoridades de cada Comunidad Autónoma quienes aprueban la circulación de los productos, ¿cómo garantizar a las otras autoridades que esos productos están debidamente autorizados?; es decir, ¿cómo asegurar la publicidad de los actos de ejecución?, y también, ¿cómo garantizar a los consumidores que los productos

que consumen tienen, efectivamente, aprobación sanitaria?

Las soluciones generalizadas en otros sectores, y que hemos sometido antes a crítica, son aquí enormemente peligrosas para el sistema autonómico. Si se aplicasen, justificarían la reserva a favor del Estado de todas las funciones sanitarias sobre productos, con el vaciamiento consiguiente de las responsabilidades autonómicas. Pues:

De aplicarse el principio de territorialidad de modo restrictivo —sin las correcciones precisas— y a la vez se mantuviera que las Comunidades Autónomas deben ejercitar sus funciones de ejecución, cada una de ellas —para ser consecuente con sus responsabilidades— habría de someter a autorización a todos los productos que entraran o se produjesen en su territorio, sin reconocer validez —no la tendría— a los actos de otras autoridades sanitarias.

A estos problemas ha dado respuesta nuestro Tribunal Constitucional de modo cumplido, resaltando, como veremos, la efectividad de la coordinación como alternativa —en un sistema de autonomías— a la centralización estatal. Antes de analizar la jurisprudencia constitucional, vamos a referirnos a las normas que han motivado dicha doctrina.

3.4.2. Registro General y Registros Territoriales.

A) Los Decretos de Coordinación y planificación sanitaria, y de **Registro Sanitario de Alimentos** son, una vez más en este punto, de obligada referencia.

En el Decreto de Coordinación Sanitaria, en su artículo 2.3, declaraba a favor de la Administración del Estado: "El Registro General de alimentos y de industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran o importan, que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de las Comunidades Autónomas y entes preautonómicos".

El Decreto de 1.981 sobre Registro Sanitario de alimentos en su artículo 1 especifica que:

"El Registro General Sanitario de Alimentos tendrá carácter nacional, estará a cargo de la Secretaría de Estado para la Sanidad y en el mismo se inscribirán las industrias, establecimientos e instalaciones de producción, transformación o manipulación, almacenamiento, depósito, distribución, importación o envasado de alimentos, productos y útiles alimentarios sin cuyo requisito se reputarán clandestinas", salvo aquellos establecimientos menores que las Reglamentaciones técnico-sanitarias puedan eximirse de la inscripción, "si bien quedan sujetos a las autorizaciones y controles correspondientes".

Más adelante, después de insistir en la unidad del Registro General Sanitario (207), señala que las autori-

(207) R.D. 2825/1.981, citado en nota (196), art. 2.4.

zaciones necesarias para el acceso al Registro serán otorgadas por los servicios de las Comunidades Autónomas que serán los que recibirán y tramitarán las declaraciones y comunicaciones que deben constar en el Registro, realizarán las comprobaciones precisas y harán constar su visto bueno y conformidad que servirá de base para la correspondiente inscripción o anotación que notificarán a los interesados. "En el plazo de quince días los servicios del Registro General Sanitario de Alimentos verificarán las inscripciones o anotaciones correspondientes a las autorizaciones, declaraciones o comunicaciones antes indicadas" (208).

De estas disposiciones queda claro el caracter del Registro General como órgano de publicidad de los actos de las Administraciones Autonómicas. Las inscripciones o anotaciones están vinculadas a las resoluciones de las autoridades territoriales competentes. Esta publicación -a través del Registro- permite el conocimiento general -autoridades y consumidores- de los acuerdos los servicios autonómicos.

El Registro es, además, un instrumento de valor insustituible para la Administración estatal que permite a los poderes generales contar con la información suficiente para ejercitar sus funciones normativas. Sin él, los órganos centrales carecerían de medios suficientes para dirigir la política sanitaria del Estado español procurando la mejora de las condiciones de salud de todos los ciudadanos.

---

(208) Ibid. arts. 2.4 y 2.5.

Junto a ello , las informaciones del Registro permiten llevar a cabo las tareas de alta inspección para garantizar el cumplimiento de la legalidad vigente. Por ello, es función del Estado la homologación de los documentos que hayan de acceder al Registro en los que se recogerán todos aquellos elementos que sean precisos para el cumplimiento de sus propias responsabilidades. Como competencia de coordinación, el Estado puede, además, definir criterios generales comunes a todos los registros territoriales (209).

El Decreto de referencia contiene también algunas disposiciones que condicionaban, o al menos permitían interpretaciones en esa dirección, el caracter vinculado del Registro General Sanitario de Alimentos. El Tribunal Constitucional declaró que la autoridad competente para autorizar lo era también para revisar las inscripciones y para valorar las razones sanitarias que fundamentasen la revi-

---

(209) Cfr. a este respecto VILA VALERO, I. "Situación actual y futuro del Registro Sanitario de Alimentos". En "V Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Farmaceuticos de la Industria", pp. 35-40 (1.984); expresa su preocupación en lo que se refiere al acceso al Registro de los productos autorizados por una Comunidad Autonoma y afirma (pág. 40) que a diferencia de la Generalidad de Cataluña, la Comunidad Autónoma de Valencia no comunica ningún dato a al Administración del Estado. Es interesante la lectura de la mesa redonda recogida en la publicación de AEFI que acabamos de citar en las pp. 85-88.

sión, aunque la Administración Central puede rectificar errores para evitar la inexactitud del Registro (210).

Se contienen en la norma que estamos comentando algunas peculiaridades registrales respecto de los aditivos y productos asimilados a ese régimen sobre las que hemos tratado y cuyo sentido conocemos; además de haber sido declarados nulos los artículos que las recogían por falta de rango a causa de su posible naturaleza básica. Lo que indiscutiblemente tiene caracter estatal es la creación de registros especiales para esos productos que requieren especial control.

El Proyecto de Ley General de Sanidad -por último- atribuye a la Administración del Estado, "sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas", la competencia para:

"El registro general sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran o importan que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de la Comunidades Autónomas" (211).

B) Los Registros territoriales: el Registro de Alimentos en Cataluña.

Sin perjuicio de volver sobre ello, las Comunidades

(210) STC 42/1.983, citada en nota (124), F.J. 6 (Artículo 2º, 2, 3, 4 (párrafo 2) y 6).
(211) Art. 40.3.

Autónomas tienen competencia para instituir Registros como instrumento para el ejercicio de sus propias responsabilidades. Es una de las manifestaciones de la potestad autoorganizatoria, primera y fundamental de toda autonomía.

El Parlamento de la Comunidad Autónoma de Cataluña, aprobó, al poco tiempo de dictarse las sentencias del Tribunal Constitucional sobre coordinación sanitaria y registro de alimentos, la Ley de Higiene y control de Alimentos, de 15 de julio de 1.983 (212). En su capítulo II trata de las "Autorizaciones y Registros" (arts. 8-11). Contra esta Ley el Gobierno de la Nación interpuso Recurso de Inconstitucionalidad en relación con los artículos 8.2 y 3, 9,10 y 16 (por conexión), además de los artículos 20 y 23 (sobre sanciones). El Tribunal Constitucional resolvió el recurso fechas recientes y-como veremos más adelante- lo desestimó en relación a los artículos sobre el registro, aunque lo admitió parcialmente en materia de sanciones (213).

Esta ley catalana tiene el interés de ser la primera dictada por una Comunidad Autónoma sobre Registro, y la virtualidad de llevar hasta el límite las posibilidades competenciales asumidas. De aquí la gran importancia hermeneútica de su estudio detallado. Como dijimos antes, esta Ley ha

---

(212) Citada en nota (189)
(213) STC 87/1.985, 16.VII, citada en nota (188).

propiciado la apertura del criterio constitucional sobre el principio de territorialidad.

a) "El ámbito de aplicación se extiende a las industrias y establecimientos alimentarios radicados en Cataluña y a los que no lo están en la medida en que ejerzan en Cataluña actividades de producción y elaboración, transformación, conservación, envase, almacenamiento, transporte y venta de alimentos y sustancias relacionadas con los mismos" (214).

Este artículo que no fue impugnado por el Gobierno, tiene una gran trascendencia práctica pues en él se aplican los criterios de la territorialidad en el sentido adecuado a un sistema autonómico: con independencia de ámbito de ejercicio de actividades, todo establecimiento radicado en Cataluña queda sujeto a las disposiciones de la ley, incluido el registro. Esto, de todos modos, ha de entenderse sin perjuicio del reconocimiento de efectos a los actos válidamente realizados por las otras Administraciones públicas.

A continuación el mismo precepto —y tiene interés para el debido enfoque de la cuestión central, el registro— añade que: "Los alimentos, aguas, bebidas, productos alimentarios y sustancias relacionadas con los mismos no producidas por industrias o no comercializados por establecimientos que ejerzan su actividad en Cataluña pero que se

---

(214) Art. 1.2 de la Ley Catalana de Higiene y Control Alimentario.

transporten, almacenen o vendan en el territorio de la Comunidad Autónoma quedarán sujetos a la inspección sanitaria, cuyo resultado se comunicará al Estado" (215).

b) Se constituyen por la ley que comentamos dos registros, de modo análogo a las previsiones estatales:

1º Registro Sanitario de Industrias y Productos Alimentarios de Cataluña . En el que se inscribirán todas las industrias que se dediquen a actividades alimentarias y productos que se lancen al mercado (216).

2º Registro especial de productos de Cataluña, productos que necesitan una vigilancia sanitaria específica por sus especiales caracteres (217).

c) Otras disposiciones:

1º No comercialización de productos alimentarios mientras esté en trámite la inscripción del establecimiento o la anotación del producto y la Administración no haya establecido el número de identificación registral, insustituible (218).

2º Inscripciones o anotaciones efectuadas se dará cuenta a la Administración del Estado (219).

3º Las autorizaciones e inscripciones y anotaciones han de revalidarse cada cinco años y cada nueva modificación en instalaciones o procesos fundamentales (220)

---

(215) Ibid.
(216) Ibid.,art. 8
(217) Ibid. art. 10
(218) Ibid. art. 9.2
(219) Ibid. art. 11.2
(220) Ibid. art. 11.1

3.4.3. La jurisprudencia constitucional.

A) En materia de Registros públicos, de caracter administrativo se han producido varios conflictos de Competencias, y un Recurso de Inconstitucionalidad. De los cinco resueltos hasta ahora por el Tribunal Constitucional, tres trataban de Registros alimentarios. Uno de los puntos debatidos en ellos era el de la capacidad de las Administraciones públicas, estatales o Autonómicas, para crear Registros públicos.

Uno de los conflictos en que el Tribunal Constitucional se pronunció, se planteó frente a la Generalidad de Cataluña en relación con el Catálogo General de Montes de Utilidad Pública; en concreto, por la inclusión en dicho Catálogo de determinadas riberas declaradas por la Generalidad de Cataluña. Se cuestionaba la competencia autonómica sobre el Catálogo por no mencionarlo expresamente el Estatuto y fundamentalmente por la reserva estatal contenida en el artículo 149.1.8, que atribuye al Estado la ordenación de los registros e instrumentos públicos, que se relacionan en ese apartado con la legislación civil. El TC resolvió a favor de la titularidad autonómica de la competencia controvertida puesto que se trata de un Catálogo previsto en la legislación de Montes y, sobre todo, por referirse a un registro de carácter administrativo, no incluido en la reserva estatal del art.149.1.8 se añade en la sentencia que:

"Esta conclusión no supone desconocer la conveniencia de una cooperación entre el Estado y la Comunidad, en beneficio recíproco,y la necesidad de que el Estado pueda disponer de los datos necesarios en la materia para su información y para hacer posible las funciones que le reserva la Constitución (...). Tampoco hay que olvidar que correspondiendo al Estado en competencia exclusiva la legislación básica en la materia,podrá esa legislación básica establecer las normas para coordinar la llevanza del Catálogo por la Comunidad con la debida información al Estado sobre sus datos,así como normas a las que habrá de ajustarse la misma o cualquier otra que tenga el caracter de básica y sirvan para los citados,pues,de coordinación y cooperación (221).

La sentencia más reciente del TC resuelve un conflicto planteado por la Generalidad de Cataluña en relación con la OM.(del Mª de Cultura) por el que se crea el Registro(Nacional) de industrias cinematográficas. La Generalidad de Cataluña,negaba la competencia estatal para crear dicho registro. El TC declara la titularidad de la competencia controvertida al Estado que puede crear para el ejercicio de sus funciones los instrumentos necesarios

---

(221) STC 71/83 ,29 del VII BOE 18 de VIII, en el CPC 179/82 planteado por el Gobierno en relación con el catálogo de Montes de utilidad pública, FJ 3.

para su mejor desenvolvimiento. Recoge doctrina de la sentencia 71/83, que acabamos de estudiar (222).

De estas sentencias y de las sanitarias podemos concluir:

a) La capacidad de las Administraciones Públicas para en sus competencias crear los Registros Públicos necesarios para mejor desempeño de sus funciones.

b) La naturaleza instrumental de los mismos producirán los efectos concordes a sus competencias sin abolir las de otras Administraciones.

Además el Estado tiene competencia para definir las bases del régimen jurídico de las Administraciones con lo que puede coordinar en materia Registral para lograr homogeneidad en sus informaciones y en aras de la cooperación.

B) Registro General Sanitario . En tres ocasiones el T.C. declara la naturaleza básica de la competencia estatal para gestionar el Registro General Sanitario de Alimentos y la coordinación para defensa y seguridad de los consumidores a través de su unidad (223).

---

(222) STC 157/85 de 15.XI, dictada en el CPC 674/84, Promovido por la Generalidad frente al Gobierno en relación a los artículos 51-58 de la OM de Cultura de 14.V.84, sobre Registro de empresas de cine.

(223) Las tan repetidas sentencias 32 y 42/83 y la 87/85 en la que se resuelve el RI contra la Ley de la Generalidad de Higiene y Control Alimentarios

Por ello para identificar establecimientos o industrias el número de registro estatal será el determinante(224).

Como el Registro General tiene caracter instrumental, no supone modificación del sistema de reparto de funciones entre Estado y Comunidades. Los poderes generales, al carecer de competencias de ejecución, al acceso al Registro Nacional es automático. Por ello la Administración General no puede realizar inscripciones o anotaciones, esto es revisar, sino tan sólo verificar correcciones de errores materiales para velar por su veracidad (225). En virtud de las competencias de coordinación puede el Estado dictar normas de homologación de los documentos que hayan de causar inscripciones o anotaciones en el Registro General. Una vez que se haya tomado razón de los Documentos en dicho registro,en el plazo señalado por los Reglamentos,puede la autoridad sanitaria central impugnar los actos de las CCAA. y promover su anulación en el caso de que se hayan dictado en contra de la legislación estatal.

Para que los establecimientos o productos no sean clandestinos,antes de su instalación o comercialización han de estar debidamente inscritos en el Registro unificado (226). A partir de esa el producto autorizado podrá ser lanzado al mercado.

---

(224) STC 87/85,citada en la nota anterior FJ 5
(225) STC 42/83, " " " 124,FJ 6
(226) según establece el art. 1.1 del RD 2825/81,27 de XI BOE 2 de XII de Registro sanitario de alimentos.

A través del Registro General por tanto,los actos realizados por las CCAA. en el ámbito de sus competencias, producen efectos generales - en virtud de su publicación- en todo el Territorio . Por ello ,como estudiamos en su momento, los registros generales cumplen una muy importan- función coordinadora que potencian los ámbitos de competencias de las autonomías : através de la publicación de sus actos,se consigue que los efectos que produzcan tengan caracter general sin que sean necearios nuevos actos idénti- por parte de otras Comunidades,cuando -y esto ocurre siempre que está en juego la unidad del mercado español- se dictan en ejecución de las normas estatales unas y únicas en todo el territorio.

B) Registros Territoriales. "la necesaria existencia del Registro General de ámbito nacional -ha afirmado el TC.- y la naturaleza estatal de las competencias básicas o de coordinación ejercidas a través de él no implica desconectar de la posibilidad de que se creen registros propios en el seno de la Administración sanitaria de aquellas CC. AA. que ostenten competencias en la materia. (227).

La Ley catalana que hemos estudiado, establecía la obligatoriedad de la inscripción en el Registro autonómico de todos los productos que hayan de lanzarse al mercado. El TC ,contestando a las impugnaciones del Abogado del Estado, hizo por vez primera consideraciones que por su importancia, en relación con el registro y efectos generales de los actos autonómicos, recogemos sintéticamente a continuación.

El Tribunal se refiere en primer lugar, a lo que deberá entenderse por producto nuevo que habrá de ser autorizado antes de su lanzamiento al mercado y señala que no se trata deun producto nuevo en Cataluña sino "nuevo en el mercado nacional, nuevo en el mercado español. Y añade a continuación:

" En efecto, si se entendiera la novedad como re-

---

(227) STC 87/85, citada en nota 223. FJ 4.

ferida a Cataluña eso significaría que el producto alimentario ya existía en el mercado español..." y el producto anotado...en España obviamente lo está en Cataluña, sin que se requiera una nueva autorización. Esta no es necearia como consecuencia de los efectos nacionales de los antes enumerados que se llevaron a cabo con el producto antes de su lanzamiento en el mercado fuera de Cataluña. No es admisible porque su exigencia implicaría el desconocimiento de tales efectos, la fragmentación del mercado español y la acumulación de controles que obstaculizarian la libre circulación de esos bienes" (228).

A continuación el Tribunal se efiere a la entrada en el mercado español por o en Cataluña en virtud de la autorización y registro en Cataluña, que producirá efectos generales -de igual modo que en el caso anterior: entrará en el mercado en virtud de los actos de la Comunidad a partir de su inscripción- automática- en el Registro General Sanitario.

3.5. Facultades ejecutivas.

En materia alimentaria, por el juego de los principios de libre circulación y del de igualdad en las condiciones básicas en el ejercicio de los derechos y cumpli-

(228) Ibid. FJ. 6.

miento de los deberes constitucionales,las potestades normativas de las CCAA -como hemos visto- se encuentran muy condicionadas por la función reglamentaria que las bases de la sanidad atribuyen al Estado. A través de las reglamentaciones técnico-sanitarias, la administración central determina las condiciones generales con tal detalle que su desarrollo e innovación se hace dificil en algunos casos. Sin embargo, fuera de esos límites estudiados las CCAA. pueden diseñar su propio ordenamiento y sobre todo gozan de plenas facultades de ejecución.

Sin negar esas facultades normativas,se puede afirmar que en materia de sanidad alimentaria,rige el principio de autonomía de ejecución,que hace excepcionalísima la posibilidad de que las facultades de administración y gestión sean desarrolladas por el Estado.

4.Salubridad e higiene ambiental

Tiene un contenido amplísimo y pese a la concurrencia con otros títulos competenciales como los de trabajo, enseñanza, medio ambiente, legislación penal, etc, estimamos que el control sanitario en cada una de las actividades sobre las que ha de recaer han de ser realizadas por la Administración sanitaria, por lo que se aplicarán por los principios que rigen esta materia, en lo que se refiera estrictamente a la sanidad.

Por su incidencia en otros ámbitos competencia

les será necesaria una mayor claridad en la definición de las bases -competencia estatal- para evitar interferencias excesivas y conflictos innecesarios.

Entre otras materias, se incluyen en este apartado las siguientes:

"Control sanitario de las aguas de bebida, aguas residuales, resíduos sólidos, contaminación atmosférica, vivienda y urbanismo, locales y edificios de convivencia pública o colectiva y, en general, del medio ambiente en que se desenvuelve la vida humana (229).

Actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas a excepción de las que guardan relación con las plantas de producción energética (230).Policía sanitaria y mortuoria (231).

5. Prevención general.

Se centra en el estudio, vigilancia, análisis epidemiológicos y epizootiológicos de los procesos y plagas que impiden positiva o negativamente la salud humana y la

---

(229) Expresamente reconocidos en los Reales Decretos de transferencia y traspaso citados en nota (105).

(230) Por ejemplo: R.D. 2488/78 25. VIII (BOE 27 X), R.D. 2115/78 de 26.VII (BOE 7.IX) de transferencia de competencias al País Vasco y Cataluña en materia de industrias insalubres, molestas, nocivas y peligrosas.

(231) Expresamente citados en los R.D. recogidos en nota (105)

recogida de datos estadísticos (232).

Será competencia estatal, además de la facultad de definir las normas básicas, la vigilancia epidemiológica y medidas de prevención y lucha cuando los procesos o plagas tengan incidencia nacional o supracomunitaria. Estas competencias podrían justificar el mantenimiento por parte del Estado de algunas funciones de ejecución y algunos servicios. Pero, en nuestra opinión, la actividad estatal en esta materia deberái centrarse en la coordinación general , asistencia técnica a las Autonomías y la alta inspección.

En cambio, las Comunidades Autónomas tienen confiadas las funciones de desarrollo normativo y ejecución de las normas básicas del Estado.

6. Planificación sanitaria.

El Real Decreto sobre Coordinación y Planificación Sanitaria dedica uno de sus artículos a regular esta materia (233). El Tribunal Constitucional ha declarado nulo por insuficiencia de rango, dichas disposiciones, por considerarlas de carácter básico. Por ello, de establecerse laaplanificación sanitaria como instrumento de coordina-

---

(232)Ibid.
(233) art. 2.15 del Decreto, citado en nota (125).

ción , habrá de hacerse mediante ley, lo cual es coherente con lo que la Constitución señala respecto a los planes económicos. Se ha de tener en cuenta, además, que la configuración de un instrumento coordinador de tanta incidencia en los ámbitos competenciales requiere una regulación detallada de todo su sistema, y ha de reconocer expresamente el derecho de las Comunidades Autónomas a participar en su elaboración, y debe bastar para ser aprobado una mera disposición administrativa. Entendemos que habrá de ser la ley quien prevea la utilización de este instrumento y que , también por ley se aprueben los diversos planes sanitarios.

En la elaboración del plan sanitario se habrán de tener en cuenta las previsiones de cada ente autónomo, no sólo a las Comunidades Autónomas sino también a cada entidad local.

