

SANITAT I SERVEIS SOCIALS A CATALUNYA: LES COMPETÈNCIES AUTONÒMIQUES I COM LES EXERCEIX LA GENERALITAT DE CATALUNYA*

Andrés Navarro Munuera

Departament de Dret administratiu de la Universitat de Barcelona

I. Les competències de la Generalitat de Catalunya en matèria de protecció de la salut

Les referències del bloc de constitucionalitat en relació amb el repartiment de competències entre l'Estat i les comunitats autònomes en aquest sector són les següents: la CE estableix primerament en l'art. 148.1.20 que les comunitats autònomes poden assumir competències en matèria de sanitat i higiene, i a continuació reserva a la competència exclusiva de l'Estat —art. 149.1.16— la sanitat exterior, les bases i la coordinació general de la sanitat (interior), i també la legislació sobre productes farmacèutics. En aquest marc disposat per la norma fonamental en el sector sanitari o de protecció de la salut, l'Estatut d'Autonomia de Catalunya (d'ara endavant, EAC) va assumir per a la Generalitat les atribucions següents: en matèria d'higiene, la competència exclusiva (art. 9.11), si bé, com indica expressament el mateix precepte, tenint en compte el que disposa l'art. 17 de l'EAC, on s'estableix en l'apartat 1 que: «correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat en matèria de sanitat interior». Així mateix, és de competència de la Generalitat l'execució de la legislació de l'Estat sobre productes farmacèutics (art. 17.3). La potestat autonòmica d'autoorganització de tots els serveis relacionats amb aquestes matèries s'estableix en l'apartat 4 del mateix article estatutari, precepte que reserva a l'Estat —sense que hi hagi esment constitucional a aquest respecte— «l'alta inspecció conduent al compliment de les funcions i les competències contingudes en aquest article». Per últim, l'apartat 5 consagra per al sector sanitari i de seguretat social el principi de participació democràtica de tots els interessats, i dels sindicats de treballadors i associacions empresarials en els termes que la Llei establirà. Per altra banda, l'art. 9.19 de l'EAC atribueix a la Generalitat la competència exclusiva sobre «Ordenació farmacèutica, sens perjudici del que disposa el número 16 de l'apartat 1 de l'article 149 de la Constitució», precepte aquest darrer que ja hem esmentat, el qual significa el límit constitucional per a les competències de la Generalitat en tot el sector de protecció de la salut.

Com veiem, la competència autonòmica sobre sanitat té com a límit les bases estatals, enteses aquestes com l'establiment de l'Estat dels principis generals i comuns d'ordenació del sector, en aquest cas, el sanitari. Sigui quin sigui l'abast d'aquesta competència estatal, si només abasta potestats normatives que s'han d'establir per llei formal, o si comprèn també la possibilitat de fer ús de la potestat reglamentària de l'Administració, o fins i tot la de dictar actes concrets en exercici de la competència sobre les bases de la sanitat, és una qüestió que és lluny d'aparèixer com a pacífica

* Aquest treball és fruit d'una col·laboració amb el professor Joaquim Tormos, a qui agraeixo el seu inestimable ajut.

—com a mínim, doctrinalment—, si bé el Tribunal Constitucional sembla que es decanta cap a una interpretació àmplia del concepte «bases de la sanitat», i expandeix la comprensió inicial de la competència estatal com a competència legislativa de fixació de principis d'ordenació de la matèria, com a establiment, en suma, del mínim comú denominador normatiu vigent per al sector sanitari en tot el territori de l'Estat, fins a arribar a acollir també sota l'exercici de la competència estatal sobre les bases de la sanitat, si bé només en determinats supòsits, disposicions reglamentàries i actes concrets (STC 42/1983, FJ 5). Al mateix temps, l'alt Tribunal ha reforçat l'abast de la competència estatal en aquesta matèria en garantia de les exigències unitàries que es desprenen de la concepció del sanitari com un veritable sistema, el sistema normatiu de la sanitat, l'existència necessària del qual es derivaria de l'art. 149.1.1 de la CE en relació amb els arts. 43, 45 i 51 —igualtat en les condicions bàsiques de salut de tots els espanyols—, i, de l'art. 139.2 de la mateixa norma fonamental —llibertat de circulació i establiment de les persones i lliure circulació de béns en tot el territori espanyol— (STC 32/1983, FJ 2). En definitiva, en el que fa referència al sector sanitari, el Tribunal Constitucional ha retingut, com si es tractés de competència estatal, les decisions en les quals està implicada la igualtat bàsica dels ciutadans en les condicions de salut, o que puguin tenir incidència negativa sobre la unitat del mercat nacional, i —encara amb caràcter més excepcional— quan estiguin afectats interessos supracomunitaris. Totes aquestes regles s'erigeixen, doncs, en paràmetre del que és bàsic en matèria sanitària (Vegeu J. Pemán Gavín, *Derecho a la salud y Administración Sanitaria*, Bolonya, 1989, p. 177).

També és de competència estatal exclusiva, segons l'art. 149.1.16 de la CE, la coordinació general de la sanitat. Respecte a aquesta atribució de l'Estat en matèria sanitària s'ha pronunciat igualment la jurisprudència constitucional, i ha assenyalat que es tracta d'una competència complementària de les bases, però diferent d'aquesta, la qual pressuposa lògicament, com a objecte de la coordinació estatal, l'existència de competències pròpies de les comunitats autònomes que l'«Estat, en coordinar-les, òbviament, ha de respectar», sense que, per tant, aquesta coordinació pugui produir un buidatge del contingut de les competències autonòmiques. En concret, el Tribunal Constitucional ha definit la coordinació general sanitària «...com la fixació de mitjans i de sistemes de relació que facin possible la informació recíproca, l'homogeneïtat tècnica en determinats aspectes i l'acció conjunta de les autoritats sanitàries estatals i comunitàries en l'exercici de llurs competències respectives, de tal manera que s'aconsegueixi la integració d'actes parcials en el sistema sanitari» (STC 32/1983, FJ 2).

Com hem esmentat, l'art. 17.4 de l'EAC atribueix a l'Estat la funció d'alta inspecció en el sector sanitari, sense que s'hi refereixi l'article 149.1.16 de la CE. També s'ha pronunciat sobre aquesta competència estatal el Tribunal Constitucional i ha indicat que «constitueix una competència estatal de vigilància però no un control genèric o indeterminat que impliqui dependència jeràrquica de les comunitats autònomes respecte a l'Administració de l'Estat, sinó un instrument de verificació o fiscalització que pot portar si s'escau a instar l'actuació dels controls constitucionals establerts en relació amb les comunitats autònoms, però no a substituir-los, i convertir l'esmentada alta inspecció en un nou mecanisme directe de control i autònom» (STC 32/1983, FJ, 2). En coherència amb aquesta doctrina del Tribunal Constitucional —no podia ser altrament— la Llei 14/1986, del 25 d'abril, General de Sanitat, ha regulat en l'art. 43 la funció estatal d'alta inspecció.

Així doncs, respectant les competències sanitàries de l'Estat que acabem de descriure, correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament legislatiu i l'execució en matèria de sanitat, amb l'exercici del qual podrà portar endavant les pròpies opcions en el sector de protecció de la salut dins el marc bàsic estatal, actualment definit en el contingut principal per determinades disposicions de la Llei General de Sanitat (vegeu l'art. 2.1. d'aquesta norma legal). I, així mateix, i com a competència instrumental al servei d'aquelles possibles opcions pròpies sanitàries, la Generalitat pot organitzar i administrar dins el seu territori tots els serveis relacionats amb la sanitat, i exerceix la tutela de les institucions, entitats i funcions en matèria sanitària (art. 17.4 de l'EAC).

Pel que fa a la matèria «higiene», l'art. 9.11 de l'EAC n'atorga a la Generalitat la competència exclusiva, i té en compte el que disposa l'art. 17 del mateix Estat, precepte ja referit en relació amb les competències sanitàries de la nostra comunitat autònoma. Doncs bé, malgrat el qualificatiu d'«exclusiva» de la competència autonòmica sobre higiene, una interpretació sistemàtica dels preceptes constitucionals i estatutaris implicats ens fa veure que en realitat ens trobem davant una competència de desenvolupament legislatiu i execució, ja que en l'exercici es té com a límit les bases estatals dictades en la matèria de sanitat, en l'àmbit del qual també s'integren els aspectes relatius a la higiene o salut pública com a part del sector sanitari o de protecció de la salut. I ja sabem que sobre aquest, l'art. 149.1.16 de la CE reserva a l'exclusiva competència de l'Estat les bases i la coordinació general.

II. Les competències de la Generalitat de Catalunya en matèria de productes farmacèutics. La competència d'ordenació farmacèutica.

Es refereixen a aquestes competències autonòmiques l'art. 9.19 de l'EAC, d'una banda, que atribueix la competència exclusiva a la Generalitat en l'«ordenació farmacèutica, sens perjudici del que disposa el número 16 de l'apartat 1 de l'article 149 de la Constitució», i l'art. 17.3 de la mateixa norma institucional bàsica de Catalunya, que atorga a la Generalitat «l'execució de la legislació de l'Estat sobre productes farmacèutics».