El modelo que sugerimos estaría constituido por: planes munincipales, planes provinciales, planes regionales que se integran en el Plan General de Sanidad.

CAPITULO VII

LA ADMINISTRACION SANITARIA LOCAL

LA ADMINISTRACION SANITARIA LOCAL

1. La participación: fundamento de la sanidad local.

Hasta aquí hemos visto los criterios de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. En todas las materias sanitarias -como también ocurre en general con los demás sectores de la actuación pública- la concurrencia es regla que rige las relaciones entre las instancias centrales y los territoriales, son excepción los ámbitos de responsabilidad excluyentes. Al verificar la tarea del deslinde hemos tratado de agotar los ámbitos autónomos tanto en lo que se refiere a las competencias normativas como, y esto como regla, a las ejecutivas. Hemos concluido afirmando el caracter excepcional de las reservas de competencias ejecutivas a favor del Estado. Los motivos que han presidido el desarrollo del trabajo hasta este punto han sido los de potenciar al máximo la participación comunitaria en la gestión de los intereses públicos como cauce de participación social, de corresponsabilidad. Las técnicas de coordinación se han revelado, también en lo que a sanidad se refiere, como instrumentos suficientemente eficaces para el mantenimiento de la unidad del sistema, y como alternativa válida para la incorporación de los intereses sociales al actuar administrativo. Las preocupacionns organizativas han pasado en nuestra exposición a un segundo plano, pues el verdadero

problema de la sanidad, del que el organizativo no es sino una consecuencia, es el de la participación y corresponsabilidad, una vez que de la crisis económica y otros factores han manifestado la ineficacia del Estado providencia, que no ha satisfecho las demandas sociales y que más bien, ha tratado de dominar.

En este sentido se pronunciaba en 1.980 el Documento Básico de Reforma Sanitaria :

"Se crearán órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión sanitaria en la que estén representadas las Administraciones del Estado, de los Entes Autónomos, de las provincias y de los municipios, los sindicatos y organismos Empresariales y los Colegios profesionales".

"Los órganos de participación, cualquiera que sean sus niveles, deben tener conciencia responsable de la necesidad de conseguir una completa adecuación entre los costes y la rentabilidad social" (1).

---

(1) Nº 6 del "Documento básico para la Reforma Sanitaria" Revista de la Seguridad Social, 10, 239 (1980) que reproduce el "Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados", nº 3. II de 14 de mayo de 1980. Con esto no queremos defender una reducción de las prestaciones sanitarias, sino que mantenemos que los costes sociales necesarios han de internalizarse lo más posible de modo que la sociedad ejerza un control efectivo sobre su gestión y participe en la definición de las prioridades, en el sentido sugerido en el Informe de la Comisión de Expertos sobre la Financiación de las Comunidades Autónomas, que destacaba que:

Se manifiesta aquí la necesidad, tantas veces expresada en este trabajo, de ampliar los cauces de participación, también directa, para lograr esa conciencia responsable. Esta corresponsabilidad, sólo puede alcanzarse desde la perspectiva de los intereses generales, entendidos como bién común de la sociedad al que todos aspiran y en cuya consecución todos participan.

La elevación del nivel de salud de toda la población defensa y promoción del medio ambiente, la responsabilización del ciudadano en su propia salud, así como la creación de la corciencia sanitaria basada en la educación en materia de salud de todos los ciudadanos, sólo puede

---

"...tanto la comprensión cabal como el ejercicio real de la autonomía financiera por una hacienda —sea esta una Comunidad Autónoma, Diputación o Municipio— exige el cumplimiento de un principio financiero elemental, cual es que sean los beneficiarios de los servicios públicos —todos y nadie más que ellos— los que soporten el coste efectivo de dichos servicios". Esto justifica esa mayor responsabilización, sin perjuicio de la responsabilidad de los órganos autonómicos y estatales de llevar a cabo las tareas de redistribución y solidaridad. Es decir en la medida en que la partipación social aumente —dentro de la legalidad— la corresponsabilidad también se incrementa y se hace un uso responsable de los servicios públicos y la adecuación coste-beneficio (sociales) se hace más fácilmente" (pags. 24-26 de la Edición del Informe del Centro de Estudios Constitucionales, Madrid 1981). Cfr VALVERDE, J.L. "El derecho a la Seguridad Social y a las libertades" Periódico IDEAL, p. 3 del 18 de febrero de 1986.

conseguirse a través de la participación comunitaria (2).

Esa participación no se logra con una mera redistribución de las esferas de poder, del centro a la periferia. Es preciso, como ya dijimos, un cambio radical que penetre en el fondo del tejido social, que permita la socialización administrativa, su legitimación democrática a través de un mayor control social. Es precisa la desburocratización administrativa, que facilite la intercomunicación, en la legalidad, del Estado y la Sociedad.

Por ello, la definición de un modelo sanitario se apoya sobre un modelo de administración local que no puede ignorar. Sin una sanidad local integral, no cabe —bajo nuestro punto de vista— una sanidad pública integral y participativa.

2. ¿Es posible una sanidad local?

En virtud de la autonomía local, que no se concibe en nuestro actual sistema como la reserva de esferas privativas de responsabilidad, sino como instrumento de gestión participada de los servicios públicos, entendemos que el modelo de sanidad integral ha de fundamentarse en

---

(2) Nº 1 del Documento básico para la Reforma Sanitaria, citado en nota(1). Al final de los objetivos que se han de procurar para garantizar a todos los ciudadanos la protección de la salud, añade:

"Para la consecución de estos objetivos ha de buscarse el máximo rendimiento de los recursos disponibles evitando tecnologías inútiles y empleando con criterios sociales las intervenciones y los gastos en una conciencia de la responsabilidad y eficiencia tanto personal como colectiva. En consecuencia, al ser la demanda de salud de carácter contínuo y creciente, en tanto que los recursos son limitados, los programas han de ajustarse a las posibilidades reales de la comunidad, y los índices de

un sistema diversificado. Sin excluir posibles sistemas centralizados en nuestro Estado de las Autonomías, pensamos más adecuado a los requerimientos sociales, una mayor diversificación administrativa. Según este criterio, de diversificación, el primer nivel en la gestión de los servicios sanitarios debe situarse en el ámbito local. No como competencia exclusiva o excluyente, pero sí como responsabilidad participada con las otras Administraciones públicas. Se ha de reconocer a las Corporaciones locales unos ámbitos de actuación, junto con el reconocimeiento del derecho a participar en los asuntos que afecten a sus intereses respectivos (3).

La autonomía local, como hemos visto, es uno de los elementos sobre los que se apoya nuestro modelo de organización territorial que la Constitución garantiza, aunque no le reserve —como en el caso de las Comunidades Autónomas- un contenido esencial inmutable. Tan sólo se reconoce esa autonomía para la gestión de los intereses respectivos que, en cada caso serán delimitados por el legislador estatal o autonómica. Pero, como dice el preámbulo de la ley de Régimen Local, "salvo algunas excepciones son

---

de crecimiento de los servicios de salud no han de sobrepasar sus disponibilidades económicas".

(3) "España se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan. Todos estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses". Art. 137 de la Constitución.

raras las materias que pueden atribuirse al exclusivo interés de las Corporaciones locales; lógicamente también son raras aquellas en las que no exista interés local en juego" (4). Y en efecto, los intereses sanitarios no pueden reducirse al ámbito local como competencia exclusiva de los Ayuntamientos y la Provincia, pero a la vez, no hay interés sanitario que no afecte a los intereses locales. De hecho, pese a la centralización llevada a cabo durante el s. XIX y XX, las Corporaciones locales han compartido con las centrales la gestión de los servicios e incluso su propia ordenación en el marco de las leyes estatales (5). Se ha puesto de manifiesto —no obstante— la práctica inoperancia de las Corporaciones locales en muchas de sus competencias (6) pero en cualquier caso,

---

(4) Ley 7/1985, de 2. IV, de Bases de Régimen Local (BOE 11.VI)

(5) Cfr. MUÑOZ MACHADO, S. "Reflexiones sobre la reforma de la Sanidad Local" Documentación Administrativa, 163, 43-81 (1985).

(6) Así se manifiesta no sin razón, aunque un tanto injustamente, VICENS MATA, M.Mª. "La Sanidad Local en un sistema sanitario integrado" En el libro "Jornadas técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías", pp. 141-167 (1984). SERIGO SEGARRA, A."Los Hospitales de las Corporaciones locales". En "Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo". Ponencia redactada por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona, pp. 31-40 (1972). En este trabajo se ponía de relieve la importancia del servicio hospitalario de las Corporaciones Locales en relación con los enfermos crónicos y la asistencia psiquiátrica (que esta última —al final— va a incorporarse a los servicios de sanidad pública). Refiriéndose a la posible supresión de la red de hospitales locales, afirmaba:

es un hecho el de su participación —no sólo teórica— en los cometidos de sanidad. Tal vez la carencia de medios es la que ha provocado las situaciones de inoperancia, como se pone de manifiesto con los titulares sanitarios muninicipales.

Las necesidades de emprender luchas sanitarias contra las enfermedades endémicas y epidémicas aconsejaron esa centralización. La situación ha cambiado y, como afirma el Informe de la Comisión de Expertos de la OMS sobre organización de las administraciones locales e intermedias de sanidad, "una vez dominadas los principales enfermedades transmisibles, cabe suavizar la autoridad central y proyectar un movimiento descentralizador" (7).

"La mayor parte de los enfermos médicos y psiquiátricos y los ancianos (si se incluyeran las residencias de ancianos), tendrían que ser asistidos en su domicilio. El problema sanitario y de orden público sería pavoroso".

"Y es que es muy simple decir que las Corporaciones Locales sólo asisten a la beneficiencia y que no existe la beneficiencia cuando los trabajadores acogidos a la Seguridad Social, son acogidos en estos centros benéficos si se trata de dolencias médicas o psiquiátricas".

El autor citado, termina afirmando la necesidad de la planificación y de dotar a las Corporaciones Locales de recursos económicos. Como se ve, el problema ahora planteado con la Ley de Sanidad, no es nuevo en nuestro país.

(7) Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre "Organización de las administraciones locales e intermedias de sanidad", p. 10, Ginebra, 1972. La afirmación se matiza con lo que sigue: "Esta descripción —acaso simplificada en exceso— muestra la complejidad de las relaciones entre el desarrollo socioeconómico de un país, la índole de sus problemas sanitarios, y su facultad de descentralizar los servicios de salud mediante la creación o el fortalecimiento de las administraciones intermedias".

"La centralización y la descentralización — añade el Informe— pueden considerarse desde dos puntos de vista:el estructural, que se refiere a la distribución de los recursos entre el centro y la periferia, y el administrativo, que atañe a la adopción de decisiones. Las descentralizaciones estructurales pueden entrañar la agregación de personal e instalaciones del centro en la periferia, con frecuencia en instituciones sencillas. Y viceversa, en un sistema estructuralmente centralizado, los recursos pueden concentrarse centralmente, a menudo en grandes y complicadas instituciones. Estas tendencias son muy acusadas en materia de asistencia sanitaria, de la cual dispone más fácilmente el usuario cuando los servicios de salud son de estructura descentralizada" (8).

Para facilitar el acceso de todos a la asistencia sanitaria, y "para el aprovechamiento de los recursos humanos y de otra índole en una zona determinada", el modelo adecuado es el de la descentralización. Al menos, en lo que a asistencia primaria se refiere, esa descentralización debería ser lo más amplia posible (9). Se lograría también así una mayor adecuación de los costos a las ne-

(8) Ibid. p. 11.

(9) Cfr. Informe de la Comisión de Expertos de la OMS citada en nota (7), p. 11.

cesidades de cada población o territorio. Esto es especialmente necesario en las zonas rurales en las que los ususarios —a través de las Corporaciones locales— deben tener una mayor participación (10). También la asistencia sanitaria especializada en determinados niveles, debería ser responsabilidad de las Corporaciones locales, compartida con la general de las Comunidades Autónomas. A través de la planificación sanitaria podrían irse señalando servicios de asistencia especializada que se prestarían en el nivel local.

Las orientaciones de la OMS para conseguir la salud para todos en el año 2000 parecen encaminarse hacia la diversificación de los servicios para su fácil adecuación a las necesidades de cada población o grupo de poblaciones y a las situaciones cambiantes, lo que sólo podrá lograrse con una mayor flexibilidad de la organización sanitaria que permita esa adaptación. La existencia de estructuras rígidas, dificultan esos objetivos y tienden a concentrar los servicios en los grandes centros urbanos olvidando las zonas rurales que con frecuencia han

---

(10) Cfr. en este sentido FRANCIA VIÑA, J.Mª. "Elementos para una nueva política sanitaria rural". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 57, 381-388 (1983). También MUÑOZ MACHADO, S. en la obra citada en nota (5), pp. 69-73 (Observaciones sobre los llamados partidos médicos cerrados) donde trata de las nuevas orientaciones de la sanidad rural y la libre elección de médico.

quedado insuficientemente atendidas (11).

Las bases de la Sanidad, a este respecto, no deberían sino señalar los criterios y objetivos generales comunes, evitando que el sistema cristalice en sólidas estructuras. Cada Comunidad Autónoma, más próxima a la realidad sanitaria, en colaboración con las Corporaciones locales adoptarán esos criterios al modelo más conforme a sus peculiares situaciones. En este sentido, declara el Informe antes citado, que una vez señalados esos elementos del sistema, "se suele cometer el error de "sobrediseñar" el sistema, es decir, no dejar margen para ajustarlo. Para que el diseño sea adecuado ha de tener en cuenta la función y el desarrollo presentes y futuros del sistema (....)Hay que prever la participación, la re

(11) En este sentido en el Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre la "Financiación de los Servicios de Salud", Ginebra 1978, se recoge la experiencia de muchos paises en desarrollo que están haciendo todo lo posible para fomentar al máximo la autosuficiencia en las Comunidades Locales. Más recientemente AFFELD afirmaba:

"Los asuntos de centralización y descentralización juegan un papel importante en la mayoría de los mecanismos de planificación sanitaria, tanto en Europa occidental como en Europa oriental. Estos asuntos tienen un dilema de valor. La orientación de las necesidades básicas la capacidad de innnovación, la flexibilidad suficiente y la participación comunitaria precisan relaciones cercanas a lo regional, lo local u otros niveles periféricos. Simultáneamente, objetos igualmente bien aceptados como la equidad en el desarrollo calidad y efectividad sanitaria, precisan una estructura centralmente; como contrapeso, no existe "un punto óptimo" generalmente aplicable a esta correlación necesaria entre cuanta descentralización sea posible y cuanta centralización sea necesaria". AFFELD L. "Planificación para la Salud. Perspectiva internacional". En "La Reforma Sanitaria a debate. Desde una perspectiva nacional e internacional", 96 (1984).

distribución y el crecimiento. El sistema será lo suficientemente flexible para poder afrontar emergencias, ajustarse a cambios visibles de necesidades y demandas, y prestarse a innnovaciones si así conviniera" (12).

Esta descentralización y participación comunitaria en la salud, exige —sin embargo— unos mayores esfuerzos de planificación y coordinación que evite la duplicación y fragmentación de los servicios a la vez que garantice la mayor homogeneidad posible en la asistencia, mediante la adecuada política distributiva para adecuar, en cada demarcación, las necesidades -siempre diversas- a los recursos disponibles, lo que sólo puede lograrse desde los niveles superiores, la Comunidad Autónoma y el Estado. También en cada territorio autonómico, serán necesarias unidades o servicios de mayor especialización que podrían gestionarse por las autoridades comunitarias de modo coordinado con el resto de los servicios.

Es preciso, por tanto, una mayor potenciación de las entidades locales en la asistencia sanitaria evitando, en la medida de lo posible, la excesiva centralización y burocratización del sistema."A medida que progresa la organización de los servicios locales de sanidad, se hace más patente la necesidad de una Adminis-

---

(12) Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre "Organización de las Administraciones locales e intermedias, de sanidas", citado en nota (7), nº 4.2.3. pag. 18.

tración local eficaz. La descentralización de los servicios sanitarios se facilita grandemente cuando una Administración Local bien organizada está ya en condiciones de hacerse cargo de nuevas funciones (...), allí donde todos los servicios públicos estén efectivamente descentralizados y la colectividad local puede tomar decisiones sobre cuestiones sanitarias que le interesan, la organización de los servicios sanitarios de la Comunidad se hace mucho más fácil" (13).

El modelo italianao, diseñado en 1978 en la Ley de Reforma Sanitaria puede aportar algunas orientaciones para la Sanidad española. Junto a algunos inconvenientes, la flexibilidad de su organización es un ejemplo del pregamatismo con que deben enfocarse los sistemas de Sanidad de carácter descentralizado (14).

3. La unidad sanitaria local (USL).El modelo italiano.

Antes de entrar en el estudio del modelo italiano, hemos de hacer algunas precisiones respecto de la organización territorial, por lo que las soluciones, que puedan sugerirnos han de ser adecuadas a nuestro Estado de

(13) Tercer Informe del Comité de Expertos de la Administración sanitaria, OMS. Serie "Informes técnicos", 194, pp. 15-16. Citado por MUÑOZ MACHADO "Reflexiones sobre la reforma...". Citado en nota (7) p. 76, nota (56)

(14) Cfr. DE CESARE, Giovanni., "L'attuale momento della sanita". En Dizionario de Diritto Sanitario, pp. 1-22 (1984).

las autonomías.

La Constitución italiana de 1.947 instituye un Estado regionalista,con unos ámbitos de autonomía regional bastante más reducidas que las que permite nuestra Ley fundamental. Las regiones italianas,en general, están bastante más condicionadas por el poder central y sus facultades normativas se someten a controles previos,aún cuando la efectividad de dichos controles no sea muy extensa. . La otra salvedad,que estamos a tiempo de prevenir,en la medida en que pueda sucedernos algo análogo, es -como ya hemos visto al tratar de las relaciones interadministrativas Estado- comunidad-Corporación local - que el Estado Central italiano ha fundamentado parte de su política en la potenciación de la autonomía local en detrimento de las regiones . Estado y Regiones han sostenido así una pugna sobre esferas de poder en el que éstas últimas han visto muy condicionadas sus facultades y han contemplado con re

---

(15) Cfr. sobre la reforma de la sanidad italiana: BUCCI,Oddc."Riflessioni sulla riforme sanitaria" Ressegna amministrativa della sanità.XX (10-12),305-319 (1.982). DE CESARE,Giovanni,"L'attude "momento"della sanità". En Dizionario de Dirtto Sanitario,pp1-22 (1984). GIANNICO, Luigi "Amministraziones sanitaria:storia". Dizionario di Diritto Sanitario,73-96 (1.984). LOPEZ GANDIA,Juan."EL Servicio Sanitario Nacional Italiano: Estructuras,competencias,contenido,participación y financiación" Revista de la Seguridad Social,4, 209-240(1.979).PARALDO,Nino."La riforma sanitaria" Rassegna Amministativa della Sanità" XVII-6, 941-253 (1.978). El Desarrollo legislativo de la Ley 833/1.978,de 23.XII, de reforma sanitaria puede verse en Rassegna Amministrativa della Sanità nºXVII-6,pp 332-456 de 1.978. La Ley 833/78 del 23.XII publicada en igual nº Rev.

celo a las Corporaciones locales. Pensamos que en nuestro sistema este peligro es más remoto, pero si se quiere, en realidad y no sólo para "reconducir el proceso", una verdadera diversificación administrativa que facilite la participación ciudadana y disminuya la burocritacización de los servicios, es preciso —una vez garantizados los mínimos de autonomía local— confiar a las Comunidades Autónomas el ejercicio de sus propias facultades de autoorganización y de Administración local, evitando las delegaciones y transferencias directas y condicionando las que se practiquen en favor de las Comunidades (o de alguna de ellas) a un ejercicio verdaderamente descentralizado (16).

Las Unidades Sanitarias Locales (U.S.L.) son, incluso antes de la reforma, el elemento fundamental de la organización sanitaria interna italiana que se definió a partir del National Health Service inglés con algunas influencias -consejos de condado— del modelo sueco. El legislador evitó la excesiva concreción sobre la naturaleza jurídica de la U.S.L. Se evitaba de este modo la exce-

---

(16) Sobre el sistema regioanl italiano, cfr. Documentación Administrativa, 175, 747-771 que recoge una selección de los artículos de la Constitución en relación con las regiones (pp 747 y ss), la ley de constitución y funcionamiento de los órganos regionales (pp.751 y ss). Sobre el reparto de competencias sanitarias entre el Estado y la Región cfr. ANGELICI, Mario. "Principi Di Diritto Sanitario" pp.137-204 (referido a las regiones de Estatuto Común, bajo el título "L'Amministrazione Indiretta") y pp.205-215 (en relación con las regiones de Estatuto especial).

siva rigidez del sistema que diseñaba y permitía a las regiones -al menos desde el punto de vista teórico- ulteriores determinaciones y adaptaciones (17).

La ley define el servicio Sanitario Nacional como una red completa de U.S.L. Y concibe la U.S.L. como el conjunto de establecimientos, de oficinas y de los servicios de los municipios, individuales o asociados y de las Comu-

---

(17) Algunos de los Estatutos de las regiones (comunes) recogen en la definición de Competencias la previsión de las U.S.L. Así ocurre, por ejemplo, con las de Abruzo (art. 5), Campania 7 y 9 entre otros), Molise (art.4), Puglia (art. 6), Toscana (art.4), Umbria (art.6.3), citados por ANGELICI, Mario. "Principi di Diritto sanitario", citado en nota (16) pp.152-157. Estas previsiones son anteriores a la ley de Reforma del 78.

Sobre el N.H.S. inglés cfr.: MAYOR DOMINGO, Federico y cols. "Los sistemas sanitarios inglés y español. Estudio Comparado. 410 pp (1.982), MORENO RUIZ, J.A. "Análisis comparativo de modelo y sistemas de salud". En "La Sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma" 531-694 (1.983). Principalmente pp.567-580. LOPEZ DE NONIS DE CARO, Carlos "La organización de la asistencia sanitaria en el Reino Unido: El servicio nacional de Salud" Revista de la S.E., 8, 173-184 (1.980). Más breves y descriptivos: CANO DIAZ, "Asistencia Médica" en Historia Universal de la Medicina, dirigida por Pedro Laín Entralgo, vol. VIII, 431-432 (1975) PIEDROLA GIL, G. "Concepto, contenido y definición de la Medicina preventiva y social. Periódos de su evo,ución histórica. Materias de que consta". En "Medicina preventiva y social, higiene y sanidad ambiental", V. I, 44-46 (1983). Un examen crítico de la reorganización del N.H.S. nos la ofrece HELLER, Tom. "Restructuring the health service", Crom Helm. Londres, 1978, 114, pp. Se recoge una reseña de su contenido en Foro mundial de la salud, pp. 182-184 (1981) que destaca entre otras de las observaciones que hace el libro, la falta de participación de las comunidades locales en la adopción de soluciones.

Sobre el modelo sueco cfr.: AKELINDGREN, S. "La organización del sistema sanitario en Suecia". En La Reforma

nidades de montaña, que en su ámbito territorial determinado absorven las competencias del Servicio Sanitario Nacional (18).

La Ley añade que la base de los criterios establecidos por las leyes regionales, los municipios y comunidades de montaña articulan las unidades como estructuras técnico-funcionales para la distribución de los servicios del primer nivel sanitario y de los de atención inmediata (19).

A las U.S.L. se le atribuyen tanto las responsabilidades de salud pública como las asistenciales propias del ámbito local, lo que permite una mayor unidad sanitaria en la realización de los objetivos de prevención y promoción. Se ha observado, sin embargo, que algunas de las funciones atribuidas exceden de las posibilidades de las U.S.L. entre las que destacan las relacionadas con la higiene laboral, y la educación sanitaria (20).

Dentro de la U.S.L. se respeta la autonomía de los centros, oficinas y establecimientos que están coordina-

---

Sanitaria en España a debate. Desde una perspectiva nacional e internacional, pp. 229-234 (1984). MORENO RUIZ, J.A. "Análisis comparativo...." citado en esta nota, pp. 581-589.

(18) Art. 10, Ley 833/1978, de 23 XII, citada en nota (15) de Reforma Sanitaria".

(19) Ibid.

(20) Ibid. art. 14. DA CE AAL en "Attuale momento de la Sanità " citado en nota (14), considera que esos son cometidos de carácter típicamente regional (p. 4).

dos y supervisados por las autoridades de la U.S.L. Por encima de ellas, la coordinación y control corresponde a las autoridades regionales quienes —además— han de procurar la homogeneidad en la prestación de servicios y la correspondencia de los costos con los beneficios relativos (21).

Uno de los mayores problemas de las U.S.L. ha sido precisamente el de su integración —coordinación— dentro del sistema-conjunto— regional. La principal razón estriba en la insuficiencia de medios con que cuentan las regiones para articular los servicios. Carecen de toda participación en los órganos de Gobierno de las U.S.L. quienes a su vez no se integran en unidades intermedias, sino directamente en la red nacional. Los establecimientos y servicios "suprazonales", se integran en la U.S.L. del territorio donde se ubican sin constituir estructura intermedia". Las atribuciones de la región son principalmente legislativas y de planificación. Las facultades que recibe por delegación del Estado las ejerce asimismo, por delegación, a través de los municipios (22).

---

(21) Arts. 11 y 15 de la Ley 833/1978 citada.

(22) Se hace eco de esta crítica LOPEZ GANDIA,J. "El servicio sanitario..." citado en nota (14), p. 237. Sobre el problema local y los servicios supranacionales cfr. DE CESARE en "Attuale momento della Sanita", pp. 12-13.

Las U.S.L. pueden comprender, como hemos dicho, uno o varios municipios, y se constituyen sobre poblaciones de entre 50.000 y 200.000 habitantes con criterios amplios. Las regiones, oidos los municipios interesados, determinarán los ámbitos de las U.S.L. que deben coincidir con los ámbitos territoriales de gestión de los servicios sociales. Se logra así facilitar la coordinación de la sanidad (pública y asistencial) con los servicios sociales, según las previsiones de la Ley de Reforma. Dentro de la U.S.L. se establecerán distritos sanitarios de base según los criterios que defina la ley regional (23).

Las prestaciones curativas incluyen la asistencia primaria y especializada, de forma ambulatoria o domiciliada.La asistencia primaria y pediátrica se presta por el personal dependiente —o concertado— de la U.S.L. o en el municipio de residencia del paciente que tiene -dentro de la U.S.L.— derecho a elegir médico (24).

El gobierno de las U.S.L. —aún insuficientemente configurado y que ha sido objeto de críticas frecuentes— se confía a una Asamblea General, que es designada por el Municipio o Municipios miembros de cada unidad sanitaria;

---

(23) Art. 61 de la Ley.
(24) Art. 23 de la Ley.

a su vez la Asamblea elige -con voto limitado para garantizar la representación de las minorías- al Comité de Gestión el cual nombra a su presidente. Una de las preocupaciones de la doctrina es la de garantizar la conexión del Comité con los profesionales sanitarios y la dependencia de éstos respecto de la Asamblea (25).

Se garantiza -en los términos que señale la ley regional de desarrollo- la autonomía técnico-funcional de los servicios de la U.S.L.La participación de los trabajadores y usuarios se produce en el ámbito de los establecimientos y servicios concretos de la U.S.L., así como en la programación de las actividades sanitarias. Pero la representación en los órganos de gobierno se produce a través de los Ayuntamientos.

Como hemos visto, la U.S.L. es una "estructura de gestión de los servicios sanitarios locales" a través de los cuales los municipios ejercen sus competencias. Se produce así una cierta duplicidad de autoridades sanitarias. Por una parte, es el Presidente del Comité Gestor, quien dirige toda la actividad de las U.S.L.; por otra, se deja a salvo en la Ley las atribuciones del alcalde como autoridad sanitaria local que, por

---

(25) Cfr. DE CESARE, en "L'Attuale momento della sanità" citado en nota (14), pp. 11-12, FALCON, Giandomenico, "Unità Sanitaria locale", pp. 616-619 y 624-628 y GIANNICO, Luigi, en "Amministrazione sanitaria: storia", pp. 93-95.

ejemplo, en materia de tratamientos obligatorios son muy extensos (26).

En definitiva, pese a algunos inconvenientes del sistema italiano en lo que se refiere al papel de las regiones -principalmente normativa- y un tanto secundaria ya que se ha configurado como un único Servicio Sanitario Nacional.

El ejemplo italiano, es bastante ilustrativo de lo que puede ser una sanidad integrada, del tipo del NHS inglés, en un sistema de autonomías regionales. La flexibilidad del sistema permite su adecuación a situaciones muy diversas; facilita además, amplios cauces de participación: en el nivel de gobierno a través de los municipios; de los trabajadores, interesados y ciudadanos en general en la elaboración de los planes y, directamente, en la gestión de cada uno de los servicios de la U.S.L.

El Servicio Sanitario Nacional, al apoyarse en las U.S.L., facilita también la integración de las actividades asistenciales, en las funciones de salud pública y de asistencia social, dentro del concepto amplio de sanidad ambiental que persiguen las nuevas orientaciones de promoción que propugna la OMS bajo el lema de "Salud para todos en el año 2000". Se evita además la excesiva bu

---

(26) Arts. 13 y 35 de la Ley.

rocratización y consiguiente desapego a las demandas sociales.

Sin embargo, de llevarse a cabo en nuestro país -lo que no parece inminente- habrían de introducirse algunos correctivos:

1º. Sólo es posible diseñar el modelo de sanidad sobre un modelo previo de autonomía local, que ha faltado en Italia y ha sido causa de desajustes en el desarrollo de la Ley.

2º. En nuestro Estado de las Autonomías es difícil -y no parece deseable según vimos- conformar un Servicio Nacional uniforme. Es más adecuado un Sistema General en el que se integren los Servicios Autonómicos debidamente coordinados, entre sí y con el Estado Central.

3º. Las unidades sanitarias, aunque gestionadas por los municipios, individualmente o mancomunados, estarían dirigidos por las Comunidades Autónomas con la asistencia de un Consejo en el que estuviesen representados los municipios, los sindicatos, las organizaciones empresariales y Colegios profesionales.

4º. Los servicios "suprazonales", de atención especializada en los niveles que señalasen las Comunidades Autónomas podrían encomendarse o bien a las Diputaciones, o bien a otros entes territoriales de ámbito superior al municipal e, incluso, vincularles directamente a las Co-

munidades Autónomas.

5º. Las Diputaciones desempeñarían, según la ley de régimen local, funciones de coordinación de los servicios munincipales para la garantía de la prestación de los servicios sanitarios, así como las de asistencia y cooperación económica y técnica. También podrían prestar los servicios de carácter supramunincipal o supracomarcal. Actuarían en el ejercicio de competencias propias o delegadas según los casos, y siempre bajo la supervisión autonómica.

6º. Las Comunidades Autónomas tendrían en este modelo, funciones normativas, de coordinación y planificación además de las relacionadas con la asistencia técnica y financiación.

7º. Para la creación de centros y servicios sería precisa la intervención de la Comunidad Autónoma en el marco de los planes y la financiación podría ser conjunta a cargo de los presupuestos de la Comunidad y de las Corporaciones locales.

8º. Para llevar a efecto el modelo que sugerimos no sería precisa la creación de un organismo autónomo. Todos los centros y establecimientos estarían integrados funcionalmente en el servicio de la Comunidad Autónoma en una red debidamente coordinada por la Administración sanitaria autonómica.

92. Para llevar a efecto la adscripción funcional bastaría la trans .rencia de los servicios administrativos a las respectivas corporaciones

Consideramos que este modelo facilitaría la participación ciudadana, y mejoraría la gestión de los servicios evitando las duplicidades funcionales. Se lograría además, la plena integración sanitaria en el ámbito local y la autonomía de los centros y servicios. Las Corporaciones locales y la autonomía de los centros y servicios. Las Corporaciones locales, al contar en su ámbito con los recursos necesarios estarían suficientemente dotadas para el desempeño de sus responsabilidades y, además, el gasto público se reduciría. La calidad de la asistencia no se resentiría, pues la Comunidades, libres del peso de la gestión, podrían dedicar mayor atención a las funciones coordinadoras: la elaboración de planes, definición de condiciones técnicas mínimas para cada Corporación local, la formación del personal sanitario y la asistencia técnica a los órganos de gestión.

Entendemos, en cambio, que no es conveniente instrumentar en el nivel de gestión —sí en el de coordinación— órganos mixtos interadministrativos que diluirían responsabilidades y quitarían transparencia a la actuación local. En los órganos de gobierno de la estructura sanitaria, los ciudadanos estaríamos represen-

tados por los municipios; y en cada servicio o establecimiento a través de los sindicatos asociaciones de usuarios, etc.

En definitiva, son muchas las ventajas que -a nuestro entender- presenta la solución que proponemos; junto a ellas, no se pueden olvidar los inconvenientes que plantea esta diversificación, todos ellos pueden ser salvados con creces a través de la coordinación, que potenciaría -además- los efectos benéficos de la separación entre dirección y gestión.

4. El modelo sanitario en la Ley General de Sanidad en proyecto (27).

Se proyecta en la Ley un modelo de Sanidad integral en el sentido antes analizado, que garantiza la extensión de la asistencia sanitaria a toda la población española, que se prestará en condiciones de igualdad efectiva:

"Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes organizarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este título dentro de una concepción integral y única del sistema sanitario" (28).

Las fuentes de inspiración del sistema hemos de en-

(27) Utilizamos el "Proyecto de Ley General de Sanidad, aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, serie A (Proyectos de Ley), nº 145.III.

(28) Art. 4 de la Ley Genral de Sanidad.

contrarlas en el NHS inglés. De acuerdo con el Estado de autonomías, se configura como un sistema de sistemas. Es, decir, como un complejo de servicios sanitarios territoriales, coordinados en el sistema Nacional de Sanidad. Se opta, por tanto, en la ley por el modelo, ya analizado, de una sanidad integrada, con separación orgánica y funcional del sistema de Seguridad Social, del que ya hemos tratado.

En segundo lugar, la ley muestra especial preocupación por los aspectos organizativos, optando de modo rígido -como veremos con detalle- por un sistema centralista -en el nivel regional- aunque desconcentrado. La descentralización brilla por su ausencia, y bajo nuestro punto de vista, no esponde a un previo y coherente modelo de autonomía local. En este sentido, el uniformismo se muestra hasta el extremo de imponer -con independencia de otras consideraciones que haremos- un único modelo sanitario. Así, el artículo 1.2. del proyecto establece que:

"Las Comunidades Autónomas crearán sus servicios de salud, dotados de personalidad jurídica, dentro del marco de esta ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía" (29).

---

(29) Art. 44.1. de la Ley General de Sanidad (proyecto).

Por tanto, el legislador estatal, opta claramente -y ya desde el mismo inicio de la ley- por un sistema centralista desconcentrado imponiendo, como en los mejores tiempos, la "descentralización institucional", no real. En este contexto es en el que ha de interpretarse el tercer elemento de la Ley: el de la participación.

El artículo 5 determina que "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". Como veremos la participación queda bastante desvirtuada en las determinaciones posteriores de la Ley.

"A los efectos de dicha participación -añade el artículo 5- se entenderán comprendidas las Organizaciones empresariales y sindicales, la representación de cada una de estas organizaciones se fijará atendiendo a criterios de proporcionalidad, según lo dispuesto en el título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical".

Se define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Cada Comunidad Autónoma constituirá un Servicio de Salud dotado de personalidad jurídica integrado por to-

dos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad Autónoma, aunque -eso sí- cada Administración territorial podrá mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de ella, pero con adscripción funcional al servicio de salud pública de cada Comunidad Autónoma. Las Administraciones territoriales infracomunitarias no podrán crear o establecer nuevos centros o establecimientos, sino de acuerdo con los planes de salud y previa autorización de la correspondiente Comunidad Autónoma (30).

Cada Servicio de Salud se organiza territorialmente en Areas de salud que, como regla general extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, excepto en los casos de Baleares Canarias, Ceuta y Melilla que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En cada provincia habrá como mínimo un área (31).

La disposición transitoria primera establece que las Corporaciones locales que en la actualidad dispongan de servicios y establecimientos que en la presente ley se adscriban a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, establecerán de mutuo acuerdo con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas un proceso de transfe

---

(30) Art. 51.3 de la Ley General de Sanidad (proyecto)
(31) Ibid. art. 56.

rencias. La financiación de los servicios se realizará con cargo a los presupuestos de la Comunidad y de las Corporaciones locales; hasta que se apruebe el nuevo régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas contribuirán con una cantidad igual a la asignada en sus presupuestos para la financiación de los establecimientos adscritos formalmente a dichos servicios.

La Ley, en definitiva, prevé un sistema excesivamente uniforme tremendamente centralizado no sólo en el nivel político -lo cual sería razonable-, sino también en el nivel administrativo que, según sus previsiones será también prestado por la Comunidad Autónoma. Pese a las declaraciones sobre la participación local en la formulación de la política y control de la ejecución, ésta como veremos a continuación, no es efectiva, y -por tanto- se ha producido un vaciamiento de las funciones locales, de dudosa constitucionalidad.

La parte declarativa de la Ley expone como motivo de esa centralización ("concentración" se dice), el haberse demostrado -cuando la autonomía local, no estaba reconocida, además de carecer de suficiente dotación de medios y en épocas durante las cuales tampoco eran efectivamente representativas- que el nivel munincipal no era el adecuado para su gestión. Cuando, en realidad, es en el nivel local -munincipal, o supramunincipal (mancomunidades, por ejemplo), y en el provincial- donde se pres-

tan -gestionan- los servicios sanitarios. Y es, suficiente ese nivel infracomunitario, en el que es más fácil la adecuación a las necesidades de la población, especialmante en los casos de asistencia rural; lo que será bastante más difícil de lograr desde una perspectiva más general, con una responsabilidad bastante más diluida. Se manifiesta en el preámbulo que esa sustitución de las Corporaciones locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales no significa la correlativa centralización de servicios en el nivel autonómico, pues se articulan dos previsiones que lo contrarrestan: las áreas de salud, los órganos encargados de su gestión.

En cuanto a las Areas de Salud, en efecto, desconcentran la gestión pero esto no significa que se vaya a producir -sin una efectiva participación local- la real aproximación de los servicios a los usuarios y una mayor intensidad en el control social de las prestaciones sanitarias.

A continuación declara -y es significativo- que "sin perjuicio de que el Proyecto disponga la organización de los servicios de salud bajo la <u>responsabilidad exclusiva</u> -cuando la Constitución exige que sea participada- <u>de las Comunidades Autónomas</u> ordenando incluso la integración en aquellos centros y establecimientos que antes venían siendo gestionados separadamente por las Corporacio

nes locales, el leve (?) efecto centralizador que pudiera resultar de esta medida, se compensa otorgando (?) a las Corporaciones locales en efectivo derecho de participar en el control y en la gestión de la Areas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes en los principales órganos colegiados del Area".

Pues bien, la compensación del "leve efecto centralizador" mediante el otorgamiento de efectiva participación consiste según el texto articulado en lo siguiente :

"Las Areas de Salud serán dirigidas por un órgano propio, donde deberán participar las corporaciones locales en ellas situadas con una representación no inferior al cuarenta por ciento, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma(...)".

Esta "participación" en los órganos de dirección, no garantiza su efectividad en cuanto que no reserva a las Corporaciones locales responsabilidad alguna con cuyo cumplimiento pueda efectivamente participar. Tan sólo se le garantiza su audiencia en los órganos directivos. Esto se confirma además, en los artículos siguientes que, aunque son de aplicación supletoria (arts.57-69), sirven de orientación a las Comunidades Autónomas para interpretar las

bases. Se prevee la existencia de un Consejo de Area, de un Consejo de Dirección y de un Gerente:

1. Cada Area de salud tiene un "órgano de participación" que se denomina Consejo de Area en el cual los ciudadanos están representados por las Corporaciones Locales con un cincuenta por ciento de los miembros. En un 25 % están representados los profesionales sanitarios titulados y el resto los constituye la Administración sanitaria del Area. Este "órgano de participación " carece de responsabilidades en el Area de salud y sus funciones son meramente deliberativas y de propuesta:

a) Verificar la adecuación de las actuaciones en el Area de salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica;

b) orientar las directrices sanitarias del Area, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección;

c) proponer medidas a desarrollar en el Area de salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades;

d) promover la participación comunitaria en el seno del Area de salud;

e) conocer e informar el anteproyecto de plan de salud del Area y de sus adaptaciones anuales;

f) conocer e informar la memoria anual del Area

de salud (32).

2. En el Consejo de Dirección de Area estarán representadas las Corporaciones locales en un cuarenta por ciento frente a un sesenta por ciento de representación de la Comunidad Autónoma. Sus funciones según la ley serán:

a) Propuesta de nombramiento y cese del Gerente del Area de salud;

b) aprobación del proyecto del plan de salud del Area dentro de normas directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma;

c) aprobación de la memoria anual del Area de salud;

d) establecimiento de criterios generales de coordinación del Area;

e) aprobación de prioridades específicas del Area de salud;

f) aprobación del anteproyecto de los ajustes anuales del plan del Area;

g) elaboración del reglamerto del Consejo de Dirección y del Consejo de Area dentro de las directrices generales que establezca la Comunidad Autónoma (33).

No existe articulación alguna entre el Consejo de Dirección y el de Salud del Area. El órgano ejecutivo

---

(32) Art. 58 de la Ley General de Sanidad (proyecto).

(33) Art. 59 de la Ley General de Sanidad (proyecto).

aprueba -además- el reglamento del órgano deliberativo. El de Dirección es nombrado en un sesenta por ciento directamente por la Comunidad Autónoma; la representación local se elige por los miembros del Consejo de salud de igual origen. El Consejo de Salud no puede exigir responsabilidades al sesenta por ciento de procedencia autonómica; tan sólo es oido con caracter preceptivo en dos ocasiones y en las demás . únicamente posee facultades de propuesta.

Dentro de las normas de aplicación supletoria se establece la división de las áreas en zonas básicas. En ellas, pese a que prestan atención primaria de salud, no aparece la más mínima garantía para la participación de las Corporaciones locales. Sin embargo, de acuerdo con la garantía institucional básica que supone la Ley de Régimen local los Municipios ejercerán, en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y las Comunidades Autónomas sobre: "Participación en la gestión de la atención primaria de la salud", que es una competencia de mayor alcance que la de"participar" en órganos de dirección para la definición de la política sanitaria y control de su ejecución.

La Ley define un sistema excesivamente acabado en el que las Comunidades Autónomas carecen de la suficiente capacidad de autoorganización que les permita estructurar

sus servicios de un modo flexible y según diversas opciones. También es desacertado -en nuestra opinión- imponer como modelo el de las entidades autónomas dotadas de personalidad jurídica (descentralización institucional) que, aparte de la uniformidad que impone a los servicios autonómicos, son una reproducción del sistema de Entidades Estatales que se constituyeron para la gestión de los servicios de la Seguridad Social en 1.978 y, anteriormente, para la Sanidad. Es de dudosa naturaleza básica en cuanto que tal determinación excluye otras opciones legítimas, que no impedirían la unidad y homogeneidad del sistema sanitario. El tipo diseñado por el legislador se caracteriza por: la integración de la asistencia sanitaria en la sanidad pública; la garantía de unas prestaciones mínimas en todo el territorio; la atribución de unas ciertas funciones a las Corporaciones locales y la previsión de técnicas coordinadoras, sin que sea esencial para la unidad, el que los servicios se integren en órganos autónomos con personalidad jurídica propia (34).

La centralización y el vaciamiento de competencias sanitarias de las Corporaciones locales es total; no está compensada por una participación de dudosa efectividad y no prevee una esfera de intereses locales (en materia

---

(34) Arts. 4, 3.3, 12, 42, 70, y ss. respectivamentes de la Ley General de Sanidad (en proyecto).

asistencial) en los que pueda ejercitar la autonomía. Se produce además, en ese nivel, una separación innecesaria entre el cometido de la salud pública y asistencia social en relación con la asistencia sanitaria con lo que se dificulta enormemente la integración pretendida -lo que favorecerá la burocratización y el consiguiente incremento del gasto.