En relació amb aquesta última matèria, les atribucions de l'Estat abasten totes les potestats normatives —de «legislació sobre productes farmacèutics» d'acord amb l'art. 149.1.16 de la CE—, tant les expressades en forma de llei com les que desenvolupen els continguts d'aquest tipus de norma a través de reglaments. Així és com el Tribunal Constitucional ha interpretat l'abast funcional del terme «legislació» que empra, als efectes d'atribuir competències a l'Estat, l'art. 149.1 de la CE. Per tant, s'entén aquesta expressió en sentit material, que comprèn tant normes amb rang de llei com normes reglamentàries. Conseqüentment, la Generalitat solament té la potestat d'execució de la normativa estatal —legal i reglamentària— sobre productes farmacèutics, sense possibilitat de dictar normes jurídiques en aquesta matèria, tret de l'emetre reglaments organitzatius —interns, amb eficàcia exclusivament *ad intra* de l'Administració— per estructurar els serveis destinats a portar a terme l'aplicació executiva de la normativa estatal emesa en el sector de productes farmacèutics.

Es podria entendre en una primera exègesi que l'abast funcional d'aquesta competència executiva autonòmica abasta les potestats d'autorització, registre, inspecció i

control de qualitat sobre productes farmacèutics, com ara manifestacions típiques de la funció administrativa d'«execució». Això no obstant, el Tribunal Constitucional en les Sentències de 28 d'abril i de 20 de maig de 1983, en les quals aborda temes sanitaris, ha interpretat restrictivament aquesta competència autonòmica. Efectivament, en la primera de les sentències esmentades, l'alt Tribunal considera que l'autorització i el registre de productes farmacèutics, i el dels laboratoris, centres o establiments que els produeixen, elaboren o importen constitueixen «... una matèria bàsica de la sanitat nacional que correspon per tant a l'Estat...» (art. 149.1.16 de la CE). La configuració com a qüestió bàsica resulta de la implicació que de manera general i directa tenen aquells aspectes respecte a la garantia del dret a la protecció de la salut constitucionalment reconegut —art. 43—, i a la garantia en les condicions d'igualtat en l'exercici dels drets que l'Estat està obligat a fer efectiva, segons que disposa l'art. 149.1.1 de la CE.

Recollint aquesta línia jurisprudencial del Tribunal Constitucional, i convertint-la en dret positiu, l'art. 40 de la Llei General de Sanitat disposa en l'apartat 5 que correspon a l'Administració de l'Estat desenvolupar «la reglamentació, l'autorització i el registre o l'homologació, segons que correspongui, dels medicaments d'ús humà i veterinari i dels altres productes i articles sanitaris...» En el mateix sentit, l'apartat 6 de l'esmentat article considera com a actuació pròpia de l'autoritat administrativa estatal «la reglamentació i l'autorització de les activitats de les persones físiques o jurídiques dedicades a la preparació, l'elaboració i la fabricació dels productes esmentats en el número anterior, i la determinació dels requisits mínims que han d'observar les persones i els magatzems dedicats a la distribució majorista i l'autorització dels que exerceixen les seves activitats en més d'una comunitat autònoma». Per la seva banda, el text del Projecte de Llei del Medicament (BOCG, Congreso de los Diputados, sèrie A, núm. 11-1, de 17 de març de 1989), ratifica la competència estatal d'aquestes actuacions executives sobre productes farmacèutics, en establir en l'art. 8.1 que «cap medicament no té la consideració d'especialitat farmacèutica, ni en conseqüència no es pot posar en el mercat com a tal sense l'autorització sanitària prèvia de l'Administració de l'Estat i inscripció simultània en el Registre d'Especialitats Farmacèutiques». I també el Ministeri de Sanitat i Consum —art. 68.1— ha d'autoritzar prèviament totes les activitats de «les persones físiques o jurídiques que es dediquen a la fabricació d'especialitats farmacèutiques o a qualsevol dels processos que aquesta pot comprendre, fins i tot els d'envasat, condicionament i presentació per a la venda...»; i l'Administració Sanitària de l'Estat ha de mantenir un Registre unificat de laboratoris farmacèutics, on és obligatòria la inscripció de l'autorització inicial, i de qualsevol transmissió, modificacions o extinció d'aquesta (art. 72).

Pel que fa a les funcions executives d'inspecció i control sobre productes farmacèutics i establiments que els elaboren, el Tribunal Constitucional, en les sentències esmentades de 28 d'abril i de 20 de maig de 1983, sosté que aquesta competència correspon amb caràcter general a la Comunitat Autònoma, en virtut dels títols d'execució en matèria de sanitat i de productes farmacèutics, i salva la possibilitat d'intervenció estatal quan entren en joc en aquest sector altres títols competencials, com poden ser els relatius a comerç exterior (art. 149.1.10) i a seguretat pública (art. 149.1.29).

També aquesta posició jurisprudencial de l'interpret suprem de la Constitució ha estat convertida en dret positiu per la Llei General de Sanitat en disposar en l'últim

incfs de l'art. 40.5 que «quan es tracti de medicaments, productes o articles destinats al comerç exterior, la utilització o el consum dels quals pot afectar la seguretat pública, l'Administració de l'Estat exerceix les competències executives d'inspecció i control de qualitat», i cal entendre que, tret d'aquests supòsits, aquestes competències executives corresponen a la Generalitat en l'àmbit territorial català. Així es desprèn de les disposicions que sobre aquesta matèria conté el bloc normatiu constitucional, segons la interpretació del Tribunal Constitucional referida, i igualment de la mateixa Llei General de Sanitat, la qual en l'art. 41.2 estableix que: «les decisions i actuacions públiques establertes en aquesta Llei que no han estat reservades expressament a l'Estat, s'entenen atribuïdes a les comunitats autònomes». Més contundent, no obstant això, pel que fa a l'amplitud de l'abast funcional de la competència estatal en aquesta matèria és l'art. 95.1 de la mateixa Llei General de Sanitat en disposar que «correspon a l'Administració sanitària de l'Estat de valorar la idoneïtat sanitària dels medicaments i altres productes i articles sanitaris, tant per autoritzar-ne la circulació i l'ús, com per controlar-ne la qualitat», precepte al qual cal donar una interpretació restrictiva per salvar la coherència amb l'art. 40.5 esmentat i fer prevaler el bloc de constitucionalitat en el sentit exegètic expressat pel Tribunal Constitucional, i garantir, per tant, la competència autonòmica sobre inspecció i control de qualitat de productes farmacèutics.

Per la seva banda, el Projecte de Llei del Medicament es refereix al control de la qualitat dels productes farmacèutics en l'art. 54, i disposa en l'apartat 1 que tant el Ministeri de Sanitat i Consum com les comunitats autònomes amb competència d'execució en matèria de legislació de productes farmacèutics poden establir «programes de control de qualitat dels medicaments per comprovar l'observança de les condicions de l'autorització i de les altres que siguin aplicades». Així mateix, estableix que «en el sí del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut es poden acordar criteris de coordinació dels esmentats programes amb referència a l'extensió, la intensitat i la freqüència dels controls que cal fer».

En relació amb les funcions d'inspecció i control sobre les activitats de preparació, elaboració i fabricació de productes farmacèutics, com a regla general, la titularitat competencial d'aquestes correspon a les comunitats autònomes que han assumit la competència d'execució de la legislació estatal sobre productes farmacèutics —com és el cas de Catalunya; art. 17.3, EAC—, en les quals potestats executives pot intervenir l'autoritat estatal quan entren en joc els seus títols competencials de comerç exterior i seguretat pública. Aquesta és la posició del Tribunal Constitucional expressada en les Sentències de 28 d'abril i 20 de maig de 1983, segons que hem recordat. Doncs bé, l'art. 40.6 de la Llei General de Sanitat recull aquesta doctrina constitucional en establir que quan les activitats de les persones físiques o jurídiques dedicades a la preparació, l'elaboració i la fabricació dels productes farmacèutics facin referència als medicaments, productes o articles destinats al comerç exterior, la utilització o el consum dels quals pot afectar la seguretat pública, «l'Administració de l'Estat exerceix les competències d'inspecció i control de qualitat». El Projecte de Llei del Medicament fa referència a les funcions d'inspecció i control dels laboratoris farmacèutics com a actuacions prèvies a la concessió de l'autorització, potestat aquesta que atribueix al Ministeri de Sanitat i Consum (art. 68.1), com ja hem esmentat; mantenint la seva lògica assigna també a l'autoritat estatal la inspecció i el control previs a l'autorització dels establiments dedicats a la fabricació d'especialitats farmacèutiques,

en l'art. 68.3, el tenor del qual diu: «El Ministeri de Sanitat i Consum concedirà l'autorització corresponent només una vegada comprovada l'exactitud de les dades que aporta el sol·licitant, inspeccionats els locals i comprovada la capacitat de fer la fabricació i el control necessaris que garanteixin la qualitat de les especialitats i les formes farmacèutiques que s'han de fabricar.»

A més de la competència d'execució de la legislació de l'Estat sobre productes farmacèutics, la Generalitat té la competència exclusiva sobre «Ordenació farmacèutica, sens perjudici del que disposa el número 16 de l'apartat 1 de l'article 149 de la Constitució» (art. 9.19 de l'EAC), precepte constitucional que, com ja sabem, reserva a la titularitat exclusiva de l'Estat la competència sobre sanitat exterior, les bases i la coordinació general de la sanitat, i la legislació sobre productes farmacèutics. Per tant, tal com expressament defineix el precepte estatutari que hem reproduït, l'abast de la competència autonòmica sobre ordenació farmacèutica es veu limitada per les competències garantides a l'Estat en virtut de l'art. 149.1.16 de la CE, i per tant es dedueix que no ens trobem pròpiament davant una veritable «competència exclusiva» de la Generalitat, si bé també observem a primer cop d'ull que l'àmbit funcional és més extens que el relatiu a la competència autonòmica en matèria de productes farmacèutics, el qual, com hem vist, només assoleix facultats executives.

En una primera aproximació podem entendre que l'ordenació farmacèutica es refereix exclusivament a una de les fases del cicle del producte farmacèutic o medicament, com és la dispensació, d'on es dedueix que amb aquesta funció ordenadora es tractaria d'establir les condicions que han d'imperar en les tasques i les activitats portades a terme en les oficines de farmàcia i els establiments equivalents, i els requisits que han de complir els locals on s'instal·lin aquest tipus d'oficines i establiments. En l'àmbit de l'ordenació farmacèutica hi podríem incloure, doncs, tot el que fa referència a l'autorització d'obertura, la transferència i la clausura de farmàcies, les disponibilitats patrimonials del titular, la planificació farmacèutica, els serveis de farmàcia dels centres sanitaris d'atenció primària i hospitalària. (Vegeu R. Martín Mateo, «Ordenación farmacéutica, medicamentos y productos sanitarios» a l'obra col·lectiva *Jornadas Técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías*, Barcelona, 1985, pp. 127 i 130).

Per delimitar amb precisió l'abast funcional de la competència autonòmica d'ordenació farmacèutica, cal determinar en quina mesura les competències que l'art. 149.1.16 de la CE atribueix a l'Estat poden incidir sobre aquest sector material, i limitar la competència «exclusiva» de la Generalitat, com així resulta de la remissió expressa que l'art. 9.19 de l'EAC fa al precepte constitucional esmentat, i salva, per tant, la possibilitat d'intervenció del poder estatal en aquest sector en virtut dels títols competencials sobre sanitat —bases i coordinació general— i productes farmacèutics —legislació. A aquest respecte, es pot convenir que dins les bases de la sanitat a establir per l'Estat cal incloure-hi, en relació amb l'ordenació farmacèutica, la disposició de condicions i requisits mínims de les farmàcies, a partir dels quals la Generalitat podria afegir a aquestes condicions i requisits altres que estimés oportuns o adequats. La Llei General de Sanitat conté algunes decisions bàsiques sobre la matèria de farmàcia a l'art. 103, precepte aquest, doncs, que s'erigeix en límit a respectar per la Generalitat en l'exercici de la competència d'ordenació farmacèutica. Més enllà d'aquest, aquesta competència autonòmica abasta la possibilitat d'establiment d'un propi model d'ordenació farmacèutica, la qual cosa comprèn àmplies facultats de regula-

ció de les farmàcies, la planificació farmacèutica i la potestat d'autorització, entre els aspectes més importants (Veg. R. M. Llevador, «Sanitat, Higiene i Farmàcia» en l'obra col·lectiva *Comentaris sobre l'Estatut d'Autonomia de Catalunya*, Barcelona, 1989, vol. II, p. 702). Per la seva banda, el Projecte de Llei del Medicament estableix en l'art. 86.1 que «les administracions sanitàries amb competències en ordenació farmacèutica faran l'ordenació de les oficines de farmàcia i mantindran els principis establerts en la Llei General de Sanitat...» i els criteris que disposa el mateix precepte, entre els quals cal assenyalar, als efectes de delimitació competencial, el que ressenya l'apartat c): «les exigències mínimes materials, tècniques i de mitjans suficients que estableixi el Govern per assegurar la prestació d'una assistència sanitària correcta».

III. Les competències de la Generalitat de Catalunya en matèria de Seguretat Social

En aquest sector, l'art. 14.9.1.17 de la CE atribueix a la competència exclusiva de l'Estat «la legislació bàsica i el règim econòmic de la Seguretat Social, sens perjudici de l'execució dels serveis per les comunitats autònomes». Per la seva banda, l'art. 17.2 de l'EAC, el qual recull l'espai competencial que deixa aquest precepte constitucional, ha assumit per a la Generalitat de Catalunya en aquesta matèria de Seguretat Social «el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat, tret de les normes que en configuren el règim econòmic», i «la gestió del règim econòmic de la Seguretat Social». Així mateix, com ja ens és conegut, l'art. 17.4 de l'EAC afirma la potestat autoorganitzadora de la Generalitat pel que fa als sectors de sanitat i seguretat social, i reserva, per altra banda, a l'Estat l'alta inspecció amb la finalitat de garantia i verificació del compliment de les funcions i les competències sobre les esmentades matèries.

Podríem convenir que la delimitació horitzontal de la matèria de Seguretat Social s'estén als àmbits o camps d'aplicació, nivell i característiques de les prestacions o acció protectora pròpia del sistema d'assegurança social pública, sistema de finançament i aspectes institucionals o de gestió (Veg. sobre això, J. Galofré Crespi, «Seguretat Social» en l'obra col·lectiva *Comentaris sobre l'Estatut d'Autonomia de Catalunya*, Barcelona, 1989, vol. II, p. 709). Sobre aquest sector material delimitat així, hem vist que correspon a la Generalitat de Catalunya la competència de desenvolupament normatiu de la legislació bàsica de l'Estat, excepte en el que es refereix al règim econòmic de la Seguretat Social, subsector material aquest en el qual l'EAC, d'acord amb amb el marc constitucional, només ha assumit per a la comunitat autònoma la competència de gestió, i resten en mans de l'Estat, per tant, tots els aspectes normatius, tant a establir per via legal formal com per via reglamentària.

El límit de la competència normativa de la Generalitat sobre Seguretat Social està representant per l'abast que es doni a la legislació bàsica de l'Estat en aquesta mateixa matèria. El Tribunal Constitucional ha interpretat reiteradament que la normativa bàsica estatal es refereix a l'establiment d'un mínim comú denominador de vigència en tot el territori de l'Estat, d'un marc de política global, que han de permetre diferents opcions a les competències normatives de les comunitats autònomes, que en aquests supòsits no es poden equiparar amb el de simples reglaments d'execució d'una

lleï. Conseqüentment, la competència legislativa de l'Estat en aquesta matèria només pot abastar la regulació dels aspectes fonamentals de l'àmbit comprès dins el sector de Seguretat Social segons la delimitació horitzontal abans indicada, i resta per a la Generalitat l'altra normació sempre respectant els principis bàsics establerts per l'Estat.

Pel que fa a les competències d'execució i organització dels serveis relacionats amb la matèria de seguretat social, corresponen íntegrament, és a dir, de manera exclusiva, a la Generalitat, segons que es desprèn de l'art. 17, apartats 2 i 3 de l'EAC. En el mateix sentit, l'art. 25.3 de l'EAC disposa que «la Generalitat de Catalunya integrarà en la seva organització els serveis corresponents, a fi de portar a terme les competències que li atribueix aquest Estatut», i reafirma la potestat autoorganitzadora autonòmica.

En relació amb el règim econòmic de la Seguretat Social, hem observat ja que els títols competencials respectius de l'Estat i Generalitat tenen un abast diferent respecte a aquells que operen sobre la matèria general de seguretat social. Si en aquesta la distribució de competències es fa sobre la base de la titularitat de la legislació bàsica per l'Estat i les competències autonòmiques de desenvolupament legislatiu i execució; en canvi, sobre el règim econòmic de la Seguretat Social l'abast funcional de la competència estatal no es deté en la legislació bàsica, sinó que comprèn tota la normació, tant legal com reglamentària, i assumeix la Generalitat només la gestió d'aquest règim econòmic (arts. 149.1.17 de la CE i 17.2 de l'EAC).

Aquest esquema competencial sobre règim econòmic de la Seguretat Social basat en el monopoli normatiu de l'Estat i la competència autonòmica d'execució o gestió, que es desprèn d'una primera lectura de la CE i l'EAC, ha estat, no obstant això, interpretat de manera diferent pel Tribunal Constitucional, i ha donat una extensió més gran a l'abast funcional de la competència estatal en matèria de règim econòmic de la Seguretat Social. Efectivament, en la Sentència 124/1989, de 7 de juliol, per la qual resol el conflicte positiu de competència plantejat per la Generalitat de Catalunya en relació amb el Reial Decret 1314/1984, de 20 de juny, pel qual es regulen l'estructura i les competències de la Tresoreria General de la Seguretat Social, el Tribunal Constitucional manifesta que «l'Estat exerceix no solament facultats normatives sinó també facultats de gestió o execució del règim econòmic dels fons de la Seguretat Social destinats als serveis o a les prestacions de la Seguretat Social a Catalunya» (FJ 3). El camí que recorre l'alt Tribunal per arribar a aquesta conclusió parteix de la consideració que la finalitat de les competències exclusives de l'Estat sobre el règim econòmic de la Seguretat Social consisteix a «preservar la unitat del sistema espanyol de Seguretat Social i el manteniment d'un règim públic, és a dir, únic i unitari de Seguretat Social per a tots els ciutadans (art. 41 de la CE), que garanteixi alhora la igualtat de tots els espanyols en l'exercici dels drets i els deures en matèria de Seguretat Social...» (FJ 3). Tor seguit, el Tribunal pren com a dada rellevant per a la correcta interpretació de l'art. 149.1.17 de la CE els principis de solidaritat financera i d'unitat de caixa, per a l'efectivitat de la qual s'havia constituït abans de l'entrada en vigor de la Constitució l'organisme Tresoreria General de la Seguretat Social. Així, la consideració d'aquests principis porta el Tribunal a manifestar que «l'esment separat del "règim econòmic" com a funció exclusiva de l'Estat tractava de garantir la unitat del sistema de la Seguretat Social, i no només la unitat de la regulació jurídica, i impedeix diverses polítiques territorials de Seguretat Social en cada una de les comu-

nitats autònomes» (FJ 3). També opera el principi d'unitat pressupostària de la Seguretat Social, que significa jurídicament la unitat de titularitat, és a dir, la titularitat estatal de tots els fons de la Seguretat Social. En cas contrari, diu el Tribunal Constitucional, «no podria preservar-se la vigència efectiva dels principis de caixa única i de solidaritat financera, ni consegüentment la unitat del sistema...» (FJ 3). Per això no és suficient, per tant, la reserva a l'Estat de les competències normatives, atès que la CE ha imposat el caràcter unitari del sistema i el seu règim econòmic, per això l'extensió de les atribucions estatals també en el terreny de la gestió o l'execució.