5. Funciones sanitarias de las Corporaciones Locales en la Ley de Régimen Local, de Defensa de los Consumidores y proyecto de Ley General de Sanidad.

Aunque la Ley General de Sanidad (proyecto) no reconoce función alguna a las Corporaciones Locales en materia de asistencia sanitaria, sí les reserva algunas relacionadas con la salud pública.

El artículo 42 establece, en primer lugar, la obligación de las Comunidades Autónmas, al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, de tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones territoriales infrarregionales, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y la de Sanidad.

A continuación, después de reconocer el derecho de las Corporaciones Locales a participar en el área de salud en los términos vistos, añade que "sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones públicas, los Ayuntamientos tendrán las siguientes responsabilidades sanitarias mínimas":

a) Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, residuos urbanos e industriales, que en la ley de Régimen Local se establece como obligación de los municipios con población superior a a 50.000 habitantes(35).

(35) Art. 42.3 a) del Proyecto de LGS y art. 26.1 b) de la Ley de Régimen Local (BOE 11.VI).

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

c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residentes, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico-deportiva y de recreo.

d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte, que la ley de Régimen local atribuye a todos los ayuntamientos como obligación mínima (36).

e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria y mortuoria, también contemplado en la ley de Régimen local como obligación común de todos los municipios.

En relación con el control sanitario de productos se pronuncia también la Ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios (37). La ley de Régimen Local añade además, otras competencias complementarias a las asistenciales en un sistema de salud integrado. El art. 25, después de reconocer al municipio el derecho a promover toda clase de

---

(36) Art. 42,3 b) del PLGS y art. 26.1.a) de la LRL

(37) Art. 41.2 de la ley 26/1.984, de 19 de julio (BOE 24. VII) de Defensa de los Consumidores y Usuarios.

actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a sastifacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal, añade que en todo caso ejercen competencias —en los términos que la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas— sobre prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social, entre otras (38). Más adelante, la ley establece que :

"Los municipios pueden realizar actividades complementarias de las propias de otras administraciones públicas y, en particular, las relativas a la educación, la cultura, la promoción de la mujer, la vivienda, la sanidad y la protección del medio ambiente" (39).

De todo ello se deduce, lo cual no es ninguna novedad, el caracter compartido con el que las Comunidades Autónomas ejercen las competencias sobre la sanidad que, por su incidencia en los intereses locales, han de contar con las Corporaciones Locales.

La ley de sanidad no reserva ninguna responsabilidad sanitaria a las Diputaciones, fuera del reconocimiento del derecho a participar en los términos ya estudiados. Al hablar de las responsabilidades municipales ignora toda función provincial, con lo que se produce un nuevo va-

---

(38) Art. 25,2 k) L.R.L.
(39) Art. 28 L.R.L.

ciamiento de competencias que, unida a la privación de las asistenciales, puede vulnerar la autonomía provincial. En efecto, pese a que la ley de Régimen Local reconoce a la Diputación la competencia de coordinación de los servicios municipales entre sí para la garantía de la prestación integral y adecuada y funciones de asistencia y cooperación jurídica, económica y técnica (40), la ley de Sanidad las ignora al establecer :

"Para el desarrollo de las funciones relacionadas en el punto anterior -antes ennumeradas-, los Ayuntamientos deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén comprendidos" (41).

Esto no es sino manifestación de un modelo centralista, poco respetuoso con las autonomías locales que por la fuerza producirá numerosas distorsiones y duplicaciones, y complicará enormemente la Administración sanitaria. En el ámbito provincial, coincidirán las administraciones provinciales, autonómicas de sanidad y autonómicas del servicio de Salud, con lo que se incrementará enormemente el aparato burocrático y dificultará la coordinación de los servicios : municipales, provinciales y autonómicos.

---

(40) Art. 36.1 a) y b), L.R.L.
(41) Art. 42.4 del P.L.G.S.

Pese a las posibilidades que la instauración de un Estado de las Autonomías presentaba para afrontar las reformas de unas estructuras excesivamente burocratizadas, al optar muchas de las comunidades por las administraciones directas y desconectadas de las locales, no se ha hecho otra cosa que reproducir y agravar los problemas administrativos indebidamente heredados. Para la viabilidad del sistema, una vez consumadas las transferencias -que tantas distorsiones han producido, por el modo tan desordenado en que se han practicado-, será preciso afrontar reformas administrativas que reduzcan las estructuras burocráticas y aprovechen debidamente las locales. Antes será preciso -también- resolver el problema de la financiación que convierta a las administraciones locales en administraciones debidamente dotadas.

6. Valor de las claúsulas uniformistas: diversidad administrativa. (42).

Aunque la ley General de Sanidad consagra un modelo en exceso burocratizado y uniformista, ha de ser

---

(42) El modelo sanitario centralizado es el que han adoptado -antes del proyecto de la ley de Sanidad- las comunidades Autónomas del País Vasco, Cataluña, Madrid, Navarra y Andalucía: Ley del Parlamento Vasco 9/83, 19.V que crea el Servicio vasco de salud-osakidetza (BOPV 1.VI.83) también publicado en BO Ministerio de Sanidad y Consumo (BOMSC) nº2 Ley del Parlamento de Cataluña 12/83, 14.VII de Administración Institucional de la Sanidad, y de la Asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña. (DOGC 15.VII, BOMSC, 3 Ley del Parlamento de Madrid 9/84, 30.VI de creación de los../..

interpretada en el contexto del ordenamiento jurídico sobre el que se apoya el regímen autonómico y local. En ese contexto, la interpretación de los preceptos más uniformadores, en el sentido más conforme a las normas estatutarias (que se establecen, además, por Ley Orgánica y tienen el doble caracter de norma estatal, norma suprema de la Comunidad) y en favor de la autonomía local, puede relativizar su naturaleza y llevarnos a la conclusión de su caracter supletorio o incluso a su inaplicación en determinadas Comunidades Autónomas.

Como hemos visto al tratar de la naturaleza de las normas contenidas en los Estatutos de Autonomía, y en especial al tratar la Sentencia del Tribunal Constitucional sobre el proyecto de la LOAPA, el legislador estatal -al

---

../.. servicios regionales de salud y Bienestar social de la comunidad de Madrid (BOM 11.VI) y en Navarra por el Decreto Foral 43/84.16.V (BON 21.V). En Andalucía se ha utilizado esta técnica para la salud Mental, en la ley 9/84 publicada en el BOJA de 13.VII por la que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental.

Sobre el modelo Sanitario de "autonomia institucional, cfr. LAPORTE I SALAS, Josep "La organización del sistema de Salud y comunidades autónomas" en la Reforma sanitaria a debate, desde una perspectiva nacional e internacioneal." pp. 173-181 (Cataluña expresa sus reservas al modelo de planificación sanitaria diseñado en el PGLS) Recio Arias, Pablo "La organización de las Autonomias" en "La reforma..." citado pp.185-189 (Andalucia) AGUIRRE BILBAO, J.Javier "La organización sanitaria desde la experiencia autonómica concreta." en ibidem.

ejercitar sus competencias, en este caso básicas— tiene una capacidad limitada: no puede establecer criterios meramente interpretativos de los términos recogidos en la Constitución y en los Estatutos; ha de respetar los límites en ellos señalados, sin que pueda establecer otros condicionamientos a las comptencias autonómicas, que los previstos —implícita o explícitamente— en dichos textos; por último, no puede vulnerar sus previsiones. Esto se demuestra en relación con las leyes armonizadoras que, a pesar de su carácter extraordinario, fundado en intereses públicos cualificados, no pueden nunca modificar los Estatutos.

El legislador estatal o autonómico, ha de respetar la autonomía local garantizada constitucionalmente. Aunque no se reserven a las Corporaciones locales un contenido esencial irreductible, sí les reserva —no otorga— un núcleo indisponible por el legislador, que es el que se deriva —como ha afirmado el Tribunal Constitucional— de la necesidad de preservar una institución en términos recognoscibles para la imagen que de la misma tiene la conciencia social. Ese núcleo no puede, por una parte, quedar vacío de concretas responsabilidades que, aunque no son exclusivas, no cabe tampoco —en virtud de "intereses superiores"— atribuir de modo exclusivo y excluyente a otras Administraciones cuando hay intereses locales en juego. Y, por otra, no es posible —en nuestra opinión— privar (o expropiar) a las Corporaciones

locales de competencias que ya venían ejercitando, con independencia de su mayor o menor eficacia. Con la institución de las Comunidades Autónomas se ha producido de hecho una redistribución de responsabilidades -principalmente entre el Estado y las Comunidades Autónomas- que pueden incidir en algunos aspectos de la esfera local. Pero una cosa es la redistribución, y otra muy distinta la absorción de un bloque material íntegro, en detrimento de la autonomía local. Esto, que en el caso de los municipios ya es grave, supone un total vaciamiento en la esfera provincial. Por eso, sin perjuicio de ulteriores precisiones del intérprete supremo de la Constitución, tenemos serias dudas sobre su constitucionalidad. Ya hemos estudiado los diversos procedimientos con que cuenta la Comunidad Autónoma para incidir -en virtud de sus competencias concurrentes- en la esfera local; en ninguna de las previsiones de la ley de régimen local se contempla una tan singular como la que acabamos de estudiar. En la norma institucional básica de régimen local se establece además la libertad local para suscribir convenios con las demás Administraciones públicas; en contra de ello, la ley de Sanidad los impone.

Con independencia del juicio que pueda merecer al Tribunal Constitucional, las técnicas a que acabamos de referirnos, hemos de analizarlas ahora en relación con los Estatutos de Autonomía, norma suprema de cada Comunidad, ley

estatal, ley orgánica, en cuyo marco -y de acuerdo con sus previsiones- se definen las bases.

Como hemos estudiado, en la mayor parte de los Estatutos posteriores al Dictamen de la Comisión de Expertos sobre Autonomías de 1.981, se recogen con mayor o menor precisión modelos de administración autónoma indirecta. Así, en el Estatuto de Autonomía de Andalucia se establece que:

"En los términos de una ley del Parlamento Andaluz y en el marco de la legislación del Estado -se entiende que la dictada en garantía de la autonomía local- articulará la gestión ordinaria de sus servicios periféricos propios a través de las Diputaciones Provinciales. La ley establecerá -la estatal y autonómica- los mecanismos de dirección y control por parte de la Comunidad" (43). El mismo sentido en el que se pronuncian los Estatutos de autonomía de Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, y Castilla y León(44).

También los Estatutos preven -aparte de la gestión ordinaria- que las Comunidades puedan delegar el ejercicio de competencias -siempre bajo la dirección y control de estas- a las Diputaciones.

(43) Estatuto de autonomia de Andalucía promulgado por L.O. 6/81, 30.XII (BOE 11.I.82) art.2.4 :

(44) Art.45,1 del Estatuto de autonomía de Aragón (LO 8/82 BOE 16.VIII); 30 art.3.c) EA. de Castilla la Mancha LO 9/82 Extremadura, por LO 1/83.25.II y Castilla y León LO 4/83.

En todos estos casos —con independencia del grado de exigibilidad frente a las respectivas Comunidades— se diseñan criterios organizativos que también vinculan al Estado, en cuanto que debe promoverlos y facilitarlos y, al menos, no impedirlos. Y la imposición a las Comunidades Autónomas de un sistema de administración institucional, obviamente, impide a las autonomías conformar sus Administraciones conforme a esos criterios. Por esta razón —en los Estatutos citados— es más que dudoso que la norma estatal sea aplicable, al menos carece de naturaleza básica, en cuanto que con esas previsiones de administración indirecta se persigue, precisamente, un objetivo contrario al pretendido en la norma sanitaria cuestionada.

Esto es aún más claro en los Estatutos de Canarias y, sobre todo, en los de Valencia y Baleares.

El Estatuto de Canarias, en el art. 7.2., reconoce a las islas su administración propia en forma de Cabildos que seguirán regulándose por su legislación específica. Más adelante —en el artículo 22— después de declarar que Canarias se articula en siete islas, y estas a su vez en municipios, cuyas instituciones de gobierno local son respectivamente, los Cabildos Insulares y los Ayuntamientos, establece:

"El Cabildo constituye el órgano de gobierno y administración insular. Tendrá autonomía plena en los términos que establece la Constitución y su legislación espe

cifica conforme a lo dispuesto en el art. 32 del presente Estatuto " (45).

A continuación se añade :

" A los Cabildos Insulares les corresponde el ejercicio de las funciones que les son reconocidas como propias -se entiende que según su legislación específica-;las que se le transfieran o deleguen,por la Comunidad Autónoma, y la colaboración en el desarrollo y la ejecución de los acuerdos adoptados por el Gobierno canario,en los términos que establezcan las leyes de su arlamento..."

Y por último:

"Los Cabildos asumen la representación ordinaria en cada isla de la administración autónoma y ejecutan en su nombre,cualquier competencia que no ejerza directamente a través de órganos administrativos propios" (46)

Todas estas previsiones y reconocimiento de una esfera de autonomía a los Cabildos,así como la facultad autonómica de ejecutar cualquier competencia a través de los Cabildos,impiden afirmar que sea aplicable,por encima del Estatuto las normas de la Ley de Sanidad que cuestionamos;me-

---

(45) E.A. Canarias,promulgado por LO 10/82,10.VIII (BOE 16. VIII).El art.32 se refiere a las competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del estado sobre: regimen local,regimen jurídico de la Administración canaria,procedimiento adminsitrativo,etc.

(46) Ibid. art.22,3. El 22,4 añade:"El gobierno canario coordinara la actividad de los cabildos en cuanto afecte al interés general de la Comunidad autónoma".

nos aún la transferencias a la Comunidad Autónoma de los establecimientos y servicios, para su adscripción funcional a un servicio centralizado, que los abildos tienen para el ejercicio de sus funciones autónomas según sus leyes específicas.

El Estatuto de Valencia, al prever la delegación y transferencia de competencias de ejecución que no sean de interés general de la Comunidad Autónoma, especialmente en las areas de obras públicas, sanidad, cultura y asistencia social, está permitiendo a la Comunidad previa declaración de no ser de interés general, el ejercicio de funciones propias a través de las Diputaciones, lo que no puede ser modificado por la ley estatal que nos ocupa (47). En nuestra opinión tampoco puede prevalecer sobre el Estatuto de autonomía Valenciano. De la definición de sanidad que se contempla en su ley general, no es posible -respecto de las Diputaciones- establecer más distinciones que las de interés general-interés local.

En el mismo sentido que los anteriores Estatutos y con mayor expresividad se pronuncia el Estatuto de Baleares al regular los Consejos Insulares. El art.39 establece:

"Los Consejos Insulares, además de las competen-

---

(47) E.A. Valencia, promulgado por LO 5/82, 1.VII (BOE 10.VII), art. 47.

cias que les correspondan como Coorporaciones Locales, tendrán la facultad de asumir en su ámbito territorial la función ejecutiva y la gestión en la medida en que la Comunidad Autónoma asuma -en el Estatuto se entiende- competencias sobre las mismas,de acuerdo con el presente Estatuto,en las siguientes materias (47bis):

a) "Sanidad e higiene";

b) "Coordinación hospitalaria,incluida la de la Seguridad Social";

c) Asistencia social y servicios sociales. Promoción social de la infancia,de la mujer,la familia,la tercera edad,los minusválidos físicos,síquicos y sordomudos. Entidades benéficas y asistenciales (48).

"Y en general,cualesquiera otras que en su ámbito territorial correspondan a los intereses respectivos, de acuerdo con las transferencias o delegaciones que a tal fin se establezcan, a demanda de los Consejos Insulares y de conformidad con todo cuanto se prevé en los apartados 2 y 3 del art. 26 de este Estatuto" (49).

En el caso de Baleares,por tanto, los Consejos Insulares tienen por previsión estatutaria (Ley Orgánica)capacidad para asumir funciones ejecutivas en materia sanitaria (integral),capacidad que no puede ser denegada por una ley de sanidad. Por tanto los preceptos cuestionados,

(47bis) E.A. Baleares, L.O. 2/1.983,25.II (BOE 1.III), art. 39.18(sanidad e higiene) y 39.26 (coordinación hospitalaria).
(48)Ibid. 39.7.
(49) Ibid. último párrafo.

tampoco son aplicables a Baleares, y en este caso puede afirmarse además sin duda alguna.

En el mismo sentido se puede afirmar respecto al Estatuto Vasco pese a haber configurado su sistema en forma unitaria como organismo autónomo pues las competencias de los Territorios Históricos que el Estatuto Vasco remite a una ley del Parlamento Vasco puede -en cualquier momento- introducir previsiones al respecto (50). Otro tanto puede afirmarse con respecto a la Comunidad Autónoma de Gali-

---

(50) El País Vasco por Decretos: 32/85,5.III;40/85,5.III y 51/85,5.III ha traspasado los servicios de los territorios Históricos de Alava,Guipuzcoa y Vizcaya a las Instituciones comunes(sic) de la Comunidad Autónoma en materia de sanidad fundándose en que la ley 27/83,de 25.XI de Territorios Históricos ni ninguna otra posterior (sic)a la mencionada competencia,cfr.disp.adicional 1ª de la Constitución del 78. El EA. del País Vasco,LO 3/79,18.XII (BOE 22.XII) establece en su art. 37: 1. "los órganos forales de los territorios históricos se regirán por el régimen jurídico privativo de cada uno de ellos.

2. "lo dispuesto en el presente Estatuto no supondrá alteración de la naturaleza del régimen foral específico o de las competencias de los regímenes privativos de cada territorio". A continuación define algunas competencias sobre el régimen administrativo. Se le atribuyen competencias administrativas-normativas en las materias que el arlamento vasco señale.

El informe de la comisión de expertos sobre Autonomías. editado por el Centro de Estudios Constitucionales (Madrid 1.981) en sus pp.64 y ss. ponía como tipología de las comunidades que se constituyesen en el futuro el del País Vasco:

"No es aventurado asegurar que las Comunidades Autónomas a constituir en España van a presentar variantes y singularidades propias.Esta diferenciación ya ha empezado a manifestarse en los primeros Estatutos de autonomía aprobadas:las diferencias en punto a la organización administrativa interna en los casos catalán y vasco son ostensibles" (pp.64-65).

cia (51).

Por estas razones, con independencia de la posible inconstitucionalidad de dichos artículos del proyecto de ley General, por vulnerar la autonomía local en la imagen que de ella tiene la conciencia social, puede afirmarse que no son de aplicación a la Comunidad de Baleares, Canarias, Andalucia, Aragón, Castilla-la Mancha, Extremadura y Castilla y Leon, tampoco a Galicia y País Vasco. Por tanto dichas normas —en cuanto configuran un modelo de sanidad centralizado y uniforme— no tienen naturaleza básica pues lo propio de las normas básicas es que hayan de regir en todo el territorio nacional, son un común denominador normativo que sólo puede establecerse en el marco de la Constitución y los Estatutos, lo cual queda claro que no ocurre aquí: por ir en contra de expresas previsiones estatutarias en primer lugar y, en segundo lugar, porque al no ser aplicables en determinadas Comunidades Autónomas, no son comunes ni, por tanto, básicas.

Por las mismas razones, no pueden fundamentarse los preceptos que cuestionamos en el art.149,1.18 (bases del regimen jurídico de las administraciones públicas), en cuanto que los Estatutos citados prevén la administración

---

(51) EA. Galicia, LO 1/81, 6.IV (BOE 28.IV), art.41. Es una de las pocas Comunidades Autónomas que, por ahora y no sabemos por cuanto tiempo, ha tomado una postura decididamente localista.
El EA de Murcia LO 4/82 de 9.VI art.23,6 atribuye a la Asamblea regioanl la competencia de regular la delegación de competencias administrativas a las corporaciones locales.

indirecta que no puede ser limitada luego en leyes ordinarias.

Por ello, dentro del concepto de sanidad integral previsto por el legislador, caben diversas opciones organizativas y, entre otras, la que antes hemos sugerido en relación con el modelo italiano, que —en cualquier caso— habrá de regir en algunas de las Comunidades de las citadas.

En definitiva, y como hemos estudiado detenidamente dentro del apartado sobre los principios organizativos, la autonomía local es una pieza de indudable importancia para la consolidación del nuevo modelo de organización establecido en nuestra ley fundamental. Con ello se logrará una mayor integración social. Las medidas de coordinación —estatales y autonómicas— son instrumento adecuado y suficiente (con la ley, que es también coordinación) para mantener la unidad administrativa y el control de la legalidad. Sólo desde un modelo descentralizado y participativo podrá -a nuestro juicio- lograrse en sistema sanitario que procure la "salud para todos en el año 2.000".

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A. Principios generales

I. La construcción del Estado de las autonomías exige el equilibrio entre los elementos integradores y los diversificadores. Dicho equilibrio se asienta sobre el principio c o o p e r a t i v o. Los principales problemas para su consolidación han surgido, en nuestra opinión, precisamente por la defensa de los ámbitos respectivos como esferas excluyentes.

II. Las Comunidades Autónomas no deberían ver limitadas sus competencias de ejecución a causa de los Tratados o Convenios internacionales en los que España sea parte.

Una cosa es la responsabilidad del Estado en las relaciones internacionales —como único con personalidad jurídica internacional— y otra muy distinta es la ejecución de las normas contenidas en esos Tratados o Convenios: que el Estado garantice, no quiere decir que ejecute.

En consecuencia, por el hecho de nuestra incorporación al Mercado Común Europeo, las Comunidades Autónomas no deberían verse privadas de sus facultades de ejecución. Ejecutarán el Derecho derivado de las Comunidades Europeas del mismo modo a como procederían cuando la norma a aplicar fuera estatal o autonómica.

III. En los casos de intereses internacionales en juego, el Estado podría reforzar sus facultades supervisoras. Los dictámenes del Consejo de Estado garantizarían la unidad en la aplicación de las normas contenidas en los Tratados o Convenios Internacionales. También hemos sugerido medios indirectos de control estatal, facilitando el ejercicio de acciones judiciales a los particulares (individualmente o asociados) en defensa de la legalidad. Además, las sanciones económicas en que pudiera incurrir el Estado por incumplimiento de un poder territorial de las normas internacionales (sobre todo el Derecho derivado de la C.E.E.), deberían repercutir en las Comunidades Autónomas.