Atesa aquesta interpretació extensiva de l'abast funcional de la competència estatal sobre règim econòmic de la Seguretat Social portada a terme pel suprem interèprete de la Constitució, cal preguntar-se, aleshores, quines són les facultats de què disposa la Generalitat de Catalunya en aquesta matèria. Per al Tribunal Constitucional, «són només aquelles que no poden comprometre la unitat del sistema o pertorbar-ne el funcionament econòmic uniforme, ni posar en qüestió la titularitat estatal de tots els recursos de la Seguretat Social o engendrar directament o indirectament desigualtats entre els ciutadans... Aquestes facultats autònòmiques, en suma, s'han de conciliar amb les competències exclusives que sobre la gestió del règim econòmic de la CE ha reservat a l'Estat, en garantia de la unitat i solidaritat del sistema públic de Seguretat Social». (FJ 3).

IV. Les competències de la Generalitat de Catalunya en matèria d'assistència social

L'art. 9.25 de l'EAC, recollint les possibilitats obertes per l'art. 148.1.20 de la Constitució, atribueix a la Generalitat la competència exclusiva en matèria d'«assistència social». La característica essencial de la matèria «assistència social» que permet una delimitació exacta per diferenciar-la d'altres matèries afins, consisteix que les seves prestacions de serveis socials es porten a terme fora del règim contributiu de la Seguretat Social. Així, l'assistència social integraria el conjunt de les estructures institucionals públiques de prestació de serveis socials diferenciades del sistema de Seguretat Social, el qual, a més de les prestacions econòmiques i sanitàries, assumiria també determinats serveis socials. És a dir, l'acció de prestacions de l'assistència social i de la Seguretat Social —com a realitats institucionals públiques netament diferenciades— es portaria a terme mitjançant la gestió i l'execució de serveis socials, si bé amb caràcter distint, perquè mentre aquests constituïrien l'únic contingut de la primera, només significarien, en canvi, un complement marginal en l'actuació de prestació pròpia de la segona, caracteritzada bàsicament, com se sap, pel contingut econòmic i assistencial-sanitari.

A l'hora de definir funcionalment l'abast de la competència autònoma sobre assistència social, cal partir de l'art. 148.1.20 de la CE, precepte que estableix la possibilitat que les comunitats autònomes assumeixin competències en aquesta matèria, possibilitat que, en el nostre cas, ha plasmat positivament l'art. 9.25 de l'EAC, el qual atribueix a la Generalitat la competència exclusiva en el sector d'assistència social. Això significa l'assumpció autònoma de la totalitat de les competències en aquesta matèria concreta, és a dir, de totes les potestats d'actuació pública sobre el

sector assistència social, des de la normació legislativa íntegra fins a l'acció administrativa d'execució, i vetar, en principi, tota possible intervenció estatal a aquest respecte dins el territori de Catalunya.

Ara bé, aquesta declaració estatutària sobre l'exclusivitat de la competència autonòmica en matèria d'assistència social només és possible després d'una consideració atenta de l'art. 149.1. de la Constitució, que estableix el mínim competencial exclusiu de l'Estat. A partir de la contemplació negativa d'aquest precepte —és a dir, del no reservat per aquest a l'Estat— sí que és, aleshores, factible procedir a l'assumpció positiva de competències autonòmiques per l'EAC. I pel que fa a la matèria ara analitzada, res no obsta en principi de l'art. 149.1 a l'exclusivitat autonòmica sobre assistència social, si bé podrien subsistir certes possibilitats constitucionals d'intervenció de l'Estat en aquest sector.

Així, la declaració estatutària d'exclusivitat en l'atribució autonòmica sobre assistència social es podria veure matisada si d'un examen atent dels diferents apartats de l'art. 149.1 de la Constitució hi hagués algun títol habilitant de l'actuació de l'Estat sobre el sector considerat. Doncs bé, procedint a aquesta anàlisi de l'art. 149.1 observem que en cap dels seus paràgrafs no es refereix literalment a la matèria «assistència social», i per això és plenament coherent l'assumpció de la matèria per la Generalitat en règim d'exclusivitat, segons que estableix l'esmentat art. 9.25 de l'Estatut.

No obstant això, en determinats supòsits, l'Estat podrà fundar la intervenció d'assistència social en l'art. 149.1.7è de la Constitució, precepte que li atribueix en exclusiva la competència sobre la «legislació laboral; sens perjudici de l'execució pels òrgans de les comunitats autònomes». Aquests supòsits s'han de cenyir a l'àmbit laboral estricte com a àrea susceptible de projecció de serveis socials, que l'Estat pot establir, i s'ha de limitar a la previsió normativa («legislació»), si la comunitat autònoma assumeix la funció executiva. Aquest és el cas de Catalunya, atès que la Generalitat té la competència d'execució de la legislació laboral de l'Estat, en virtut de l'art. 11.2) de l'Estatut d'Autonomia.

També s'endevinen, per altra banda, les complicacions que l'art. 149.1.17è de la Constitució aboca sobre una consideració incondicionada de la competència exclusiva de la Generalitat pel que fa a assistència social. Aquest precepte, com sabem, atribueix a l'Estat la competència exclusiva sobre «legislació bàsica i règim econòmic de la Seguretat Social, sens perjudici de l'execució dels serveis per les comunitats autònomes». Efectivament, en el nostre sistema de Seguretat Social s'han assumit veritables serveis socials juntament amb les prestacions econòmiques i sanitàries. I atès que el contingut propi de l'assistència social està integrat per un conjunt de serveis socials gestionats per institucions públiques marginades del sistema de Seguretat Social, no és impensable la possibilitat eventual que l'Estat intervingui en aquest sector d'assistència social/serveis socials a través de la inclusió de la prestació en el règim contributiu de la Seguretat Social, i invoqui el títol competencial que té sobre aquesta sobre la base de l'art. 149.1.17è de la Constitució. I si s'accepta aquesta via s'obre un risc clar de buidatge de la competència autonòmica sobre l'assistència social per una legislació bàsica estatal que, dictada a l'empara del precepte constitucional esmentat, arribarà a integrar les prestacions socials de l'assistència social de les comunitats autònomes en l'acció protectora de la Seguretat Social. Tot i que realment no es pot parlar de buidament competencial, sinó de conversió d'un règim d'exclusivitat autonòmica en matèria d'assistència social en un règim de concurrència competencial, en el qual tant

l'Estat com les comunitats autònomes emanarien vàlidament accions normatives de previsió de serveis socials a favor de col·lectius de ciutadans desfavorits, si bé amb diferent tractament organitzatiu-institucional i financer, perquè les prestacions socials establertes per la legislació estatal (bàsica de Seguretat Social) s'inclourien dins el sistema contributiu de l'assegurança social pública, mentre que les autonòmiques es configurarien com un servei públic marginat del complex institucional de la Seguretat Social i finançat íntegrament amb càrrec als pressupostos de les comunitats autònomes.

Però, sobretot, les possibilitats més grans amb fonament constitucional d'intervenció de l'Estat en matèria d'assistència social les trobarfem en la necessitat de l'establiment d'una política unitària, coherent i coordinada, de benestar social, en les línies bàsiques del qual el disseny correspondria a la competència estatal. Amb aquesta atribució a favor de l'Estat es pretén donar compliment als principis constitucionals d'igualtat de tots els espanyols en els drets i les obligacions sense condicionaments pel factor territorial (art. 139.1), i de solidaritat (arts. 2 i 138.1). I per a la persecució d'aquestes finalitats i la fixació bàsica d'aquella política unitària en matèria de serveis socials, la instància estatal es veuria habilitada pel títol competencial derivat del núm. 1 de l'art. 149.1 de la Constitució: «la regulació de les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat de tots els espanyols en l'exercici dels drets i en el compliment dels deures constitucionals». D'aquesta manera, la intervenció de l'Estat es fonamentaria en la necessitat constitucional de garantir la igualtat en la prestació dels serveis socials en tot el territori espanyol, com a mínim pel que fa a uns nivells mínims, per sobre dels quals seria admissible —en virtut, a més, d'un altre principi constitucional, com és el d'autonomia— la diferenciació de cobertura de l'acció social d'unes comunitats autònomes respecte a altres, en funció de la configuració i execució de les polítiques d'assistència social pròpies.

El mateix Tribunal Constitucional sembla haver admès una actuació estatal d'aquest tenor en matèria d'assistència social. En efecte, la Sentència 146/1986, de 25 de novembre, després de reconèixer el caràcter exclusiu de la competència autonòmica en matèria d'assistència social, admet, no obstant això, la possibilitat d'intervenció de l'Estat, a través d'accions de foment, «en la mesura que existeixin problemes socials peculiars que requereixen i exigeixen un plantejament global». I això, a partir de la consideració del protagonisme essencial que assumeix en un estat social la matèria d'acció i de protecció social —a la vista dels principis rectors de política social inclosos en el capítol tercer del títol I de la Constitució—, sector en el qual, a més, les mesures públiques que s'estableixen «...no poden significar col·lisions d'interessos, que sempre seran coincidents»; tot això significa que «les competències exclusives no es poden entendre en un sentit estricte d'exclusió d'actuació en el camp del social... per part de l'Estat, respecte a aquells problemes específics que requereixen per a l'estudi i tractament adequat un àmbit més ampli que el de la comunitat autònoma i que pressuposin en la concepció, i fins i tot en la gestió, un àmbit supracomunitari, que pot correspondre a l'Estat». És a dir, la competència estatal s'habilitaria per afrontar el «...tractament de problemes que excedeixen de l'àmbit de la comunitat autònoma, quan es tracta de polítiques d'assistència social que només tenen sentit quan es refereixen al país en conjunt...», polítiques, respecte a les quals, «...l'Estat no pot restar aliè». En definitiva, «encara essent exclusiva la competència de la Comunitat Autònoma a aquest respecte, hi pot haver supòsits especials o particulars que requereixen un plan-

tejament global de l'àmbit estatal, a través d'intervencions d'assistència social d'abast supraautonòmic», acció social aquesta que pot fer així l'Estat, el qual, aleshores, «...no envaeix l'àmbit competencial de la comunitat autònoma..., no concorre amb aquesta en la realització dels programes generals i normals d'assistència social, que li corresponen en exclusiva, i actua dins de les seves competències i atribucions».

Com es veu, el Tribunal matisa la naturalesa exclusiva de la competència autonòmica sobre assistència social i accepta la possibilitat d'actuació estatal en la matèria. Aquesta actuació estatal significa el límit de la descentralització en el sector de l'assistència social i els serveis socials, límit en les competències autonòmiques que es basaria en la necessitat de salvaguardar una igualtat bàsica de les prestacions rebudes pels ciutadans en tot el territori de l'Estat, funció de garantia que hauria de correspondre lògicament a la instància estatal, i entrar en joc d'aquesta manera el títol competencial de l'art. 149.1.1 de la nostra Constitució. En aquesta línia, la Sentència del Tribunal Constitucional anteriorment esmentada —que reitera la doctrina d'una altra, la 95/1986, de 10 de juliol—, en fer referència a la competència de gestió o execució de les mesures de foment sobre assistència social, l'atribueix en principi a la comunitat autònoma —en coherència amb el que disposa estatutàriament— però accepta l'actuació dels òrgans estatals a fi de «...garantir la mateixa possibilitat d'obtenció i gaudi (d'aquelles mesures de foment) pels potencials destinataris en tot el territori nacional...», és a dir, que resulta imprescindible la gestió centralitzada per raó de «...garantir una certa igualtat dels possibles destinataris en tot el territori nacional, d'aconseguir així la igualtat per a tots els beneficiaris últims d'aquests programes específics». En definitiva, aquesta competència estatal «...hauria de servir no per afavorir unes comunitats autònomes respecte a les altres, sinó per distribuir globalment, de manera solidària i equitativa, uns fons en funció de les necessitats respectives sentides per uns determinats grups o individus, sigui quin sigui el territori de la comunitat autònoma en què resideixen». Per tant, el Tribunal fonamenta la possibilitat d'aquesta intervenció d'execució de l'Estat en matèria d'assistència social sobre el títol competencial de l'art. 149.1.1 de la Constitució, si bé implícitament, atès que en cap moment no en fa referència expressa, però que en qualsevol cas resulta perfectament identificable segons que es desprèn del tenor dels fragments reproduïts de la sentència.

En conclusió, el repartiment d'atribucions entre l'Estat i les comunitats autònomes sobre assistència social establert pel bloc normatiu constitucional parteix de l'afirmació de la competència exclusiva autonòmica, que per a la Generalitat ha assumit l'art. 9.25 de l'EAC, i deixa, no obstant això, una certa possibilitat d'intervenció de l'Estat en base a la competència que li atorga l'art. 149.1.1 de la Constitució, per fer així efectiu el que disposa l'art. 139.1, i el principi de solidaritat interregional (arts. 2 i 138.1).

V. L'actuació de la Generalitat en les competències en matèria de protecció de la salut

1. *L'organització del subsistema sanitari públic a Catalunya: el sistema integrat de salut*

És indubtable en l'àmbit de qualsevol sector d'intervenció administrativa la transcendència de l'aspecte organitzatiu en els primers anys de posada en marxa i funciona-

ment d'un nou nivell territorial de poder polític-administratiu dotat d'autonomia, com és el cas de les comunitats autònomes. Amb l'aprovació dels Estatuts d'Autonomia respectius, aquests nous ens van assumir unes competències determinades, amb contingut i abast diferents, de les quals es derivava el deure d'aquests de prestar als ciutadans dels territoris corresponents una sèrie de serveis públics. Per a la gestió i la prestació d'aquests serveis públics calia comptar amb un aparell administratiu al qual encomanar l'execució; i sabem, sobre això, que l'opció generalitzada de totes les comunitats autònomes ha estat rebutjar com a model d'Administració la possibilitat d'utilitzar les burocràcies dels ens locals per, a través de mecanismes de descentralització administrativa, exercir llurs competències, és a dir, el que coneixem com un model d'administració indirecta. Davant d'això, les nostres comunitats han preferit la creació d'aparells administratius propis per portar a terme la prestació dels serveis públics de la seva competència, això és, han optat per un sistema d'administració directa. D'aquí resulta evident que en els primers temps de funcionament de l'autonomia tingués un especial protagonisme el procés de constitució d'aquestes noves administracions, amb la consegüent importància de l'element organitzatiu, present en una multitud de normes destinades precisament a construir aquestes noves edificacions burocràtiques.

Ha estat d'aquesta manera per a Catalunya en el sector sanitari o de protecció de la salut que analitzem. Efectivament, no és difícil constatar l'atenció especial que la Generalitat ha dedicat als aspectes organitzatius en aquesta matèria si considerem el procés de constitució de l'Administració sanitària, tendent a la institució i la consolidació d'un subsistema sanitari autonòmic públic de caràcter integral en el marc del model bàsic estatal de tutela de la salut.

Una vegada la Generalitat ha rebut els serveis que li ha transferit l'Estat en matèria de sanitat, d'assistència i serveis socials, la Llei 12/1983, de 14 de juliol, d'Administració institucional de la Sanitat i de l'assistència i els serveis socials de Catalunya, es va proposar la regulació de l'aparell organitzatiu necessari per a l'execució d'aquests serveis sota el model d'administració social integrada. Els principis organitzatius sobre els quals s'assentava aquest esquema institucional de l'Administració social eren els de descentralització i desconcentració de la gestió per aconseguir una proximitat més gran als ciutadans, la simplificació, la racionalització, l'eficàcia i la coordinació administratives; i la participació democràtica dels interessats. Per a la gestió de manera integrada en tot el territori de Catalunya de les prestacions i els serveis corresponents a les matèries sanitària i d'assistència i serveis socials, la Llei va crear, sota la direcció, vigilància i tutela del Departament de Sanitat i Seguretat Social, l'Institut Català de la Salut i l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, respectivament, entitats a les quals es va dotar de personalitat jurídica pròpia, i que van gaudir de la naturalesa d'entitats gestores de la Seguretat Social. S'establí així una concentració de la gestió sanitària i de serveis socials, respectivament, en aquests organismes institucionals, tots dos sota la tutela d'un mateix departament del Govern de la Generalitat, i es dibuixava, per tant, la tendència cap a la institució d'un sistema sanitari integrat, definit per la concentració de competències relatives a la protecció de la salut i a la integració de xarxes sanitàries públiques, sistema les línies mestres del qual va establir com a normes bàsiques —i, consegüentment, de seguiment obligat per les comunitats autònomes— la Llei estatal 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat.

Efectivament, aquesta Llei de l'Estat, dictada en exercici de la competència sobre

les bases de la sanitat que li atorga l'art. 149.1.16 de la Constitució, dedica el seu títol III a l'estructura del sistema sanitari públic, i disposa en l'art. 44 que «totes les estructures i els serveis públics al servei de la salut integren el Sistema Nacional de Salut», el qual resta configurat com el «conjunt dels serveis de salut de l'Administració de l'Estat i dels serveis de salut de les comunitats autònomes». En el Sistema Nacional de Salut s'integren totes les funcions i les prestacions sanitàries de responsabilitat dels poders públics, amb la finalitat de fer efectiu el dret a la protecció de la salut de tots els ciutadans en condicions d'igualtat (art. 45, en relació amb l'art. 3).