IV. En las relaciones con el poder central, las Comunidades Autónomas ven reducidas —en la práctica— sus funciones ejecutivas de modo muchas veces injustificado, en virtud de una aplicación rigorista del principio de territorialidad. En nuestra opinión estos excesos deberían ser corregidos mediante normas más "espiritualistas", que evitasen los efectos disgregadores que producen. Hemos destacado como posibles: la técnica de las transferencias y delegaciones de competencias residuales, los convenios interterritoriales (que deberían ser facilitados), y el reconocimiento de efectos generales a los actos válidamente realizados por las autoridades territoriales.

V. Del estudio de la técnica de disociar bases-desarrollos normativos, legislación-ejecución, hemos deducido la normalidad con que la Constitución admite la participación comunitaria en la consecución de los intereses generales. Las "exclusividades" carecen de sentido en un sistema de autonomías. El principio que mantiene el equilibrio entre las tensiones centralista y autonomista, es el cooperativo, por el cual todos los poderes que se integran en el "Estado compuesto" concurren a la búsqueda del bien común.

Dentro del marco de la cooperación, debería darse especial relevancia a las técnicas coordinadoras. Sustituyen estas al principio de jerarquía que rige en los Estados centralistas, y cumplen la función unificadora a través —fundamentalmente— de la autovinculación, que es consecuencia de la corresponsabilidad y de la participación.

VI. Un medio de coordinación insustituible es la planificación económica y, dentro de sus previsiones, los planes sectoriales. Para la efectividad de esos planes —ya que su primacía no queda asegurada, salvo previsiones constitucionales o estatutarias— se requeriría la participación comunitaria en la definición de los objetivos generales. A su vez sería preciso, el ejercicio de la coordinación económica en el marco de la planificación, lo que evitaría los excesivos poderes discrecionales con los que cuenta el Estado en esta materia. Y en este contexto deberían realizarse las actuaciones del Fondo de Compensación Interterritorial y la Financiación de las Comunidades Autónomas.

VII. En definitiva, a nuestro juicio, el Estado de las Autonomías definido en la Constitución presenta una alternativa al modelo de Estado precedente, que no se re-

duce a una mera redistribución de las esferas de poder. Se fundamenta en el pluralismo y aspira a realizar una profunda democratización de las instituciones.

Nos parece que la sustitución del centralismo estatal por un "centralismo territorial" no resuelve el problema de la legitimación democrática de las instituciones; de lo contrario, el nuevo sistema, al intentar la aproximación al ciudadano, y verificarlo como "aparato" —no como cauce de participación— produciría aún mayores efectos de opresión social.

La nueva Administración pública habría de legitimarse democráticamente dentro de la legalidad; tendría que servir a la sociedad y ser cauce para la satisfacción de las demandas sociales.

VIII. Dentro de este modelo de Administración, el Estado sólo debería ejercitar las funciones ejecutivas por expresa atribución constitucional —en materias no transferibles o delegables—, o excepcionalmente en casos debidamente cualificados.

A las Comunidades Autónomas les correspondería, sobre todo, el ejercicio de las funciones de supervisión de las actividades ejecutivas que —con carácter ordinario— habrían de desempeñar las Corporaciones locales.

Y a las Corporaciones locales, en cuanto institucio-

nes más próximas a las demandas sociales, por su mayor facilidad para potenciar la participación, las funciones que las leyes básicas (estatales) y autonómicas les confiera con autonomía funcional.

La Administración autonómica debería ser —de ordinario— la Administración local.

B. Los principios sanitarios.

I. La Constitución no diseña ningún modelo sanitario y admite diversas opciones. La separación en nuestra ley fundamental entre Sanidad y Seguridad Social, lejos de entenderse como un "defecto técnico", debería ser interpretada en favor del pluralismo: esa separación permite diversas opciones y no impone la configuración del sistema sanitario como un servicio público, aunque sea una de las posibles soluciones que puede adoptar el legislador.

II. Proponemos como modelo sanitario —sin afán reduccionista, dentro de las diversas posibilidades— un sistema de sanidad integrado. Este modelo se fundamenta en la indivisibilidad de cuanto afecta a la salud humana. Dentro de él, como exigencia constitucionalmente garantizada, deben reconocerse el derecho a la participación y el pluralismo sanitario, que admite dentro del sistema las iniciativas sociales, sin perjuicio de la interven-

ción estatal para la defensa de la salud pública.

III. La integración supondría incorporar a ese sistema todos los cometidos sanitarios, evitando la dispersión actual. Esto exigiría:

a) la unidad funcional de todos los servicios sanitarios en cada nivel de responsabilidades (central, territorial y local);

b) la separación del Sistema de Salud del de la Seguridad Social, aunque parte de la financiación corra a cargo de esta;

c) la separación —dentro de la unidad funcional propuesta— entre los cometidos asistenciales y de inspección, potenciando las responsabilidades de los farmacéuticos en estas últimas;

d) la coordinación de todos los centros y servicios sanitarios públicos, sin perjuicio de la titularidad y responsabilidades respectivas;

e) la formación de redes asistenciales evitando la creación de entidades personificadas que, en la práctica, se demuestran centralistas y burocratizadoras, y que dificultan la participación.

IV. En los Estatutos de Autonomía que no han asumido competencias sobre Seguridad Social, se incluye la claú

sula "coordinación hospitalaria en general incluida la de la Seguridad Social", nos ha llevado a las siguientes conclusiones:

a) la opción adoptada atribuye a los poderes autonómicos funciones asistenciales;

b) como consecuencia, se propicia la separación entre los sistemas de Sanidad y Seguridad Social;

c) se consagra así la igualdad competencial entre los Estatutos de Autonomía plena inicial y los de autonomía gradual, con los matices expuestos.

V. A causa de la naturaleza de los productos farmacéuticos, es preciso, con carácter general, contar con grandes dosis de "discrecionalidad técnica", que justifican excepcionalmente la reserva a favor del Estado de la competencia de autorización, para preservar la libre circulación de bienes y la igualdad en las condiciones básicas de salud pública. Sin embargo, cuando esa "discrecionalidad técnica" no es precisa, las razones de la reserva son menos fundadas.

Por tanto, para los productos y artículos sanitarios que no tengan la condición legal de medicamento o productos sanitarios asimilados, a nuestro juicio la autorización podría corresponder a las Comunidades Autónomas.

VI. Del mismo modo que el ejercicio de la casi totalidad de la facultad normativa sobre la industria farmacéutica corresponde al Estado, las de ejecución deberían ser competencia autonómica, sin perjuicio de la existencia de un registro unificado de industrias. En algunos casos, esas facultades pueden estar condicionadas por técnicas de coordinación más rigurosas, como ocurre en la República Federal Alemana.

VII. En el caso de establecimientos sanitarios con implantación supracomunitaria, no debería el Estado arrogarse las competencias de ejecución en detrimento de las Comunidades Autónomas; a ellas les corresponde, por el principio de territorialidad, en la medida en que se establezcan en el ámbito de su administración.

VIII. La autonomía de ejecución del régimen de productos no perjudica a la libre circulación, ni a la igualdad en las condiciones básicas de salud, cuando los márgenes de discrecionalidad han sido agotados en la actividad normativa (estatal). Por esta razón, las Comunidades Autónomas son competentes para la autorización de los productos aditivos, previa aprobación estatal de las sustancias aditivas. A este régimen se asimila la autorización de material macromolecular y los preparados pa

ra regímenes dietéticos y/o especiales. También se ha de regir por normas análogas la autorización de cosméticos.

Por otra parte, la libre circulación de los bienes queda garantizada —suprimida la discrecionalidad autonómica— por la existencia de Registros Generales a los que han de acceder todos los productos autorizados antes de su lanzamiento al mercado. El número de identificación de dichos productos será el que conste en el Registro General.

IX. La asistencia sanitaria integrada plantea graves problemas respecto a las Comunidades Autónomas que no han asumido competencias en materia de Seguridad Social y, en cambio, en sus Estatutos se prevé la <u>función normativa</u> de "coordinación hospitalaria en general incluida la de la Seguridad Social". El Proyecto de Ley General de Sanidad no los resuelve de modo satisfactorio, ya que interpreta de modo excesivamente reduccionista las competencias asumidas por estas Comunidades Autónomas.

X. En nuestra opinión el marco adecuado para llevar a cabo las funciones coordinadoras, es el plan sanitario, que habría de elaborarse con la mayor participación posi-

ble de las instancias autonómicas y locales. Para que esa participación sea efectiva, es preciso dotar a los órganos territoriales y locales de cometidos propios en los que sean plenamente responsables de la ejecución de esos planes.

XI. Las normas que disciplinan, en el Proyecto de Ley General de Sanidad, un sistema sanitario uniforme y centralizado, no puede tener naturaleza básica. Al contradecir las previsiones de varios Estatutos, y ser estos normas estatales (Ley Orgánica) y superior de la Comunidad Autónoma, no será aplicable en esos supuestos. Como la norma básica tiene por objeto la garantía de un común denominador normativo, y faltar la nota de generalidad, las normas que se cuestionan no tienen ese carácter.

XII. En virtud de los principios constitucionales y estatutarios, sería posible la construcción de sistemas sanitarios autonómicos sobre la base local. Son aplicables aquí —y así lo expresa la Ley de Régimen Local— las técnicas coordinadoras, la cooperación, que han de ser desarrolladas en el marco de los planes sanitarios.

XIII. A nuestro juicio, el sistema sanitario se ha de construir sobre el principio de subsidiariedad. Esto

no es sino el presupuesto del principio de autonomía. Por ello, junto a la descentralización de competencias del Estado a las Comunidades Autónomas, se debe producir también otra sucesiva a favor de los entes locales. De tal modo que se permita a cada uno de ellos realizar con autonomía plena —responsabilidad-participación— las funciones sanitarias dentro de su ámbito territorial, y los órganos superiores —en cuanto a ámbito territorial se refiere— tengan encomendadas, más bien, funciones de asesoramiento, coordinación y supervisión.

Con las técnicas estudiadas contamos con elementos suficientes para realizar la reforma sanitaria adecuada al Estado de las autonomías, sin que sea preciso para ello realizar recortes en los ámbitos competenciales específicos; aunque para ello sí sería necesario un cambio de mentalidad, que nos alejase del peligro que corremos de aplicar los esquemas centralistas a la nueva situación.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

AFFELD
"Planificación para la salud. Perspectiva internacional". En "La Reforma Sanitaria en España a debate.. desde una perspectiva nacional e internacional", pp. 91-99 (1984).

AGUIRRE BILBAO, J. Javier
"La organización santiaria desde una experiencia autonómica concreta". En "La Reforma Sanitaria en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional", pp. 189-194 (1984).

AKELINDGREN, S.
"La organización del sistema Sanitario en Suecia". En "La Reforma Sanitaria a debate... desde una perspectiva nacional e internacional", pp. 229-234 (1984).

ALONSO LIGERO, Mª de los Santos
"El Derecho a la protección de la Salud". Revista de la Seguridad Social, 8, pp. 57-66 (1980).

ALVAREZ RICO, Manuel
"El principio de coordinación en el Estado de las Autonomías". Documentación administrativa, 196, pp. 5--48, (1982).

ALVAREZ SEOANE, Generoso
"Laboratorios e Institutos Municipales de Higiene. Normativa legal aplicada y juicio crítico". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 54, pp. 571-601, (1980).

ANDREANO, R.
"Una visión general de la economía de los servicios sanitarios. Una perspectiva internacional en los países industrializados". En "La Reforma Sanitaria en España... desde una perspectiva nacional e internacional", pp. 111-123, (1984).

ANDREU SEGURA, BENEDICTO
"Relación entre el modelo organizativo sanitario y las posibilidades de aplicación en epidemiología". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 57, pp. 273-276, (1983).

ANDRZES WOJTZAK
"Salud en Europa: cambios en los conceptos y perspectivas". En "La Reforma Sanitaria en España a deba-

te... desde una perspectiva nacional e internacional", pp. 35-45, (1984).

ANGELICO, Mario
"Principi di Diritto Sanitario", vol. II, pp. 341, (1974).

APARICIO BASAURI, Víctor
"Formación de los profesionales y de los agentes de la salud en la medicina comunitaria". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 54, pp. 537-545, (1980).

ARCE AVIÑO, Marcelo
"La sanidad ante la protección civil en catástrofes públicas". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 54, pp. 801-805, (1980).

"La ordenación de la medicina preventiva en los centros de salud y su importancia sanitaria-social y económica". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 54, pp. 151-155, (1980).

AREVALO ALONSO, José
"Niveles de organización de laboratorios de salud pública". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 57, pp. 343-347, (1983).

"Bases para la organización de laboratorios de salud pública". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 52, pp. 177-184, (1978).

ARGULLOLI i MURGADAS, Enric
"La ordenación de las competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social". Jornadas Técnicas sobre sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías, pp. 203-251(1984). Generalitat de Catalunya.

"Organización administrativa de las Comunidades Autónomas", Documentación administrativa, 182, pp. 27-65 (1979).

BAENA del ALCAZAR, Mariano
"Organización administrativa", pp. 141, 1984.

BAJO FERNANDEZ, Miguel
"La intervención médica contra la voluntad del paciente". (A propósito del Auto de la Sala Segunda del T.S. del 14.III.1979). Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales, 32, pp. 491-500 (1979).

BARRADA RODRIGUEZ
"Los derechos de la Seguridad Social en la Constitución española de 1978", Revista de la Seguridad Social, 2, pp. 29 y ss., 1979.

BASSANINI, Franco
"Dirección y coordinación de la actividad regional". Documentación administrativa, 191, pp. 25-53, 1981.

BASSANINI, Franco y CARETTI, Paolo
"Autonomías regionales y poderes comunitarios". Documentación administrativa, 191, pp. 241-259 (1981).

BASSOLS COMA, Martín
"Las relaciones entre la Administración periférica del Estado y las Comunidades Autónomas". Revista de la Administración Pública, 89, pp. 61-78, 1979.

BERTI, Giorgio
"Hacia la Administración Local". Documentación administrativa, 192, pp. 207-226, 1981.

"Autonomías y transformaciones jurídicas". Documentación administrativas, 192, pp. 249-266, 1981.

BLANCO MORO, A.
"Repercusiones que en materia de salud pública (Asistencia Hospitalaria) pueden darse ante la entrada de España en la CEE". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 54, pp. 931-948, 1980.

BOCANEGRA SIERRA, Raul
"Nueva configuración de la Tutela sobre las corporaciones locales". Documentación administrativa, 182, pp. 367-409, 1979.

BOCUMAR, F.
"La vigilancia epidemiológica en los programas sanitarios". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 55, pp. 607-6014, 1981.

BOQUERA OLIVER
"Comunidades autonómicas y Administraciones locales". Revista de estudios de la vida local, 219, pp. 409-424, 1983.

BORRAJO DACRUZ, Efrén
"Distribuciones de las competencias entre el poder central y los poderes territoriales en materia de sanidad y Seguridad Social". Revista de Derecho Público, año VI (2ª época) vol. III-IV, nº 80 y 81 de 1980, pp. 453-472.

"Artículo 43. Protección de la Salud". Comentarios a las Leyes Políticas. Constitución española. Tomo IV, arts. 39-55, dirigido por O. ALZAGA, pp. 147-196, 1984.

"El Derecho a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social". Revista de la Seguridad Social, 8, pp. 7-56, 1980.

BOQUERA OLIVER, J Mª
"Derecho Administrativo y Socialización", pp. 174, Madrid, 1965.

BRAVO MORATE, Federico
"Asistencia sanitaria integrada en el Servicio de Salud". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 52, pp. 135-139.

"La Medicina en la evolución del pensamiento social". Revista de Sanidad e Higiene Pública, nº 7, 8 y 9, 1960.

BREWER CARIAS, Allan R.
"La descentralización territorial: Autonomía territorial y regionalización política". Revista de estudios de la vida local, 218, pp. 204-232, 1983.

BUCCI, Oddo
"Riflessioni sulla riforma sanitaria". Rassegna Amministrativa della Sanitá, XXI (10-12), pp. 305-319, 1982.

CAMARA DEL PORTILLO, Diego
"La figura del Delegado del Gobierno en las Comunidades autónomas". Revista de estudios de la vida local, 210, pp. 247-264, 1981.

CANO DIAZ
"Asistencia Médica en la Gran Bretaña". En Historia Universal de la Medicina, dirigida por PEDRO LAIN ENTRALGO, vol. VII, pp. 431-432, 1975.

CANADA ROYO, Luis
"Participación de la comunidad en el desarrollo sanitario". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 54, pp. 521-536, 1980.

CARRO FERNANDEZ-VALMAYOR, J.L.
"Contenido y alcance de la competencia del Estado definida en el artículo 149-1-1ª de la Constitución". Revista española de Derecho Constitucional, vol. I (nº 1), pp. 133-158, 1981.

CASAMAYOR SUÑER, Higinio
"Planificación de la salud". Revista sanitaria de Higiene Pública, 52, pp. 82-85, 1978.

CASS PHILLIPS, J.
"Régimen y Administración municipal en los Estados Unidos de Norteamérica", tomoII, I.F.A.L., 1963, pp. 181-199.

CASSESE, Sabino
"La reforma del poder local en el Estado regional". Documentación administrativa, 192, pp. 405-425, 1981.

"El proceso de reforma municipal en Italia (1960-1980)". Documentación administrativa, 192, pp. 427-451, 1981.

DE CESARE, Giovani
"L'attuale momento della Sanitá". En Dizionario di Diritto Sanitario, pp. 1-22, 1984.

CHECA RODRIGUEZ, Ricardo L.
"Teoría y práctica del bicameralismo en la Constitución española". Revista española de Derecho Constitucional, 4 (10), pp. 63-90, 1984.

CLAVERO AREVALO, M.
"España desde el centralismo a las autonomías", prólogo de García de Enterría. Barcelona. Planeta. pp. 289. 1983.

"Igualdad, uniformidad y variedad en el tratamiento de las autonomías", pp. 219, Granada, 1979.

CLAVERO GONZALEZ, Gerardo y SIERRA LOPEZ, Antonio
"Actualización del concepto de Salud Pública". Revista de Sanidad e Higiene Pública, año LVII, nº 3-4, pp. 221-254, 1983.

COLL, Pilar
"Problemática actual de los conciertos con instituciones sanitarias". Revista de la Seguridad Social, 6, pp. 185-211, 1980.

"El soporte financiero de la atención sanitaria en el marco de la Ley General de Sanidad", en "La Reforma Sanitaria en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional, pp. 101-110, 1984.

COMISION DE EXPERTOS
"Borrador del anteproyecto de ley del medicamento". Ministerio de Sanidad y Consumo, marzo 1985.

COMISION TRIPARTITA PREVISTA EN EL PUNTO V.2 DEL ACUERDO NACIONAL DEL EMPLEO
"Para la racionalización y mejora de la Seguridad Social". Revista de la Seguridad Social, 13, pp. 149-177, 1982.

CONDE RODELGO, V.
"Incardinación de la asistencia sanitaria en la salud pública", Revista de Sanidad e Higiene Pública, 52, pp. 113-129, 1978.

I CONGRESO NACIONAL DE DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL (Málaga, septiembre 1980)
Conclusiones de la III Comisión. Revista de la Seguridad Social, 8, 191-193, 1980.

CONTRERAS POZA, Luis
"La Torre de Babel del léxico sanitario". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 56, pp. 311-340, 1982.

CORTES GENERALES
Documento de Trabajo para la Reforma Sanitaria. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, nº3-II, 14.V.1980. Revista de la Se-

guridad Social, 10, pp. 237-245, 1985.

CRUZ VILLALON, Pedro
"¿Reserva de Constitución? (Comentario al fundamento jurídico 4º de la sentencia del Tribunal Constitucional 76/1983, 5.VIII sobre la LOAPA". Revista de Derecho Constitucional, 3 (9), pp. 185-208, 1983.

CUETARA MARTINEZ, Juan Miguel
"Administración local y medio ambiente. Funciones, medios y problemas". Revista de estudios de la vida local, 207, 407-[illegible], 1980.

DESDENTADO BONETE, A.
"El régimen económico de la Seguridad Social y Autonomías". Revista española de Derecho Administrativo, 38, 1983.

D'ONOFRIO, Francesco
"Aspectos constitucionales concernientes a las relaciones e tre las regiones y la CEE en Italia". Documentación administrativa, 198, pp. 5-18, 1983.

ENTRENA CUESTA
"La reforma de la Administración pública en Italia". Revista de la Administración Pública, 91, pp. 67 y ss., 1957.

ESCUIN PALOP, Vicente M.
"Análisis de las soluciones italianas a los problemas del regionalismo cooperativo". Documentación administrativa, 198, pp. 29-71, 1983.

FALCON, Giandoménico
"Unitá sanitaria locale". Dizionario di Diritto Sanitario, 587-634, Varese, 1984.

FERNANDEZ, T.
"El problema de los límites de la potestad legislativa regional". Documentación administrativa, 182, pp. 11-26, 1976.

"El sistema de distribucion de competencias entre el Estado y las Comunidades autónomas". Revista de estudios de la vida local, 201, pp. 9 y ss., 1979.

"Las autonomías regionales. Tendencias europeas de actualidad". Revista española de Derecho Administrativo, 10, pp. 431-449, 1976.

FERNANDEZ PASTRANA, J. Mª
"El servicio público de la Sanidad: el marco constitucional". Cuadernos Civiles, 1984.

"El servicio público de la Seguridad Social". Revista de la Seguridad Social, 15, pp. 211-229, 1982.

"La Seguridad Social y el Estado de las Autonomías". Documentación administrativa, 197, pp. 81-119, 1983.

FERNANDEZ PASTRANA, J. Mª y SABATE MURO, E.
"La Administración social en Cataluña: la Ley de Administración Institucional de la Sanidad, Asistencia y Servicios Sociales". Revista de la Seguridad Social, 19, 1983.

FERNANDEZ NAFRIA, Angel
"Proyecto de reforma de las actividades de Salud Pública". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 52, pp. 151-171.

FERNANDEZ RODRIGUEZ, T. R.
"La provincia como Corporación: las Diputaciones Provinciales". En el libro colectivo Descentralización administrativa y organización política, vol III, 1974.

FONT i LLOVET, Tomás
"Sobre el ejercicio de la potestas legislativa compartida". Revista española de Derecho Administrativo, 37, pp. 195-207, 1983.

FRANCIA VIÑA, J. Mª
"Sobre la Administración sanitaria provincial". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 3 y 4, pp. 304-307, 1983.

"Elementos para una nueva política sanitaria rural". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 57, pp. 381-388, 1983.

FRIIS MULLER
"Programas de atención sanitaria primaria en América Latina". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 54, pp. 1277-1289, 1980.

FUAHAULT, D.
"Un equipo integrado y funcional para la asistencia primaria de salud". Crónica de la OMS, 30, pp. 481-485, 1976.

GARCIA DE ENTERRIA, Eduardo
"El futuro de las autonomías territoriales". En España: un presente para el futuro, vol. II, pp. 99-120, 1984.

GARCIA DE ENTERRIA, E. y FERNANDEZ, T.
"Curso de Derecho Administrativo", vol I, 1983.

GARCIA DE ENTERRIA, E.
"La ejecución autonómica dela legislación del Estado. 1983.

"La significación de las competencias exclusivas del Estado en el sistema autonómico". Revista española de Derecho Constitucional, 2 (5), pp. 63-93, 1982.

GARCIA GONZALEZ, Javier
"Crónica de la descentralización: la transformación del Estado en el primer trimestre de 1981". R.E.P., 21, pp. 187-224.

GARCIA ITURRIAGA, Miguel
"La Administración periférica: estructura actual y perspectivas". Documentación administrativa, 193, pp. 119-137, 1982.

GARCIA LOPEZ, Eloy
"El ajuste de la autonomía municipal en el Estado de las Autonomías. Un problema pendiente en el proceso de reconstrucción de las instituciones del Estado". Revista de estudios de la vida local, 219, pp. 425-446, 1983.

GARRIDO FALLA, Fernando
"La potestad organizatoria de las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social". Jornadas técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías, Generalitat de Catalunya, pp. 381-413, 1984.

"El desarrollo legislativo de las normas básicas y leyes marco estatales por las Comunidades autónomas". Revista de Administración Pública, 94, pp. 13-32, 1981.

GASTON, Tomás
"Derecho a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Argentina". Revista de la Seguridad Social, 8, pp. 131-146, 1980.

GIANNICO, Luigi
"Amministrazione sanitaria: storia". Dizionario di Diritto Sanitario, pp. 73-96, Varese, 1984.

GIANNINI
"Informe Giannini sobre los principales problemas de la Administración del Estado Italiano (16.XI.1979)". Documentación administrativa, 186, pp. 207-270, 1980.

GOBIERNO AL PARLAMENTO
"Programa de mejora y racionalización de la Seguridad Social". Revista de la Seguridad Social, 13, pp. 179-203, 1982.

GODOY CASTILLO, E.
"Indicadores de salud como información básica para la programación en Salud pública". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 57, pp. 715-736, 1983.

GOMEZ-FERRER MORANT, Rafael
"Encaje constitucional de la Administración metropolitana". Documentación administrativa, 182, pp. 395-409.

GOMEZ DE ENTERRIA Y SANCHEZ, Carmen
"La aplicación en España de la libertad de establecimiento y la libre prestación de los servicios de las personas físicas". Documentación administrativa, 201, pp. 413-445, 1984.

GOMEZ DE MENDOZA, María
"Organización de los servicios sanitarios en España desde la óptica de las Comunidades autonómicas". En La Reforma sanitaria en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional", pp. 195-201, 1984.

GONZALEZ CASANOVA, José Antonio
"Los Estatutos de las Comunidades Autónomas y el principio del autogobierno". Documentación administrativa, 182, pp. 115-147, 1979.

GONZALEZ-HABA GUISADO, Vicente María
"Hacia una nueva Administración". Documentación administrativa, 198, pp. 167 y ss., 1983.

GRANDA, Enrique
"Desarrollo de la información sanitaria en España". En "La Reforma Sanitaria en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional, pp. 143-154, 1984.

GUAITA, A.
"Las provincias españolas a partir de la Constitución de 1978". Revista de Administración Pública, enero-abril, pp. 33-51, 1981.

GUERRA DE MACELO, Carlyle
"Organización del sistema de Salud en relación con el proyecto de Ley General de Sanidad". En "La Reforma Sanitaria en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional, pp. 17-24, 1984.

HERRERO AYLLON, Ramón y otros
"Directrices generales para una nueva ley de Sanidad". Rev. de San, e Hig. Púb., 57, pp. 373-380, 1983.

HERVADA, Javier
"Los transplantes de órganos y el derecho a disponer del propio cuerpo". Persona y Derecho, vol. II, pp. 195-254, 1975.

HOSIA, Peka
"¿Está el paciente satisfecho de los servicios centralizados?". Foro Mundial de la Salud, vol. V, nº1, pp. 28-30, 1984.

INFORME
"Informe de la Comisión de Expertos sobre Autonomías". Centro de Estudios Constitucionales. pp. 104, mayo 1981.

"Informe de la Comisión de expertos sobre financiación de las Comunidades autónomas". Centro de Estudios Constit cionales, pp. 145, Madrid, julio 1981.

JIMENEZ BLANCO, Antonio
"Las relaciones de funcionamiento entre el poder Central y los Entes territoriales . Supervisión, solidaridad, coordinación". Madrid, 1985.

JIMENEZ DE PARGA, Manuel
"El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado". Jornadas técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías. Generalitat de Catalunya, pp. 69-92, 1984.

LAPORTE i SALAS, Josep
"Organización del sistema de Salud y Comunidades autónomas". En "La Reforma Sanitaria en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional, pp. 173-181, 1984.

LEGUINA VILLA, Jesús
"Escritos sobre autonomías territoriales". 1984.

LINDE PANIAGUA, Enrique
"El delegado del Gobierno". Documentación administrativa, 182, pp. 255-286, 1979.

"La coordinación de las Administraciones públicas en la Constitución española de 1978". 1981.

LLEVADOT I ROIG, Ramón
"Coordinación general sanitaria y alta inspección desde una perspectiva autonómica". Jornadas técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías. Generalitat de Catalunya. pp. 43-68, 1984.

LOPEZ-MONIS DE CAVO, Carlos
"La Organización de la Asistencia Sanitaria en el Reino Unido: el Servicio Nacional de Salud". Revista de la Seguridad Social, 8, pp. 173-184, 1980.

LOPEZ RODO, Laureano
"Estado y Comunidades autónomas". 1984.

LITSIOS
"Proyecto y organización de un sistema de planificación sanitaria: algunos conceptos fundamentales". Documentación administrativa, 143, pp. 69 y ss.

LOPEZ GANDIA, Juan
"El Servivio Sanitario Nacional Italiano: estructuras, competencias, contenido, participación y financiación". Revista de la Seguridad Social, 4, pp. 209-240, 1979.

LOPEZ-MONIS DE CAVO, Carlos
"La Organización de la Asistencia Sanitaria en el Reino Unido: El Servicio Nacional de Salud". Revista de la Seguridad Social, 8, pp. 173-184, 1980.

MAHLER, H.
"Problemas que plantea la abundancia de recursos médicos". XXVI Reunión del Comité regional para Europa de la OMS. Discurso inaugural. Crónica de la OMS, 31, pp. 8-13, 1977.

MANRIQUE LOPEZ, F.
"La distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social". Revista de Seguridad Social, 23, pp. 125-148, 1984.

MANSILLA, Pedro Pablo
"Ley General de Sanidad. Conceptos básicos y principios generales". En "La Reforma Sanitaria en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional", pp. 65-75, 1984.

"Comentario al Anteproyecto de Ley General de la Sanidad". RSS, 22, pp. 131-140, 1984.

MARTIN MATEO, Ramón
"Ordenación pública del sector salud". RAP, 84, pp. 371-386, 1977.

"Ordenación farmaceútica, medicamentos y productos sanitarios". Jornadas técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías, Generalitat de Catalunya, pp. 169-202, 1984.

"Manual de Derecho autonómico". 1984.

"La garantía constitucional de las autonomías locales". REVL, 208, pp. 607 y ss., 1980.

MARTIN REBOLLO, Luis
"La función pública local de cara a su reforma". REVL, 223, 233-240, 1984.

MARTIN-RETORTILLO BAQUER, Sebastián
"La actuación de las Corporaciones Locales". (Acotaciones al Proyecto de Ley de regulación de las Bases del Régimen Local). REDA, 42, pp. 329-347, 1984.

"Perspectivas de la Administración pública". En "España: un presente para el futuro". vol. II, pp. 225-248, 1984.

MARTIN TORAL, E.
"Presente y futuro del personal sanitario en España" En "La Reforma Sanitaria En España...", pp. 125-131, 1984.

MARTINEZ JIMENEZ, José E.
"Organización y reorganización de la distribución de competencias en materia de Sanidad pública". REVL, 176, 701-727, 1972.

MARTINEZ NAVARRO, Juan F.
"La epidemiología y la vigilancia epidemiológica. Aspectos conceptuales". RSHP, 55, pp. 597-606, 1981.

"Bases para un nuevo modelo sanitario". RSHP, 52, pp. 173-176, 1978.

MAYOR DOMINGO, Federico
"Los sistemas sanitarios inglés y español, estudio comparado". Por el Centro de Estudios de Asistencia Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1982.

MENU, Jean-Paul
"Desarrollo de la mano de obra de sanidad. Una visión europea". En "La Reforma Sanitaria en España...", pp. 133-142, 1984.

MOLINA DEL POZO, Carlos F.
"El capítulo tercero del Título III de la Constitución y la integración en las Comunidades europeas". DA, 195, pp. 171-195, 1982.

MORAGAS MORAGAS, Ricardo
"Transferencias de servicios sanitarios y sociales: actitudes, innovaciones y peligros". DA, 115, pp. 197-216, 1982.

"Prevención sanitario-social en las Comunidades Autonómicas". DA, 198, pp. 125 y ss.

MORALES MESEGUER, José Mª
"La reforma sanitaria desde la perspectiva de las

Comunidades Autónomas". En "La Reforma Sanitaria en España...", pp. 203-207, 1984.

MORELL OCAÑA, Luis
"Observaciones sobre los principios de ordenación de la Administración Sanitaria". REDA, (1) pp. 66-67, 1974.

MORENO RUIZ, J. A.
"Análisis comparativo de modelos y sistemas de Salud". En "La Sanidad española desde la perspectiva del lesionado y la persona enferma", pp. 531-694, 1983.

MUÑOZ MACHADO, Santiago
"La sanidad pública en España (evolución histórica y situación actual)". 1975.

"Notas para un análisis de la problemática de la planificación sanitaria de autonomías territoriales". En "La Reforma Sanitaria en España...", pp. 83-99, 1984.

"La distribución de competencias entre el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales en materia de medio ambiente". DA, 190, pp. 351-382, 1981.

"Las deformaciones del ordenamiento jurídico y la aplicación de las leyes en el nuevo sistema constitucional". DA, 200, pp. 43-72, 1984.

"La distribución de competencias entre el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales en materia de medio ambiente". DA, 190, pp. 351-382, 1981.

"La interpretación de la Constitución, la armonización legislativa y otras cuestiones". (La sentencia del Tribunal Constitucional del 5.VIII.1983: asunto LOAPA). REDC, 3 (9), pp. 117-145, 1983.

"Derecho Público de las Comunidades Autónomas". Tomo I, 1982. Tomo II, 1984.

"Las bases de la Sanidad". Jornadas técnicas sobre sanidad... Generalitat de Catalunya, pp. 5-41, 1984.

"Sobre la burocracia de las Comunidades Autónomas". DA, 182, pp. 97-113, 1979.

"Reflexiones sobre la Reforma de la Sanidad Local". DA, 163, pp. 43-81, 1975.

MUÑOZ MACHADO, S. y JIMENEZ BLANCO, A.
"La Protección de la salud de los consumidores". Estudios sobre consumo, 3, 41-49, 1984.

NAJERA, R. y MATEOS, J. B.
"Ideas sobre organización de un laboratorio de control de biológicos". RSHP, 3-4, pp. 355-357, 1983.

NAJERA MORRONDO, E.
"Teoría general de la Salud Pública". Ponencia del Congreso de Jornadas Sanitarias del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. RSHP, 52, pp. 65-247, 1978.

"Epidemiología y planificación. Los problemas de salud de la población española". En "La Reforma Sanitaria en España... ", pp. 47-54, 1984.

NAJERA, R. y CASAL, J.
"Importancia de los laboratorios de Sanidad. Ideas acerca de una red de microbiología sanitaria". RSHP, 3-4, pp. 349-353, 1983.

NAVAJAS LAPORTE, Alvaro
"Unas reflexiones en torno a la interpretación del art. 149 de la Constitución española de 1978". REVL, 218, pp. 233-260, 1983.

NAVARRO GARCIA, R.
"Estudio crítico de la Constitución desde el punto de vista sanitario". RSHP, 3-4, pp. 325-328, 1983.

"Principios básicos de la asistencia sanitaria". RSHP, 57, pp. 389-390, 1983.

"La salud entra cojeando en la Constitución". RSHP, 52, pp. 87-88, 1978.

"La libre elección de médico en los sistemas de Asistencia sanitaria pública". RSHP, 57, pp. 391-393, 1983.

NIGRO, Mario.
"La Reforma de la Administración Local". Documentación Administrativa, 192, 329-367,1.981.

OLIVARES MARTINEZ, Ismael.
"La incidencia de la integración sobre las competencias de las Comunidades Autónomas". Documentación Administrativa, 201, 257-323, 1.984.

OLLERO, A.
"Para una teoría 'jurídica' de los derechos humanos". Revista de Estudios Políticos, 35, 103-122, 1.983

OLLERO, A.
"Cómo tomarse los derechos humanos con filosofía". Revista de Estudios Políticos (nueva época), 22, 101--122, 1983.

OMS
"Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Organización de las administraciones locales e intermedias de sanidad", Serie Informes Técnicos, nº 499, Ginebra 1.972, 27 pp.

OMS
"Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre financiación de los servicios de salud". Serie Informes Técnicos, nº 625. Ginebra 1.978.

OMS
"Simposio sobre funciones de los Institutos Centrales de Salud Pública e Higiene".Revista de Sanidad e Higiene Pública, 48, marzo 1974, pp. 279-287.

OMS
"Métodos de planificación sanitaria nacional" Cuadernos de la salud pública, nº 46, 124 pp, 1973.

OMS
"planificación y gestión sanitarias". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 56, 1047-1052, sept. octubre 1982.

OMS
"Conferencia europea sobre planificación Sanitaria Nacional". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 48, 973-981, octubre 1974.

ORSI BATTAGLINI, Andrea.
"Estado liberal y sistema de Autonomías del Gerentismo a nuevas formas de democracia política". Documentación administrativa, 192, 267-312, 1981.

PALANCA.
"La sanidad nacional y las entidades locales". Revista de estudios de la vida local, 10, 493-496

PAPALOO, Nino.
"La riforma sanitaria". Ressegna Amministrativa della Sanitá, (16-6), 241-253 (1978).

PARADA VAZQUEZ, José Ramón.
"Constitución, burocracia y comunidades autónomas" Documentación administrativa, 182, 67-96, 1979.

PAREJO ALFONSO, Luciano.
"Algunos reflexiones sobre la Sentencia del Tribunal Constitucional, de 5 de agosto de 1983 relativa al proyecto de L. O. A. P. A. " Revista española de Derecho Constitucional, 3 (9), 147-185, 1983.

PARRA HIDALGO, Pedro.
"Marco teórico y conceptual de la atención médica primaria en Cuba". Revista de Sanidad e Higiene Públiica. 54, 959-1008, 1980.

PASTOR LOPEZ, Miguel.
"La aplicación de el Derecho Comunitario por los órganos judiciales españoles". Documentación administrativa, 201, 325-350, 1984.

PEMAN GAVIN, Juan.
"Hacia un estatuto del enfermo hospitalizado". Revista de la Administración Pública, 103, 89-140, 1984.

PEREZ GALLARDO, F y otros.
"Instituciones técnico-sanitarias de la Administración central del Estado: aspectos técnicos de investigaciones docentes y de servicios" Rev. San. Hig. Púb., año LVII, nº 3-4, 329-341, marzo abril 1983.

PIEDROLA GIL, G.
"Concepto, contenido y definición de la Medicina preventiva y social. Periodos de su evolución. Materias de que consta". En Medicina preventiva y social, higiene y sanidad ambiental. Tomo I, 1-21, 1983.

PINET, G
"Soporte legislativo de la política sanitaria, una perspectiva europea". En La Reforma en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional", 77-82, 1981.

PIZZETI, Franco.
"Acerca de la noción de entidad local en el sis ma constitucional". Documentación administrativa, 192, 227-248, 1981.

PIZZORUSSO, Alessandro.
"Las regiones italianas como sujetos de la vida constitucional del Estado". Rev. E. D. Cons. 2, (6) 35-41, 1982.

POTOTSCHNIG, Umberto.
"Por una nueva legislación municipal y provincial" Documentación admistrativa, 192, 199-205, 1981.

POTOTSCHNIG, Umberto.
"El "comprensorio" general de la Admistración local". Documentación administrativa, 192, 313-327, 1981.

PRATS CATALA, Joan.
"La Provincia ante la Constitución y las Autonomias" Documentación administrativa, 182, 411-457, 1979.

PUMAROLA BUSQUETS, A.;PIEDROLA GIL, G.; y otros.
"Medicina preventiva y social, higiene y sanidad ambiental". Tomo I 1983, 1235 pp; Tomo II. 1982, 1038p.

RASSEGNA AMMINISTRATIVA DELLA SANITA
Ley 833/1.978, 23.XII de Reforma Sanitaria. 255-331.

RECIO ARIAS, Pablo.
"La organización de los servicios de salud desde la perspectiva de las Comunidades Autónomas". En La Reforma Sanitaria en España a debate... desde una perspectiva nacional e internacional. 183.188, 1984.

RAMBLA JOVANI, Alfredo; LAS HERAS SANZ, C.
"La aplicación en España de la legislación comunitaria en materia de productos e instalaciones industriales" Documentación administrativa, 201, 595-674, 1984.

RIVERO, José Luis.
"En torno a la disciplina de mercado". Documentación administrativa, 195, 49-64, 1982.

RODRIGUEZ IGLESIAS, Gil Carlos.
"Los efectos internos del Derecho Comunitario". Documentación administrativa, 201, 49-81, 1984.

ROMEO CASABONA
"La actividad curativa: licitud y responsabilidad penal". Barcelona, Bosch, 1981.

ROCA ROCA , Eduardo.
"Los orígines constitucionales de la Provincia" Documentación administrativa, 194, 103-122.

RODRIGUEZ OLIVER, J. Mª.
"Las competencias consultivas del Consejo de Estado y las Comunidades Autónomas" R.E.D.A. 33, 257-275, 1982.

ROVERSI- MONACO, Febio
"La provincia y el ente intermedio". Documentación administrativa, 192, 385-403, 1981.

RUIZ-FALCO LOPEZ, F.
"Escuela Nacional de Sanidad. Problemática pasada, actual y futura". Rev. San. Hig. Pub. año LVII, nº 3-4, marzo-abril 1983, 359-372.

RUIZ RICO, Juan José.
"Artículo 51.Defensa de los consumidores y usuarios". Comentario de las leyes Políticas. Constitución Española de 1978. Tomo IV, arts. 39-55. 403-432. Ed. Rev. de Derecho Público.

SABANDO SUAREZ, P.
"Grandes características del desarrollo de la salud en España". En La Reforma Sanitaria en España a Debate... desde una perspectiva nacional e internacional, 27-34, 1984.

SAIZ MORENO, Laureano.
"Metodos de investigación en epidemiologia veterinaria y su utilización por los servicios del Estado". Rev. San. Hig. Pub., 53, 1381-1393, 1979.

SALAS, Javier.
"Los poderes normativos de la Generalitat de Catalunya". R.E.V.L., 205, 9-60, 1980.

SALAS, Javier
"Hacia una reestructuración de la Administración periférica del Estado". Documentación administrativa, 182, 221-254, 1979.

ENRECH SALAZAR, J.
"Criterios de base para la elaboración de una nueva ley de Sanidad" Rev. San. Hig. Pub., 52, enero febrero, 1978, 2ii-227.

SALLERAS SANMARTIN , Luis.
"La educación sanitaria en los servicios de asistencia sanitaria" Rev. San. Hig. Pub. 55, 1239-1265, 1981.

SANCHEZ DIAZ, José Luis.
"Competencia y autonomia minicipal". REVL, 205, pp 87, 1980.

SANCHEZ MARISCAL, T
"Teoría de la Salud Pública" Rev. Hig. Pub. 52, 89-90, 1978.

SANCHEZ MORON, Miguel.
"Sobre el concepto de participación en la Administración Pública". RSS, 4, 25, 64, 1979.

SANROMA ALDEA, José.
"El debate parlamentario del proyecto de ley, texto comparado con la ley". Estudios sobre consumo, 3, 171-212, 1984.

SANTAMARIA, Juan Alfonso
"La regulación normativa de la distribución competencial". Estudios sobre el consumo, 3, 161-169, 1984.

SANTAOLALLA CADEA, F.

"La aplicación del derecho comunitario en España", Documentación Administrativa, 201, 83-255, 1.984

SANTAOLALLA CADEA, F.

"La integración del Derecho de las Comunidades Europeas en el ordenamiento español: algunas zonas oscuras del "Acquis Communautaire", Documentación Administrativa, 195, 5-48, 1.982,

SANTOS CAMACHO, M.

"El caso de Karen A. Quinlan: Comentario ético de una sentencia". Persona y Derecho , II, 465-518, 1.975.