Respecte a l'estructuració del sistema sanitari en el nivell autonòmic, la Llei bàsica estatal imposa la constitució en cada comunitat autònoma d'«un servei de salut integrat per tots els centres, serveis i establiments de la mateixa comunitat, diputacions, ajuntaments i qualssevol altres administracions territorials intracomunitàries», que estarà gestionat sota la responsabilitat de la comunitat autònoma respectiva (art. 50). Així mateix, les comunitats autònomes han de constituir, com a demarcació territorial sanitària, les denominades «àrees de salut», que són conceptuades per la llei com a «estructures fonamentals del sistema sanitari, responsabilitzades de la gestió unitària dels centres i establiments del servei de salut de la comunitat autònoma en la seva demarcació territorial i de les prestacions sanitàries i programes sanitaris a desenvolupar per ells», demarcacions sanitàries la direcció de les quals s'encomana a un òrgan propi, en el qual han de participar les corporacions locals del territori respectiu «amb una representació no inferior al 40 per 100, dins de les directrius i els programes generals sanitaris establerts per la comunitat autònoma» (art. 56). També estableix la Llei com a criteri bàsic vinculant per a les comunitats autònomes, el principi de participació democràtica de tots els interessats, al qual han d'ajustar aquelles l'exercici de llurs competències en matèria sanitària, principi que el legislador estatal encomana que tingui una primera articulació orgànica a través de la constitució obligada per cada ens autonòmic de l'anomenat «consell de salut de la comunitat autònoma» (art. 53). I com a principal instrument de coordinació «cada comunitat autònoma elabora un pla de salut que comprendrà totes les accions sanitàries necessàries per complir els objectius dels serveis de salut», i que englobarà el conjunt de plans de les diferents àrees de salut. Aquest pla sanitari s'ha d'ajustar als criteris generals de planificació aprovats pel Govern de l'Estat (art. 54). A partir d'aquestes directives bàsiques, cada comunitat autònoma, en execució de les competències assumides en el seu estatut respectiu en relació amb la matèria sanitària, ha de desenvolupar la vertebració organitzativa del sistema sanitari en el territori.

En la nostra comunitat autònoma, el desenvolupament normatiu de la Llei estatal General de Sanitat s'ha iniciat en el rang legal amb la promulgació de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària a Catalunya. L'objecte d'aquesta norma, segons declaració expressa del preàmbul, consisteix a establir, en el marc del model sanitari bàsic estatal, «l'ordenació del sistema sanitari públic de Catalunya, d'acord amb els principis d'universalització, d'integració de serveis, de simplificació, racionalització, eficàcia i eficiència de l'organització sanitària, concepció integral de la salut, descentralització i desconcentració de la gestió, sectorització de l'atenció sanitària i participació comunitària. Com a principal decisió organitzativa, la Llei crea l'ens públic «Servei Català de la Salut», i el configura per tots els centres, serveis i establiments sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya, i s'institucionalitza així el sistema sanitari integrat. Corresponen a aquesta entitat funcions d'ordenació, planificació,

programació i avaluació sanitàries, sòcio-sanitàries i de salut pública; les de gestió i administració dels centres, serveis i prestacions del sistema sanitari públic; i la distribució dels recursos econòmics afectats al finançament; funcions totes que ha d'exercir d'acord amb les directrius i prioritats establertes en els instruments de planificació sanitària. S'observa, doncs, que la integració sanitària opera tant en el pla organitzatiu-institucional, amb la creació del Servei Català de la Salut, ens personificat en el qual s'integren totes les xarxes sanitàries públiques de Catalunya, com en el funcional, en disposar-se la concentració de totes les actuacions sanitàries en la competència d'un únic organisme, amb l'objectiu d'assolir una coordinació adequada entre elles.

Com a ens instrumental que és, el Servei Català de la Salut s'adscriu al Departament de Sanitat i Seguretat Social, el qual té sobre aquest les facultats de direcció, vigilància i tutela, i el control, la inspecció i l'avaluació de les activitats.

L'estructuració organitzativa del Servei Català de la Salut es basa en el principi de desconcentració, a través de les demarcacions territorials anomenades «regions sanitàries», les quals es corresponen amb les «àrees de salut» establertes per la Llei General de Sanitat. Alhora, les regions sanitàries s'ordenen en sectors sanitaris, òrgans desconcentrats que es componen d'un conjunt d'àrees bàsiques de salut, unitats territorials elementals des d'on es presta una atenció integral de la salut a través del centre d'atenció primària. Apareix, així doncs, una tercera perspectiva de la integració sanitària: la concepció integral de la salut, a partir de la qual es configura el model de protecció de la salut, i se supera la tradicional dicotomia entre salut pública i assistència sanitària.

Tota l'estructura organitzativa del Servei Català de la Salut es troba impregnada del principi de participació democràtica dels interessats, la qual s'articula a través de la representació de les corporacions locals en els òrgans col·legiats de direcció de les regions sanitàries, d'acord amb els mandats bàsics de la Llei General de Sanitat, i en els òrgans de participació establerts en tots els nivells, on també hi ha presents les entitats representatives del teixit social de Catalunya en l'àmbit de la sanitat.

Com a principal instrument de coordinació i marc de referència de totes les actuacions públiques relatives a la protecció de la salut, s'estableix el pla de salut de Catalunya, el qual ha d'aprovar el Consell Executiu, a proposta del conseller de Sanitat i Seguretat Social, i ha de tenir en compte els objectius de la política sòcio-econòmica i de benestar social de la Generalitat de Catalunya.

L'organització disposada així del subsistema sanitari públic català sota els esquemes d'un model integrat d'atenció a la salut, persegueix com a objectius, segons que declara l'últim paràgraf del preàmbul de la Llei, la distribució adequada dels recursos sanitaris, l'optimització dels mitjans econòmics que a aquests es destinen, la coordinació de tot el dispositiu de cobertura pública, l'apropament i la participació dels usuaris en la presa de decisions, i la millora de la qualitat dels serveis sanitaris; tot això per aconseguir la finalitat última i essencial de promoure, protegir, restaurar, rehabilitar i millorar la salut dels ciutadans de Catalunya, d'acord amb l'art. 43 de la Constitució.

2. L'acció substantiva de la Generalitat en els diversos subsectors compresos en l'àmbit de la protecció de la salut

A) Introducció

En una primera aproximació valorativa sobre els aspectes substantius de l'actuació de la Generalitat en l'exercici de les competències en matèria sanitària o de protecció

de la salut, podem obtenir ja algunes notes caracteritzadores que ens serveixin per poder traçar una espècie de balanç conclusiu d'aquesta actuació.

L'observació global de l'acció sanitària de la Generalitat durant aquesta primera dècada d'autonomia sota el nou règim democràtic, ens fa una idea inicial que aquesta actuació pública sanitària de la nostra comunitat autònoma ha significat una intervenció àmplia, estesa a tots els subsectors englobats en una concepció àmplia de la matèria de protecció de la salut: així s'ha incidit sobre la tutela de la salut pública; la promoció de la salut i l'educació sanitària; la sanitat preventiva; la sanitat assistencial, tant en el nivell d'atenció primària com en l'àmbit hospitalari; s'han projectat intervencions sobre el sector sanitari privat; i, en alguna mesura, s'han dictat normes que afecten els drets i els deures dels usuaris dels serveis sanitaris. Com es pot observar, pràcticament no hi ha hagut cap aspecte sanitari sobre el qual la Generalitat no hagi actuat, la qual cosa ha pogut portar a terme mercès a les àmplies competències en aquest sector, segons que es deriva de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, i al fet que probablement hi ha hagut una intenció dels poders públics de desenvolupar una política global — fins i tot es podria parlar d'una política sòcio-sanitària —, en definitiva un projecte de reforma sanitària integral per a Catalunya amb el qual respondre a les noves exigències constitucionals sobre el dret a la protecció de la salut dels ciutadans.

Però cal preguntar-se si aquesta intervenció global dels poders públics autonòmics sobre tots els aspectes relacionats amb la protecció de la salut ha obeït més a una acció conjuntural per afrontar els problemes que anaven sorgint, que a una actuació programada a curt, mitjà i llarg termini. És a dir, des d'una altra perspectiva, cal posar en qüestió si la normativa catalana en matèria sanitària és una normativa dispersa, fruit d'aquesta conjunturalitat en les accions de tutela de la salut, o bé es pot parlar d'un «sistema normatiu» coherent en el sector sanitari, com a resultat d'una intervenció normativa guiada per una programació establerta prèviament que assenyalava sectors prioritaris en atenció a les necessitats sanitàries de la població. A aquest respecte, cal assenyalar que en els responsables del govern de la sanitat en la nostra Comunitat Autònoma hi va haver molt aviat la preocupació de dissenyar esquemes planificadors com a instrument al servei del desenvolupament i l'execució de la política sanitària: en aquest sentit, l'aprovació per Decret del 7 de gener de 1980 del Mapa Sanitari de Catalunya, i els treballs de desenvolupament d'aquest durant els anys 1982 i 1983, on es fixaven les grans línies de planificació sanitària pública de Catalunya per a un període de deu anys. I, posteriorment, la formulació de plans sanitaris sectorials territorials, entre els quals destaca el Pla de Reordenació Hospitalària, aprovat el 1986 pel Consell Executiu. Però aquesta proliferació d'instruments programatoris en l'àmbit sanitari, que s'ha produït en absència d'una normativa que fixés el protagonisme en el si de la política sanitària, i el procediment per a la gestació, ha portat irremeiablement a la necessitat de procedir a l'harmonització i la coordinació entre els diferents plans a través de l'elaboració d'un únic Pla de Salut per a tot Catalunya que integri els corresponents a cada regió sanitària, la qual cosa es recull en la nova Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (arts. 62 a 64), regulació que, sens dubte, donarà un impuls decisiu a la tècnica planificadora en l'àmbit de la protecció de la salut. No obstant això, cal ser conscients que en aquest sector d'intervenció administrativa la planificació s'ha de fixar amb una última nota de flexibilitat, perquè els problemes tècnico-sanitaris i la conjuntura econòmica poden variar sensiblement amb l'evolució temporal, circumstància aquesta que impedeix una formulació rígida de la programació.

ció sanitària, i deixa oberta la possibilitat d'incorporar variacions en resposta als possibles elements canviants.