A. SAKARI HARO M.D., DPH

"Información de salud. Instrumento para la política y planeamiento de la salud". En "La Reforma Sanitaria en España a Debate ... desde una perspectiva nacional e internacional", 155-171 (1.984).

SCHARBECK, H.

"Posibilidades y límites del federalismo". Documentación Administrativa, 193, 77-91, 1.982.

SEPE, Onorato

"La relación entre regiones italianas y las Comunidades europeas: las instituciones y la organización". Documentación Administrativa, 197, 19-27, 1.983

SERIGO SEGARRA, Adolfo

"Los hospitales de las Corporaciones Locales". En "Los hospitales españoles ante el III Plan de Desarrollo". Ponencia redactada por la Asociación para el desarrollo hospitalario de Barcelona, pp. 31-37, 1.972.

SOSA WAGNER, Francisco.

"El control de las Comunidades Autónomas por el Estado en la Constitución Española". Documentación Administrativa, 182, 149-164.

SUÑE ARBUSSA, J.Mª

"Legislación Farmacéutica Española", 7ª edición, Barcelona, 1.984, 528 pp.

TORNOS MAS, Joaquín
"Planificación y ordenación sanitaria". En "Jornadas técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías" pp. 93-127, 1.984.

TORNOS MAS, Joaquín.

"La cláusula de prevalencia y el artículo 4º de la LOAPA". Revista Española de Derecho Administrativo, 37, 185-194, 1.983.

TORNOS MAS, Joaquín
"Las competencias de la Generalitat en el Estatuto de Cataluña". Revista de Estudios de la Vida Local, 205, 61-86 (1.980).

TORNE JIMENEZ, J.
"Algunas ideas políticas sobre el Derecho Administrativo y la Administración pública". Documentación Administrativa, 167, 5-29, 1.975.

VALENZUELA GARCIA, F.
"Intervención Administrativa en materia de Alimentos". Documentación Administrativa, 194, 167-191, 1982.

VALVERDE, J.L.
"El abuso de medicamentos, la farmacovigilancia y el farmacéutico. Pharmacia Mediterránea, 97-141, 1.978.

VAQUERO PUERTA, J.L.
"Medicina preventiva y Seguridad Social". Revista de Sanidad e Higiene Pública, 53, 111-150, 1.979

VAZQUEZ DE PRADA, V.
"Nuevas perspectivas en la relación Administración pública-administrados". Documentación Administrativa, 186, 171-195(1.980).

VARIOSO POIS, Enrique
"Los servicios de Inspección general como órganos de fiscalización administrativa". DA, 171, pp. 71-122, 1976.

VIDA SORIA, José
"Artículo 41. Seguridad Social". Comentarios a las leyes políticas. Constitución Española de 1978, tomo IV arts 39-55. Dirigidos por O. ALZAGA. pp. 81-108, 1984.

VILA LOPEZ, Luis
"La posible aportación de los veterinarios a la Sanidad Nacional". RSHP, 54, pp. 719-763, 1980.

YUSTE GRIJALBA, F. J.
"Crecimiento y desarrollo. Aspectos sanitarios de la polémica". RSHP, 52, 91-112, 1978.

SENTENCIAS DEL PLENO DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL CONSULTADAS

SENTENCIAS DEL PLENO DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL CONSULTADAS

STC de 2. II. 1981 (BOE.24.II) en el Recurso de Inconstitucionalidad (R.I.) nº 186/1980.
Magistrado ponente: D. Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Interpuesto contra diversos preceptos del texto articulado y refundido de Las Leyes de Bases de Régimen Local de 17 de julio de 1945 y 3 de diciembre de 1953, aprobado por D. de 24 de junio de 1955; Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944; de la Ley de Montes, de 8 de junio de 1957; del texto articulado parcial aprobado por Real Decreto de 6 de octubre de 1977 y de la Ley 41/1975, de Bases del Estatuto de Régimen Local y contra la Base 33, párrafo segundo. Es la primera sentencia que trata de la autonomía en general y de la local en particular, cuya doctrina ha sido recogida en posteriores sentencias, entre otras la de 14 de julio de 1981 y la nº 1/1982 , de 28 de enero. El voto particular del Magistrado D. Francisco Rubio LLorente se centra en la construcción que hace en la sentencia sobre la derogación e inconstitucionalidad sobrevenida.

STC de 13. II. 1981 (BOE.24 II.) en el R.I. 189/1980.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Contra la Ley Orgánica (L.O.) 5/1980, de 19 de junio, por la que se regula el Estatuto de Centros Docentes. Votos particulares del Magistrado D. Manuel Díez de Velasco al que se adhiere el Magistrado Plácido Fernández Viagas; y del Magistrado D.

Francisco Rubio Llorente que disiente, éste último del parecer mayoritario en relación con los ámbitos autonómicos en materia de libertad de enseñanza.

STC de 14 de julio de 1981 (BOE 13 VIII) en el R.I. 25/1981.
Magistrado ponente: D. Antonio Truyol Serra.
Contra la L.O. 11/1981, de 1 de diciembre (terrorismo), "sobre supuestos previstos en el art. 55.2. de la Constitución", que promueve el Parlamento Vasco. El voto particular suscrito por los Magistrados D. Angel Latorre Segura, D. Francisco Tomás y Valiente y D. Plácido Fernández Viagas, recoge una alternativa muy sugerente desde el punto de vista autonómico al sostener que el Tribunal Constitucional (TC) debería haber entrado en el fondo de la cuestión pues cuando interpone una Comunidad Autónoma recurso de inconstitucionalidad, dicha Comunidad actúa en defensa del orden constitucional, no en defensa de sus propias competencias. Tiene gran interés para el estudio del concepto jurídico indeterminado del "respectivo interés" que el parecer mayoritario interpreta de modo excesivamente restrictivo.

STC de 28 de julio 1981 (BOE. 13 VIII) en el R.I. nº 40/1981.
Magistrados ponentes: D. Francisco Rubio Llorente, D. Rafael Gómez-Ferrer Morent y D. Angel Escudero del Corral.
Interpuesto contra la Ley del Parlamento de la Generalidad de Cataluña nº 6/1980, de 17 de diciembre sobre "Transferencia urgente y plena de las Di

putaciones Catalanas a la Generalidad". En esta sentencia se trata por primera vez de la noción material de bases y su doctrina sería reiterada en sucesivas sentencias entre las que destacan: 1/1982, 28 I, que en su F.J.1º la desarrolla y compendia; 5/1982 8. II. que frente a la resis del Abogado del Estado que sostenía su inaplicabilidad el TC confirma la doctrina sentada en la de 1981; 44/1982, 8. VII; 54/1982, 26.VII; 57/1982, 27/VII; y 58/1982, 27.VII entre otras. Se refiere también a la autonomía local, sobre todo de la provincia y es citada, entre otras en la de 16 XI. 1981.

STC de 5 de noviembre de 1981 (BOE 19.XI), en el Conflicto Positivo de Competencia (C.P.C.) nº 197/1981.
Magistrado ponente:D. Jerónimo Arozamena Sierra.
Promovido por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña contra el Gobierno del Estado Español en relación con el R.D. 405/1981, de 10 de marzo, que garantiza los servicios mínimos en el funcionamiento del servicio público del ferrocarril metropolitano y transportes urbanos de Barcelona.

STC de 16 de noviembre de 1981 (VOE 28.XI), en el R.I. 814/1981.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Promovido por el Presidente del Gobierno contra la ley del Parlamento Vasco 3/1981, de 12 de febrero sobre Centros de Contratación de Cargas en transporte terrestre de mercancías. Voto Particular de los Magistrados: D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo y D. Plácido Fernández Viagas. Las cuestiones funda-

mentales sobre las que trata son: Constitución económica, igualdad de todos los españoles en cuanto a los derechos fundamentales y condiciones mínimas (art. 149.1.1º.) y sobre la interpretación del concepto "interés respectivo" en relación con el principio de territorialidad como límite para el ejercicio de las competencias autonómicas. Cita la sentencia de 13 de febrero de 1981.

STC de 22 de diciembre de 1981 (BOE 14 II. 1982) en el R.I. nº 221/1981.
Magistrado ponente:D. Rafael Gómez-Ferres Morant.
Interpuesto contra la Ley 3/1981 del Parlamento de la Generalidad de Cataluña sobre Bibliotecas. Trata de las condiciones básicas de la legislación sobre funcionarios y del principio de igualdad en relación con el de autonomía. Voto particular de los Magistrado D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo y D. Luis Díez Picazo.

STC 1/1982, de 28 de enero (BOE.26.II) dictada en los C.P.C. 63 y 191/1981.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Sobre ordenación del crédito en relación con las Cajas de Ahorro, trata de las normas básicas en materia económica. Compendia y desarrolla la sentencia de 28 de julio de 1981.

STC 5/1982, de 8 de febrero (BOE.26.II), en el R.I. 234/1981.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
En relación con la ley del Parlamento de la Generalidad de Cataluña 4/1981, de 4 de junio sobre medidas urgentes sobre la función pública. Trata de

la noción material de bases y reitera la doctrina sentada en la de 28 de julio de 1981.

STC 6/1982, 22.II.(BOE 22.II.), en los C.P.C. 211 y 214/1981.
Magistrado ponente: D. Plácido Fernández Viagas.
Contra el R.D. 480/1981, de 6 de marzo sobre el funcionamiento en el País Vasco y Cataluña de la Alta inspeccción del Estado en materia de enseñanza no universitaria. El TC analiza por primera vez el contenido de la Alta inspección. Voto particulas de los Magistrados D. Plácido Fernández Viagas (ponente) y D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo.

STC 10/1982, de 23 de marzo (BOE 21.IV), en el R. I. nº 242/1982.
Magistrado ponente: D. Antonio Truyol Serra.
Contra la ley del Parlamento de la Generalidad de Cataluña 6/1982, de 19 de junio reguladora del Consejo asesor de R.T.V.E. en Cataluña.

STC 18/1982, de 4 de mayo (BOE 18.V. publicada también el del 9. VI), dictada en los C.P.C. 220 y 230/1981.
Magistrado ponente: D. Angel Escudero del Corral.
Sobre creación y organización del Registro de Convenios colectivos de trabajo. Tiene muchísimo interés por ser la primera en la que se aborda el estudio de la extensión de la competencia de ejecución cuando se reservan a favor del Estado las funciones normativas. Tienen su precedente en la de 5 de noviembre de 1981. Estudia también el cri

terio de la territorialidad en relación con las competencias autonómicas.

STC 26/1982, de 24 de mayo (BOE. 9.VI.), en el C.P.C. 181/1981.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Promovido por el Gobierno contra la Generalidad de Cataluña en relación con los Decretos 82/1981, de 10 de abril y 175/1980, de 3 de octubre, dictados en materia de resolución de las solicitudes de concesión de emisoras en frecuencia modulada relativas a la primera fase del Plan Técnico Transitorio de Radiodifusión sonora en ondas métricas de frecuencia modulada. De gran interés para la doctrina del TC sobre las reservas de facultades ejecutivas a favor del Estado en virtud del principio de extraterritorialidad y de la responsabilidad estatal en el cumplimiento de los acuerdos internacionales.

STC 33/1982, de 8 de junio (BOE 28.VI), en el C.P.C. 16/1982.
Magistrado ponente: D. Angel Latorre Segura.
Promovido por la Generalidad de Cataluña en relación con la comunicación escrita por el Gobernador civil de Barcelona al Consejero de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad en la que se hacía saber que, según instrucciones de la Dirección General de la Salud Pública del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, se habían adoptado las medidas pertinentes en relación con determinadas partidas de mejillones en estado nocivo. Es la primera sentencia que trata de la distribución de competencias en materia Sanitaria y en la que deslinda

ésta de las competencias propias del Estado sobre Seguridad pública. Trata, además, de las posibles actuaciones estatales en materias propias de la Comunidad Autónoma cuando éstas estén justificadas por razones de urgencia y necesidad.

STC 35/1982, de 14 de VI (BOE 28 VI.) en el R.I. 24/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Contra la ley del Parlamento Vasco 9/1981, de 30 de septiembre, por la que se creaba el Consejo de Relaciones laborales. Reitera la doctrina de la sentencia de 4 de mayo de 1982 y trata sobre los límites de la potestad autoorganizadora de las Comunidades Autónomas, en el caso en que éstas hayan asumido únicamente facultades de ejecución.

STC 38/1982, de 22 de junio (BOE 16 VII), dictada en el C.P.C. 394/1981.
Magistrado ponente: D. Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Sobre el Decreto de la Generalidad de Cataluña que regula las normas de protocolo y ceremonial en el ámbito de la Generalidad de Cataluña.

STC 39/1982, de 30 de junio (BOE 16.VII), en el C. P.C. 36/1982.
Magistrado ponente: D. Jerónimo Arozamena Sierra.
En relación con el Decreto del Gobierno Vasco 108/1981, de 28 de septiembre sobre subvenciones de la Administración Vasca en el que se establecía la obligación de las empresas beneficiarias de informar al Comité de empresa de las subvenciones recibidas, destino y utilización calificando su infrac-

ción como falta laboral, Se reitera la doctrina del TC sobre el alcance y límites de las facultades autonómicas de ejecución cuando el Estado tenga a su favor las competencias normativas.

STC 44/1982, de 8 de julio (BOE,4.VII) en el C.P.C. 38/1982.
Magistrado ponente: D. Antonio Truyol Serra.
Contra el D. del Gobierno Vasco, 138/1981, de 14 de diciembre, sobre concesión de emisoras de radiodifusión por ondas métricas con modulación de frecuencia. La sentencia se remite a la 26/1982. Trata sobre los efectos estraterritoriales de los actos comunitarios y sus límites, así como sobre la responsabilidad del Estado en el cumplimiento de los acuerdos internacionales.

STC 48/1982, de 12 de junio (BOE 4.VIII), en el C. P. C. 45/1982.
Magistrado ponente: D. Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Contra varias resoluciones del Departamento de Trabajo de la Generalidad de Cataluña por las que se odena la inscripción, publicación y envio al IMAC de los Convenios Colectivos de dos empresas cuyo ámbito territorial excede el de Cataluña. El TC trata del principio de territorialidad como límite a las facultades ejecutivas de las Comunidades Autónomas.

STC 54/1982, de 26 de julio (BOE 18.VIII.) en el C. P.C. 25/1982.
Magistrado ponente: D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo.
Motivado por el D. del Consejo Ejecutivo de la Gene

ralidad de Cataluña por el que se determinan las funciones que ha de realizar el personal con categoría de administrativo y se amplía la escala de puestos de trabajo de la Generalidad y añade la categoría de auxiliar administrativo. Reitera la doctrina de las sentencias de 28 de julio de 1981 y 5/1982 y trata de la posibilidad de que existan diversas retribuciones a los funcionarios en las distintas Comunidades sin que tengan por qué ir en contra del principio de solidaridad.

STC 57/1982, 27.VII (BOE 18 VIII), en el C.P.C. 392/1981.
Magistrado ponente: D. Angel Escudero del Corral.
En relación con el Decreto 83/1981, de 15 de julio sobre regulación colectiva de las condiciones de trabajo de la Administración local. Se estudia el sistema de reparto de competencias, legislación-ejecución, en materia laboral y reitera la doctrina ya sentada en anteriores resoluciones (4 de mayo), 14 y 30 de junio de 1982).

STC 58/1982, de 27 de julio (BOE 18. VIII), dictada en R.I. 74/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Interpuesto contra la ley del Parlamento de la Generalidad de Cataluña, 11/1981, de 7 de diciembre que regula el patrimonio de la Generalidad. Relación Patrimonio del Estado y Patrimonio Autonómico en relación con los bienes mostrencos.

STC 64/1982, de 4 de noviembre (BOE. 10 XII), en el R.I. 114/1982.

Contra la ley del Parlamento de Cataluña 121/1981. de 24 de diciembre, por la que se establecen normas adicionales de protección de los espacios de especial interés natural afectados por actividades extractivas. Se analiza la naturaleza de las normas básicas y aplica las sentencias de 24 de julio de 1981 y de 8 de febrero de 1982. Trata con amp,itud sobre el medio ambiente y calidad de vida como bienes jurídicos protegidos por la Constitución y sus relaciones con el fomento de la producción.

STC 69/1982, de 23 de noviembre (BOE 29 XII), en el R.I. 206/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Contra la Ley del Parlamento de Cataluña, 2/1982, de 3 de marzo sobre protección de la zona volcánica de la Garrotxa. Se sienta el principio de interpretación de los Estatutos de acuerdo con la Constitución y sobre la aplicación supletoria de la legislación del Estado.

STC 71/1982, de 30 de noviembre (BOE 29. XII.), en el R.I. 82/1982.
Magistrado ponente: D. Jerónimo Arozamena Sierra.
Contra determinados artículos de la ley del Parlamento Vasco 10/1981, de 18 de noviembre por la que se aprueba el "Estatuto del Consumidor". Entre otros asuntos, estudia la distribución de competencias sanitarias entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

STC 82/1982, de 21 de diciembre (BOE 15. I. 1983), en el R.I. 411/1982.

Magistrado ponente: D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo.
Contra la ley del Parlamento de Cataluña 6/1982,de 6 de mayo, sobre la declaración como paraje de interés nacional del Macizo de Pedraforca (Berguedé). Recurso prácticamente idéntico al resuelto en sentencia de 23 de noviembre de 1982.

STC 84/1982, de 23 de noviembre (BOE 15.I.1983),en los R.I. 108 y 109/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Contra el artículo 28 de la ley 44/1981, de 26 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para 1982. El TC trata de la autonomía local y su carácter bifronte en cuanto a sus relaciones con el Estado y las Comunidades Autónomas.

STC 85/1982, de 23 de diciembre (BOE 15.I.1983) en el C.P.C. 195/1982.
Magistrado ponente: D. Angel Escudero del Corral.
Sobre la competencia para efectuar el registro y remisión al INAC para su depósito y disponer la publicación en el BOE de los Convenios Colectivos cuyo ámbito territorial excede al de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Cuestión exactamente igual a la que fue decidida por la sentencia 45/1982, de 12 de julio.

STC 25/1983, de 7 de abril (BOE.27.IV) en los C.P.C. 223 y 228/1981.
Magistrado ponente: D. Luis Díez Picazo.
Promovidos por el Gobierno Vasco contra R.D. 642/1981, de 27 de marzo que regula el régimen de con-

cursos de traslado de los funcionarios de Cuerpos nacionales de Administración Local y contra la Resolución de 2 de mayo de 1981 de la Dirección General de Administración Local por la que se convocaron rconcursos de traslado para la provisión de plazas que han de desempeñar funcionarios de los cuerpos nacionales de Administración Local. Dos votos particulares= el del Magistrado D. Rafael Gómez-Ferrer Morant que disiente de la fundamentación y se muestra conforme con el fallo, y el del Magistrado Francisco Rubio Llorente al que se adhiere el Magistrado D. Francisco Tomás y Valiente que disienten del fallo y analizan los casos excepcionales en que el Estado puede reservarse competencias de ejecución.

STC 27/1983, de 20 de abril (BOE.17.V.) dictada en el C.P.C. 148/1982.
Magistrado ponente: D. Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Planteado por el Gobierno del Estado contra una circular del Departamento de Trabajo de la Generalidad de Cataluña sobre la interpretación del art. 2 del R.D. 1858/1981, de 20 de agosto por el que se incrementa la cotización adicional por horas extraordinarias. Se trata en la sentencia de la distinción entre potestad normativa y ejecutiva que pueden no corresponder a la misma entidad y a la diferencia entre potestad jerárquica-potestad normativa; todo ello en relación con la legislación laboral.

STC 32/1983, de 28 de abril (BOE 17.V.), en los C.P.C. 94 y 95/1982.

Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Promovidos por el Gobierno Vasco contra el R.D. 2825/1981, de 27 de novimbre, sobre registro sanitario de alimentos y contra el R.D. 2824/1981 de 27 de noviembre sobre coordinación y planificación sanitaria. Tiene mucho interés para el estudio del sistema competencial en materia sanitaria y su doctrina ha sido confirmada en posteriores sentencias.

STC 42/1983, de 20 de mayo (BIE 17 VI) en el C.P.C. 92/1982.
Magistrado Ponente: D. Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Promovido por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad en relación con las mismas disposiciones analizadas en la sentencia 32/1983 cuya doctrina reproduce.

STC 52/1983, de 17 de junio (BOE 15. VII.), en el C.P.C. 194/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Pera Verdaguer.
Contra el Decreto del Consejo Ejecutivo de la Generalidad 11/1982, de 13 de enero, por el que se disponía el depósito administrativo previo a la difusión de cualquier impreso sometido a pie de imprenta. El TC declara que los arts 12 y 64.2 ap. a) de la ley 14/1966 de 18 de marzo, de Prensa e Imprenta y las normas reglamentarias que los desarrollan han sido derogadas por la Constitución y, en consecuencia el Decreto impugnado es nulo.

STC 56/1983, de 28 de junio (BOE 15.VII.), en el C.P.C. 118/1982.
Magistrado ponente: D. Jerónimo Arozamena Sierra.

Planteado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña contra una resolución del Director General de Coordinación de las Haciendas Territoriales por delegación del Ministerio de Hacienda, al Ayuntamiento de Sabadell para avalar a un concesionario de un servicio público. Competencias estatales y comunitarias sobre el régimen local.

STC 57/1983, de 28 de junio (BOE.15.VII) en el C. P. C. 237/1982.
Magistrado ponente: D. Jerónimo Arozamena Sierra.
Planteado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña contra una resolución del Director General de Coordinación de las Haciendas Territoriales del Ministerio de Hacienda. Trata de las competencias de la Administración del Estado para autorizar operaciones de crédito a las Corporaciones locales. Contenido de la autonomía local.

STC 67/1983, de 22 de julio (BOE 18 VIII) en el C. P. C. 370/1982.
Magistrado ponente: D. Luis Díez Picazo.
Planteado por la Generalidad de Cataluña en relación con el artículo 22 del Reglamento Notarial. Voto particular del Magistrado D. Francisco Rubio Llorente.