Finalment, cal destacar en aquesta primera introducció valorativa que entre tots els subsectors presents en l'àmbit de la sanitat, la Generalitat ha prestat una rellevància especial a la tutela de la salut pública i als aspectes de promoció de la salut i educació sanitària, i sanitat preventiva. S'ha intentat superar d'aquesta manera la tradicional visió de l'acció sanitària com a acció estrictament assistencial, i la rígida divisió decimonònica entre salut pública i salut individual. Aquest plantejament resulta plenament coherent amb el concepte modern de salut integral i de sanitat integral o global auspiciat per l'Organització Mundial de la Salut i recollit igualment per l'art. 43 de la nostra Constitució.

Intentem traçar tot seguint algunes conclusions en relació amb cadascun dels subsectors en què es pot dividir la matèria de protecció de la salut.

B) Anàlisi valorativa dels diversos subsectors englobats en la matèria sanitària¹

1. Tutela de la salut pública

Ja hem esmentat que ha estat aquest un dels sectors als quals la Generalitat ha donat més rellevància en l'exercici de les competències sanitàries, d'acord amb les tendències contemporànies presents en les polítiques de salut dels governs dels Estats del nostre entorn socio-cultural.

En l'àmbit de la intervenció pública de la nostra Comunitat Autònoma respecte a la tutela de la salut pública, destaquen les accions relatives al control higiènic-sanitari del cycle alimentari, amb la finalitat de garantir la salut dels consumidors: en aquesta matèria, el Parlament català va aprovar la Llei 15/1983, de 14 de juliol, d'Higiene i Control Alimentaris. L'objecte d'aquesta Llei, segons declara expressament l'exposició de motius, consisteix a «fixar les disposicions legals que han de permetre una ordenació més eficaç de la higiene i el control alimentaris, i desenvolupar les mesures higiènic-sanitàries necessàries i estructurar d'una manera precisa per a cada fase del cycle alimentari el control de l'Administració». L'objectiu final és procurar una actuació eficaç en l'exercici de les funcions públiques de control alimentari, per atorgar així el màxim de garanties als consumidors i coadjuvar d'aquesta manera a la preservació de la salut pública. L'àmbit d'aplicació de la Llei comprèn les indústries i els establiments alimentaris que exerceixen la seva activitat a Catalunya, i els aliments, begudes i substàncies equiparades que en el territori català es transportin, emmagatzemin, comercialitzin, distribueixin o venguin. El contingut d'aquesta norma legal es basa en la previsió de mesures d'intervenció i control administratiu sobre el cycle alimentari —inspecció o investigació, autorització i registre, tant d'indústries com de productes alimentaris—, i la regulació d'infraccions i sancions i el procediment administratiu per imposar-les. Destaca, finalment, la previsió d'una comissió paritària integrada per l'Administració de la Generalitat i les corporacions locals, als efectes de coordinació i col·laboració, a la qual s'atorga la competència per conèixer els projectes de disposicions que elabori el Consell Executiu.

1. Hem tingut en compte per a la redacció d'aquest apartat l'obra col·lectiva *Desplegament autonòmic en matèria de Sanitat i Seguretat Social, Treball i Benestar Social*, actualment en premsa, que apareixerà pròximament editada per l'Institut d'Estudis Autonòmics de la Generalitat de Catalunya.

Un altre subsector dins la higiene o salut pública en el qual ha incidit l'actuació de la Generalitat ha estat el de sanitat veterinària, on cal destacar la reestructuració dels partits oficials veterinaris, portada a terme amb el Decret 5/1986, de 16 de gener.

En matèria de sanitat ambiental o control sanitari del medi ambient, s'ha intentat unificar la gestió d'aquesta política sectorial a través de la creació de la Direcció General del Medi Ambient dins del Departament de Política Territorial i Obres Públiques, havent retingut el Departament de Sanitat i Seguretat Social les competències en matèria de promoció de la salut i prevenció sanitària, i participant en els òrgans col·legiats interdepartamentals o interadministratius creats per a la tutela de determinats aspectes ambientals —Junta de Sanejament, Junta de Residus, comissions d'activitats classificades. Com a actuació normativa en aquest subsector cal esmentar la Llei 22/1983, de 21 de novembre, de Protecció de l'Àmbit Atmosfèric. I en relació amb el control sanitari d'atmosfera interiors, s'han dictat reglamentacions sobre condicions higiènic-sanitàries i de seguretat de determinats llocs de convivència pública, atès que el Departament de Sanitat i Seguretat Social té competències d'inspecció i autorització administratives.

Finalment, en l'àmbit de la sanitat mortuòria, la Generalitat ha emanat normes relatives a la incidència urbanística de la construcció de cementiris, i s'ha facultat el Departament de Sanitat i Seguretat Social per exercir funcions d'intervenció o policia administrativa.

2. Promoció de la salut i educació sanitària. Sanitat preventiva

Una primera dada que cal destacar en aquest àmbit es refereix a l'escassa activitat normativa que hi projecta la Generalitat, atès que, per la mateixa configuració, en aquests subsectors tenen més rellevància les accions públiques de naturalesa executiva.

L'actuació dels poders públics autonòmics sobre aquests subsectors ha estat àmplia, des de la perspectiva d'una concepció integral de la salut i de la sanitat, en coherència, com ja hem fet esment abans, amb les tendències modernes presents tant en el si de l'Organització Mundial de la Salut com en les polítiques sanitàries dels Estats de la nostra àrea socio-cultural. Aquesta basta intervenció sobre els aspectes sanitaris considerats se'ns apareix, en una observació de conjunt, una mica dispersa, potser per raó de l'extensió material considerable d'aquests sectors, i probablement a causa també de la conjunturalitat en les actuacions projectades per la Generalitat sobre aquests, la qual, en part, estaria forçada per la necessitat d'afrontar l'aparició de nous problemes de salut, i pel canvi en les circumstàncies sanitàries que incideixen sobre la població.

I, això no obstant, inicialment sembla contradir aquesta sensació de dispersió el fet que en aquestes matèries s'hagi fet ús sovint de la tècnica programatòria. Efectivament, s'han aprovat nombrosos plans o programes sobre aspectes puntuals en aquest àmbit de la promoció i l'educació sanitàries i de prevenció de la salut; però, contràriament, entenem que aquests dos elements configuradors de l'acció de la Generalitat en aquest sector van units: proliferació excessiva de plans sanitaris i dispersió d'actuacions. La conseqüència final és la necessitat ineludible de procedir a una coordinació o harmonització de totes aquestes intervencions amb vista a l'eficàcia de la política sanitària. Perquè, efectivament, fins al moment s'ha notat l'absència d'una veritable actuació global integradora en aquesta matèria que permeti definir amb limitacions clares l'existència real d'una política de salut en els aspectes de promoció i educació i

preventius. Encara immediatament cal preguntar-se si des de la perspectiva tècnico-sanitària és possible la formulació d'una tal política sanitària global, amb la qual cosa, si hi ha resposta negativa, l'omissió d'aquesta hauria estat obligada.

No obstant això, l'excepció a aquesta sensació de conjunturalitat i dispersió s'ha produït en una matèria concreta: la relativa a la lluita contra les drogodependències. A aquest respecte, el Parlament català va aprovar la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de Prevenció i Assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. Aquesta Llei respon a la necessitat de lluitar contra els efectes nocius que les drogodependències produeixen tant sobre la salut individual com sobre el benestar col·lectiu. I, sobre això, presta una atenció de manera global a les vessants preventiva i assistencial, tant en relació amb les diferents substàncies com respecte a les mesures que cal prendre. La labor preventiva és d'una importància essencial en matèria de dependències, i la Llei és plenament conscient d'això. Presta una atenció especial a les mesures dirigides als nens i joves, i regula amb profusió les mesures limitatives tendents a reduir la promoció, la venda i el consum dels productes que generen dependència als nivells exigits per la preservació de la salut i el benestar col·lectiu. Des de la perspectiva dels nivells d'actuació, aquesta norma estableix les bases per a la planificació, l'ordenació i la coordinació de tots els serveis, i impulsa l'assistència a nivell primari, i fixa una sistemàtica assistencial que enllaça el procés sanitari amb el de serveis socials, d'on han sorgit posteriorment les accions sòcio-sanitàries en matèria de drogodependències, les quals s'han inserit en el I Pla Quadriennal d'Actuació Social (1988-1991) aprovat pel Consell Executiu. En definitiva, aquesta Llei, responent al mandat que l'article 43.2 de la Constitució adreça als poders públics, es planteja com a grans objectius la preservació i la millora de la salut pública i la consecució del benestar social. La concepció global o integral de la política sanitària de lluita contra les drogodependències es posa clarament de manifest en la definició que l'art. 2 de la mateixa Llei fa de l'àmbit d'aplicació: «les accions de promoció, accés, informació, educació sanitària, atenció, assistència, rehabilitació i reinserció en matèria de substàncies que poden generar dependència».

Per assegurar l'encert en el resultat de l'activitat pública en els aspectes que considerem, s'ha disposat mitjançant diverses normes la creació de comitès d'experts, als quals s'encomana una funció assessora, que consisteix a elevar propostes als òrgans competents sobre mesures a adoptar a partir de l'estudi dels problemes que es tracta d'afrontar.