STC 71/1983, de 29 de julio (BOE 18. VIII), en el C.P.C. 179/1982.
Magistrado ponente: D. Angel Latorre Segura.
Sobre la titularidad de la competencia sobre el Catálogo General de Montes de utilidad pública en Cataluña.

STC 72/1983, de 29 de julio (BOE 18 VIII), en el R.I. 201/1982.
Magistrado ponente: D. Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Contra la ley del Parlamento Vasco sobre cooperativas (arts. 3, 8.1 y disposición final segunda), Ley 1/1982, de 11 de febrero. Entre otras materias, trata del principio de territorialidad que no ha de interpretarse de modo que vacíe las competencias autonómicas.

STC 76/1983, de 5 de agosto (BOE 18.VIII) en los Recursos Previos de Inconstitucionalidad 311, 313, 314, 315 y 316.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Interpuesto contra el texto definitivo del Proyecto de Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico (LOAPA). Sentencia a la que prestamos especial atención y es la más importante de las dictadas por el TC sobre autonomías.

STC 84/1983, de 24 de octubre (BOE 7.XI) en el C. P.C. 343/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Pera Vergaguer.
Competencias -estatales y autonómicas- sobre inversiones culturales con motivo del V centenario de la unidad de España.

STC 85/1983, de 25 de octubre (BOE 7. XI) en el C. P.C. 333/1982.
Magistrado ponente: D. Jerónimo Arozamena Sierra.
Promovido por el Gobierno Vasco frente al R.D. 712/1982, de 2 de abril sobre el procedimiento de ingreso en la función pública local. Recoge la doc

trina de las sentencias de 8 de febrero de 1982 y la sentencia de 5 de agosto de 1983.

STC 87/1983, de 27 de octubre (B.E.2 VII.), dictada en los C.P.C. 392 y 443/1982.
Magistrado ponente: D. Angel Latorre Segura.
Sobre fijación del horario de enseñanzas mínimas del ciclo medio de la Educación General Básica.

STC 88/1983, de 27 de octubre (BOE 2.XII), en el C.P.C. 178/1983.
Magistrado ponente: Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Promovido por el Gobierno Vasco en relación con el R.D. 3087/1982, de 12 de noviembre, sobre fijación de enseñanzas mínimas para el ciclo superior de EGB.

STC 97/1983, de 15 de noviembre (BOE 2.XII), en el C.P.C. 357/1982.
Magistrado ponente: D. Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Promovido contra una Orden del Departamento de Transportes, Comunicaciones y asuntos marítimos del País Vasco sobre elevación de tarifas de los servicios públicos discrecionales de transportes por carretera para corto recorrido.

STC 110/1983, de 29 de noviembre (BOE 14 XII), en el C.P.C. 171/1983.
Magistrado ponente: D. Luis Díez Picazo.
Sobre selección y nombramiento de Notarios en Cataluña. Se refiere a la Sentencia 67/1983, de 22 de julio.

STC 113/1983, de 6 de diciembre (BOE 11.I. 1984), en el C.P.C.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Sobre la competencia de inspección pesquera, marisquera y plantas de acuicultura que el TC declara a favor del Gobierno Vasco.

STC 11/1984, de 2 de febrero (BOE. 18.II) en el C. P.C. 241/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Planteado por el Gobierno Vasco frente al Gobierno de la Nación por un acuerdo del Consejo de Ministros que autorizaba a la Comunidad Autónoma del País Vasco para emitir deuda pública por un importe de 5.250 millones de pesetas. Tiene especial interés para el estudio de las competencias estatales de coordinación. Cita las sentencias de 28 de enero de 1982 y 28 de abril de 1983. En lo que respecta a la coordinación, asume la doctrina sentada en la sentencia 32/1983, de 28 de abril que se refirió a la coordinación sanitaria.

STC 12 /1984, de 2 de febrero (BOE 18.II) en el C. P.C. 358/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Planteado contra una resolución del Departamento de industria y energía del Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña, por la que se autorizaba la instalación de una línea de transporte de energía eléctrica de 380 kilovoltios que se declara de utilidad pública a efectos expropiatorios y se aprueba el proyecto para su ejecución.

STC 33/1984, de 9 de marzo (BOE.3.IV) en los C.P.C. 372 y 446/1982.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Sobre reforma, modernización de la flota pesquera de bajura y determinadas ayudas para la transformación de buques de pesca de altura y gran altura. Se insiste en la noción material de bases que pueden incluir normas de rango infralegal.

STC 35/1984, de 13 de marzo (BOE.3.IV), en el R.I. 310/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Pera Verdaguer.
Interpuesto por el Parlamento de Canarias contra el R.D.-Ley 1/1983, de 9 de febrero, por el que se deroga la exacción sobre el precio de las gasolinas de automoción en las Islas Canarias, Ceuta y Melilla, que el TC declara inconstitucional en todo lo que se refiere a las Islas Canarias. Voto particular del Magistrado D. Jerónimo Arozamena Sierra.

STC 44/1984, de 27 de marzo (BOE.25.IV.) en el C.P.C. 231/1981.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Sobre calificación e inscripción de la modificación parcial de los Estatutos de la Caja de Ahorro Laboral Popular, Sociedad Cooperativa de Crédito Limitada, cuyo ámbito supera el de la Comunidad Autónoma del País Vasco, pero domiciliada en el País Vasco. Cita la sentencia 72/1983, de 29 de julio.

STC 49/1984, de 5 de abril (BOE.25.IV), dictada en el R.I. 182/1982.

Magistrado ponente: D. Jerónimo Arozamena Sierra.
Interpuesto por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña contra la Ley 1/1982, de 24 de febrero por la que se regulan las Salas especiales de exhibición de cinematografía, la filmoteca española y las tarifas por licencia de doblaje.

STC 53/1984, de 3 de mayo (BOE.29.V) en el C.P.C. 483/1982.
Magistrado ponente: D. Jerónimo Arozamena Sierra.
Planteado por el Gobierno de la Nación contra un Decreto de la Generalidad Valenciana señalando las tarifas máximas para los servicios de viajeros realizado con vehículos provistos de tarjeta de transporte VT en el ámbito territorial del Consell. Trata del principio de territorialidad.

STC 56/1984, de 7 de mayo (BOE 29.V.) en los C.P.C. 311 y 584/1983.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Promovido por la Generalidad de Cataluña contra una resolución de la Dirección General de los Registros y del Notariado por la que se anunciaban Registros de la Propiedad vacantes para su provisión por concurso ordinario. Se remite a la STC 67/1983, de 22 de julio.

STC 65/1984, de 23 de mayo (BOE 19 VI), en los C. P.C. 74 y 653/1983.
Magistrado ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Contra resoluciones de la Dirección General de los Registros y del Notariado por las que se procede al nombramiento de Registradores de la Propiedad

para plazas situadas en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Se remite a la STC 67/1983, de 22 de julio.

STC 68/1984, de 11 de junio (BOE.11.VII), dictada en el C.P.C. 90/1982.
Magistrado ponente: D. Antonio Truyol Serra.
Planteado por la Generalidad de Cataluña contra el R.D. 2858/1981, de 27 de noviembre sobre calificación de aeropuertos civiles.

STC 76/1984, de 29 de junio (BOE.30.VII), en el R. I. 35/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Contra la Ley 11/1982, de 8 de octubre, del Parlamento de Cataluña por la que se crea el Instituto Cartográfico de Cataluña . Trata de modo incidental de la competencia estatal en materia de relaciones internacionales.

STC 77/1984, de 3 de julio (BOE 30.VII.), en el C. P.C. 250/1982.
Magistrado ponente: D. Angel Latorre Segura.
Contra las resoluciones del Departamento de Política Territorial y Obras públicas del País Vasco por las que se aprobaba el Proyecto de Ordenación Urbana de Bilbao y su comarca y el Plan especial de Ejecución General. Concurrencia competencial sobre un mismo espacio físico.

STC 80/1984, de 20 de julio (BOE.24.VIII), en el C.P.C. 194/1983.
Magistrado ponente: D. Luis Díez Picazo.

Promovido por el Gobierno de la Nación contra algunas disposiciones del D del Gobierno Vasco 205/1982, sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios. Confirma la STC 32/1983, de 28 de abril. Bases de la sanidad interior.

STC 81/1984, de 20 de julio (BOE.24.VIII), en el C.P.C. 551/1983.
Magistrado ponente: D. Angel Escudero del Corral.
Planteado por el Gobierno Vasco contra la resolución de la Dirección General de los Registros y del Notariado por la que se ajunciaban Registros de la Propiedad vacantes para su provisión por concurso ordinario.

STC 82/1984, de 20 de julio (BOE 24.VIII), en el C.P.C. 552/1983.
Magistrado ponente: D.Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Planteado por el Gobierno Vasco contra resolución de la Dirección General de los Registros y del Notariado en la que se anuncia la provisión ordinaria de vacantes.

STC 83/1984, de 24 de julio (BOE.24.VIII) dictada en la C.I. 80/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
En relación con el párrafo 9º de la Base XVI de la Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional, en el inciso que dispone: "queda regulado y limitado en el territorio nacional el establecimiento de oficinas de farmacia"; referencia al artículo 36 de la Constitución.
Trata de la reserva de ley ordinaria.

STC 84/1984, de 24 de julio (BOE.24.VII), dictada en el C.P.C. 533/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Promovido por el Gobierno Vasco contra la Orden del Ministerio de Justicia que convocaba oposiciones libres a Notarías vacantes. Cita las STC 56/1984, 110/1983, 67/1983, 81/1984.

STC 85/1984, de 26 de julio (BOE.24.VIII), dictada en el R.I. 191/1982.
Magistrado ponente: D. Antonio Truyol Serra.
Contra la Ley del Parlamento Vasco 2/1982, de 11 de febrero por la que se autoriza al Gobierno Vasco para enajenar el Colegio Menor "Pascual de Andagoya", cita las STC 58/1982 y la de 28 de julio de 1981.

STC 91/1984, de 9 de octubre (BOE 31.X), en el C.P.C. 506/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Pera Verdaguer.
Planteado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña en relación con la O.M. del Ministerio de Economía y Hacienda sobre autorización a las Cajas de Ahorro para conceder créditos especiales a los damnificados por las inundaciones de 1982. Aplica la doctrina contenida en la sentencia de 28 de enero de 1982. Voto particular del Magistrado D. Francisco Rubio Llorente.

STC 95/1984, de 18 de octubre (BOE.30.X) en los C.P.C. 119 y 121/1982.
Magistrado ponente: D. Antonio Truyol Serra.
Promovidos por el Consejo Ejecutivo de la Generali

dad y el Gobierno Vasco contra determinados preceptos del R.D. 2924/1981, de 4 de diciembre que reestructura determinados órganos de la Administración del Estado. Trata también sobre el contenido de la competencia de alta inspección en relación con la inspección del consumo.

STC 96/1984, de 19 de octubre (BOE 31.X), en el C. P.C. 176/1982.
Magistrado ponente: D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo.
Promovido por el Abogado del Estado frente al Gobierno del País Vasco en relación con la Orden de la Consejería de Economía y Hacienda por la que se autoriza la emisiza la emisión de Obligaciones de "Refinería de Petróleos del Norte S.A." Asunto Petronor. Trata de la extensión del principio de territorialidad.

STC 116/1984, de 4 de diciembre (BOE 21.XII), en el C.P.C. 331/1982.
Magistrado ponente: D. Angel Latorre Segura.
Planteado por la Generalidad de Cataluña contra la resolución de 30 de marzo de 1982 de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se publicaban los Tribunales que han de juzgar las pruebas selectivas de la oposición de ingreso a la Escala única del Cuerpo auxiliar de la Seguridad Social.

STC 117/1984, de 5 de diciembre (BOE.21.XII), en el C.P.C. 371/1982.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.

Promovido por el Gobierno de la Nación contra el D de la Generalidad de Cataluña 162/1982, de 3 de junio por el que la Generalidad asume competencias en materia de régimen local. Tiene interés la delimitación que se hace en la sentencia sobre el concepto de seguridad pública.

STC 123/1984, de 18 de diciembre (BOE 11.I.1985), en el C.P.C. 5681/1983.
Magistrado ponente: D. Luis Díez Picazo.
Promovido por el Gobierno de la Nación frente al Gobierno Vasco en relación con el D. 34/1983, de 8 de marzo, de creación de Centros de Coordinación operativa con funciones sobre la organización y coordinación de las actividades de aquellos organismos o entidades de naturaleza pública o privada, que actuarán en el ámbito de cada territorio, cuyos servicios fuera necesario requerir en caso de incidente o emergencia para la seguridad de las personas, bienes y derechos. Concepto de seguridad pública.

STC 125/1984, de 20 de diciembre (BOE.11.I.85), en los C.P.C. 860, 862 y 865/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Promovidos por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña, por el Gobierno de Canarias y el Gobierno Valenciano en relación con el R.D. 2288/1983, de 27 de julio por el que se establecía para los hoteles, con fines de promoción, la distinción especial "Reconmendado por su calidad".

STC 7/1985, de 25 de enero (BOE.12.II), en los C. P.C. 91 y 96/1982.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Promovidos por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña y por el Gobierno Vasco, en relación con los R.D. 2819/1981 y 3217/1981, de 27 de noviembre sobre fiestas de ámbito nacional a efectos laborales, Reitera la jurisprudencia sobre el concepto de legislación laboral.

STC 9/1985, de 28 de enero (BOE 12.II), en el C.P. C. 342/1982.
Magistrado ponente: D. Antonio Truyol Serra.
Planteado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña en relación con la resolución de 17 de mayo de 1982 de la Dirección General de Transportes del Ministerio de Transportes, Turismo y Comunicaciones en la que se resolvía un recurso de alzada contra una resolución del Departamento de Política Territorial y Obras Públicas de la Generalidad de Cataluña.

STC 12/1985, de 30 de enero (BOE.5.III)en los C.P. C. 810 y 816/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Pera Verdaguer.
Planteados por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña y por el Gobierno Vasco en relación con determinadas disposiciones del R.D. 2099/1983, de 4 de agosto por el que se establecía el Ordenamiento General de Precedencias en el Estado. Recoge la doctrina de la sentencia de 22 de junio de 1982 (en el C.P.C. 391/1981) y hace algunas apreciaciones sobre las sentencias de 28 de abril y 20 de mayo de 1983.

STC 24/1985, de 21 de febrero (BOE 27.III), dictada en el C.P.C. 265/1982.
Magistrado ponente: D. Antonio Truyol Serra.
Planteado contra la resolución de 12 de febrero de 1982 de la Dirección General de Energía del Departamento de Industria y Energía del Gobierno Vasco que autorizó a la empresa "Petróleos del Norte S. A." (PETRONOR) a modificar el proyecto inicial de instalación de una unidad de "crakin catalítico fluido" y una unidad de "vis-breaking". Reitera la jurisprudencia constitucional sobre la noción material de bases.

STC 42/1985, de 15 de marzo (BOE 19.IV), en el R. I. 614/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Interpuesto contra la Ley del Parlamento Vasco 8/1983, de 19 de mayo sobre ordenación de la actividad comercial en el País Vasco. El TC declara inadmisible el recurso.

STC 46/1985, de 26 de marzo (BOE.19.IV), en el R. I. 152/1984)
Magistrado ponente: D. Luis Díez Picazo.
Contra el apartado 3º y 4º del artículo 19 de la Ley de la Junta General del Principado de Asturias de 24 de noviembre de 1983 por la que se regulan las tasas sanitarias en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. Competencias sanitarias y Saguridad Social.

STC 48/1985, de 28 de marzo (BOE.19.IV), en el C.P. C. 470/1982.

Magistrado ponente: D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo.
Promovido por el Gobierno Vasco en relación con la O.M. del Ministerio de Educación y Ciencia por la que se convoca concurso de méritos para proveer plazas vacantes en la plantilla del Cuerpo Especial de Inspectores Técnico de Formación Profesional. Trata de la naturaleza de la alta inspección y del valor interpretativo de los Decretos de traspaso de servicios.

STC 53/1985, de 11 de abril (BOE.18.V), en el Recurso Previo de Inconstitucionalidad 800.1983.
Magistrados ponentes: Dña. Gloria Begué Cantón y D. Rafael Gómez-Ferrer Morant.
Interpuesto contra el texto definitivo del Proyecto de Ley Orgánica de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Tienen interés para el estudio del artículo 15 de la Constitución que consagra el derecho a la vida.

STC 59/1985, de 6 de mayo (BOE. 5.VI) en el C.P.C. 334/1984.
Magistrado ponente: D. Luis Díez Picazo.
Promovido por el Abogado del Estado en relación con el D. de la Junta de Galicia, 245/1983, de 30 de diciembre sobre el uso del tacógrafo en los vehículos de transporte escolar. Interpretación, incidental, del concepto de seguridad pública.

STC 77/1985, de 27 de junio (BOE.17.VII), en el Recurso Previo de Incostitucionalidad 180/1984.
Magistrado ponente: D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo.

Contra el texto definitivo del Proyecto de Ley Orgánica reguladora del derecho a la educación (LODE). Reitera la jurisprudencia constitucional sobre la noción de material de bases.

STC 80.1985, de 4 de julio (BOE.17.VII), en el C.P.C. 743/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Promovido por la Generalidad de Cataluña en relación con la resolución de 7 dejulio de 1983 de la Dirección General de Producción Agraria por la que se dan normas para la realización de la campaña contra la "Thaumetopoa pitycampa" (Procesionaria del pino). El TC distingue entre sanidad vegetal y la materia sanitaria. Trata también de la necesidad de la recíproca información entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

STC 87/1985, de 16 de julio (BOE.14.VIII) en el R.I. 707/1983.
Magistrado ponente: D. Francisco Tomás y Valiente.
Interpuesto contra determinados artículos de la Ley 15/1983, de 14 de julio, del Parlamento de Cataluña, sobre higiene y control alimentario. Tiene especial interés en materia de disciplina alimentaria y de registros.

STC 91/1985, de 23 de julio (BOE.14.VIII), en los C.P.C. 505, 742/1983 y 79/1984.
Magistrado ponente: D. Jerónimo Arozamena Sierra.
Promovidos por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad Catalana en relación con varias resoluciones de la Dirección General de la Salud, del Ministerio

de Sanidad y Consumo sobre autorización e inscripción en el Registro General Sanitario de tres productos aditivos elaborados en Cataluña por empresas radicadas en Cataluña. Tiene especial importancia en relación con las funciones del Registro, la coordinación estatal y la extraterritorialidad.

STC 93/1985, de 24 de julio (BOE.14.VIII)en los C.P.C. 389 y 419/1984.
Magistrado ponente: D. Francisco Pera Verdaguer.
Promovidos por el Gobierno de la Nación contra la Orden de la Consejería de Educación y Cultura de la Junta de Galicia, por la que se autoriza la experimentación de nuevos planes y programas en un Centro de Enseñanzas Medias y el segundo conflicto en relación con un Decreto de la misma Junta de Galicia por el que se regulan los centros experimentales.

STC94/1985, de 29 de julio (BOE. 14.VIII), en el C. P.C. 22/1982.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Planteado por la Diputación Foral de Navarra contra el uso por parte del Gobierno Vasco, del Escudo Foral. Votos particulares de D. Manuel Díez Picazo y D. Francisco Rubio Llorente.

STC 102/1985, de 4 de octubre (BOE.5.XI), en el C. P.C. 842/1984.
Magistrado ponente: D. Francisco Rubio Llorente.
Promovido por el Gobierno en relación con el art. 3, párrafo 2º del D. 587/1984, del Gobierno de Canarias, sobre distribución de la potestad sanciona

dora en materia de sanidad y trabajo entre los órganos de dicha Comunidad Autónoma.

STC 143/1985, de 24 de octubre (BOE.26.XI) en el C. P.C. 344/1983.
Magistrado ponente: D. Angel Escudero del Corral.
Promovido por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña en relación con un acta de inspección, sobre cinematografía, levantada por funcionarios del Ministerio de Cultura.

STC 144/1985, de 25 de octubre (BOE.26.XI), en el R.I. 383/1982.
Magistrado ponente: D. Manuel Díez de Velasco y Vallejo.
Interpuesto por el Gobierno Vasco contra el artículo 5 a) de la Ley 25/1982, de 30 de julio, de Agricultura de Montaña.

STC 149/1985, de 5 de noviembre (BOE.26.XI) en el C.P.C. 508/1982.
Magistrado ponente: D. Angel Escudero del Corral.
Promovido por el Gobierno frente a la Generalidad de Cataluña en relación con el D. 246/1982, de 26 de julio (del Consejo de Gobierno de la Generalidad) sobre la regulación de los billetes de entradas en las salas de exhibición de cinematografía.

STC 153/1985, de 7 de noviembre (BOE.26.XI), en el C.P.C. 447/1982.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Promovido por el Gobierno en relación con el Decreto de la Generalidad de Cataluña 194/1982, de 18

de junio, que regula la calificación de espectáculos teatrales y artísticos. Voto particular del Magistrado D. Francisco Rubio Llorente.

STC 154/1985, de 12 de noviembre (BOE.26.XI), en el C.P.C. 114/1983.
Magistrado ponente: D. Angel Latorre Segura.
Promovido por el Gobierno contra el Decreto, de la Junta de Galicia 120/1982, de 5 de octubre por el quesse crea el Instituto Gallego de Bachillerato a distancia.

STC 157/1985, de 15 de noviembre (BOE.17.XII), en el C.P.C. 674/1984.
Magistrado ponente: D. Luis Díez Picazo.
Promovido por la Generalidad de Cataluña frente al Gobierno de la Nación en relación con los artículos 51-58 de la Orden del Ministerio de Cultura de 14 de mayo de 1984 sobre registro de empresas cinematográficas.

STC 165/1985, de 5 de diciembre (BOE.17.XII), en el C.P.C. 197/1983.
Magistrada ponente: Dña. Gloria Begué Cantón.
Planteado por el Gobierno Vasco en relación con la resolución de la Dirección General de Cooperativas del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, de 26 de noviembre de 1982, por la que se acuerda autorizar a la entidad "Caja Laboral Popular, Sociedad Cooperativa de Crédito Limitada" a operar con terceros no socios. Análoga resolución y fundamentación a la STC 44/1984, de 27 de marzo.