Han proliferat igualment, com és propi d'aquest subsector sanitari, les campanyes d'informació, promoció i educació de la salut, adreçades principalment a l'àmbit escolar.

Finalment, cal destacar la previsió d'actuacions integrals sòcio-sanitàries en matèria de prevenció de la subnormalitat, i, segons ha quedat citat, de drogodependències, les quals han quedat immerses posteriorment en el si del I Pla d'Actuació Social de la Generalitat, vigent per als anys 1988-1991.

I per deixar constància inequívoca de l'àmplia extensió de la matèria de promoció i educació de la salut i sanitat preventiva, donem un llistat sumari dels àmbits que s'hi poden considerar englobats, i sobre els quals la Generalitat ha projectat algun tipus d'actuació:

- Publicitat mèdico-sanitària.
- Educació sanitària comunitària.

- Salut infantil i escolar.
- Protecció materno-infantil.
- Salut buco-dental.
- Estudi, vigilància i anàlisis epidemiològics.
- Vacunacions.
- Malalties infeccioses.
- Prevenció de la subnormalitat.
- Drogodependències.

3. Assistència sanitària

a) Atenció primària de la salut

D'acord amb les modernes concepcions de la sanitat, la Generalitat ha concedit una gran importància a la reforma d'aquest nivell primari d'assistència sanitària, i ha intentat superar així el protagonisme tradicional de l'hospital, que va arribar a monopolitzar la resposta sanitària als problemes de salut, fenomen conegut com «hospitalocentrisme». A partir del desenvolupament de l'atenció sanitària primària s'intenta igualment descongestionar l'hospital, de manera que aquest segon nivell d'assistència serveixi veritablement per prestar una sanitat especialitzada i d'alta tecnologia.

La reforma de l'atenció primària de la salut a Catalunya s'introdueix amb el Decret 84/1985, de 21 de març; les grans línies de concepció del model d'aquest nivell d'assistència sanitària coincideixen amb les dissenyades en l'àmbit estatal pel Reial Decret 137/11984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut. La norma catalana ordena el territori de la comunitat autònoma en «àrees bàsiques de salut», on es desenvolupen les activitats pròpies d'una sanitat integral a través del treball en equip amb caràcter multidisciplinar —equips d'atenció primària—, que es porta a terme físicament en els centres d'atenció primària. Es preveu, així mateix, la coordinació entre els diferents nivells assistencials, el primari i l'hospitalari.

La implantació progressiva del nou model d'atenció primària de la salut ha trobat dificultats en la incorporació als equips d'atenció primària per part del personal mèdic del sistema anterior, sobre la base de diferències de retribució econòmica i de dedicació laboral. Davant el lent avanç en la consolidació de la reforma, des de la Generalitat es va intentar donar-hi un impuls significatiu i decidit mitjançant el Programa d'Implantació de la Reforma de l'Atenció Primària, aprovat per Ordre del 19 d'octubre de 1987.

Una de les especialitats de la reforma catalana de l'atenció primària de la salut en relació amb el model estatal consisteix en la previsió d'una estructura territorial intermèdia entre la regió sanitària i les àrees bàsiques de salut, que és l'anomenat «sector sanitari», que va ser creat per Decret 78/1990, de 20 de març.

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya ha donat rang legal a totes les normes configuradores del nou sistema d'assistència sanitària primària, i ha recollit totes les previsions. Així s'estableix una estructura territorial escalonada en regions sanitàries «que es corresponen amb les àrees de salut previstes per la Llei estatal General de Sanitat», sectors sanitaris, que compten amb una estructura desconcentrada de direcció, gestió i participació comunitària, i en l'àmbit de les quals es desenvolupen i coordinen les activitats de prevenció de la malaltia, promoció de la salut i salut pública, assistència sanitària i sòcio-sanitària en el nivell d'atenció primària, i les

especialitats mèdiques de suport i referència d'aquesta, i així mateix, cada sector sanitari disposa d'un hospital de referència entre els integrats en la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (art. 33). I, per últim, l'Àrea Bàsica de Salut, definida com la unitat territorial elemental on es presta l'atenció primària de salut d'accés directe de la població, que constitueix l'eix vertebrador del sistema sanitari en l'àmbit de la qual desenvolupa les seves activitats la sanitat integral, en el marc d'una estructura física i funcional denominada centre d'atenció primària, l'equip d'atenció primària (art. 41).

Es preveu també per la Llei que la Regió Sanitària, mitjançant l'estructura de direcció i gestió pròpia del sector sanitari, coordinarà els recursos sanitaris, hospitalaris i extrahospitalaris, i sòcio-sanitaris públics i cobertura pública, situats en l'àmbit territorial específic del sector sanitari (art. 33.3). No obstant això, aquestes genèriques previsions de coordinació de l'atenció sanitària primària amb altres nivells assistencials, assenyaladament amb l'hospitalari, es pot dubtar de la plena eficàcia fins al moment, atesa l'absència d'una planificació sanitària global que pugui tenir en compte els diferents subsectors en la matèria de tutela de la salut, i els diversos nivells d'atenció sanitària. Aquesta coordinació millorarà previsiblement amb la posada en marxa del futur pla de salut de Catalunya, segons que estableix la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya.

b) Assistència hospitalària

Les actuacions de la Generalitat en aquest nivell d'assistència sanitària han estat condicionades de manera decisiva per l'estructura peculiar del sector hospitalari en territori català, en el qual només el 34 per cent dels llits pertany a centres públics. La rellevància del sector hospitalari privat en la nostra comunitat autònoma ha significat la necessitat per a la Generalitat d'establir una acció concertada amb centres de titularitat no pública, per poder assegurar així l'atenció assistencial als ciutadans de Catalunya en aquest nivell de tutela de la salut. D'aquí, doncs, la gran importància que s'ha atorgat a l'acció concertada amb centres hospitalaris privats.

La decisió fonamental en aquesta matèria ha estat la constitució de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. Ja els treballs de desplegament del mapa sanitari de Catalunya del 1983 contenien propostes d'actuació per fer òptims els recursos hospitalaris mitjançant l'ordenació de l'esmentada Xarxa, la qual inclouria els hospitals públics i els concertats. La creació es va disposar per Decret 202/1985, de 25 de juliol, desenvolupat alhora per l'Ordre de 23 d'abril de 1986, d'establiment de nivell dels centres inclosos en la Xarxa, i per l'Ordre de 25 d'abril de 1986, sobre assistència sanitària concertada. Abans s'havien dictat normes d'acreditació, amb la finalitat d'assegurar la qualitat assistencial dels centres concertats (Ordre de 25 d'abril de 1983), i aquesta acreditació es va configurar com un requisit imprescindible per poder ser vinculat amb l'Institut Català de la Salut mitjançant concert. En definitiva, de totes aquestes normes es desprèn que per integrar-se a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública es requereix estar autoritzat, acreditat i concertat, i, a més, complir una sèrie d'obligacions. La pertinença a la Xarxa significa sotmetre's a la planificació del Departament de Sanitat i Seguretat Social, l'assignació d'un nivell i assolir els objectius assistencials i d'activitat fixats per a cada centre.

La consolidació legal d'aquest model hospitalari s'ha produït amb la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, l'art. 43.1 de la qual la configura amb el tenor literal següent: «Als efectes d'assolir una òptima ordenació hospitalària, que permeti l'ho-

mogeneïtzació adequada de les prestacions i la utilització concreta dels recursos humans i materials respecte a aquest nivell d'assistència, els centres i establiments hospitalaris integrats en el Servei Català de la Salut, i també aquells altres que satisfacin regularment necessitats del sistema sanitari públic de Catalunya mitjançant els convenis corresponents, constitueixen la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública com a instrument dirigit a la prestació de l'assistència sanitària pública a aquells pacients que requereixen atenció hospitalària aguda».

També l'instrument programatori ha tingut protagonisme en el sector d'atenció hospitalària: així, el Consell Executiu va aprovar el 1986 el Pla de Reordenació hospitalària, que presentava com a objectiu superar els desequilibris tecnològics, econòmics i territorials en la distribució dels llits de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, i pretenia una reestructuració del sector hospitalari d'utilització pública. Cal suposar que aquesta planificació hospitalària s'integrarà en el futur en el Pla de Salut que, com a instrument programatori integral, aprovi el Consell Executiu en compliment del mandat que li adreça la nova Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya.

Atesa la ja esmentada estructura hospitalària mixta de Catalunya —convivència del sector públic i del sector privat—, a més de la constitució de la Xarxa Hospitalària esmentada, la Generalitat s'ha hagut de servir d'una diversitat de fórmules organitzatives per assegurar les demandes d'atenció a la salut dels ciutadans en el nivell hospitalari. Entre aquestes fórmules destaca, amb l'objectiu d'un aprofitament i racionalització més grans dels recursos disponibles en determinats àmbits territorials, la constitució de consorcis hospitalaris, en els quals participen tant entitats públiques com privades en la institució de la nova personalitat jurídica encarregada de la gestió dels hospitals de la zona.

Finalment, la Generalitat ha regulat, respecte als centres hospitalaris de la Seguretat Social a Catalunya, l'estructura orgànica i els sistemes de selecció i promoció del personal facultatiu, el règim de dedicació i d'incompatibilitats, i el sistema retributiu.

4. Intervenció administrativa sobre centres, serveis i establiments sanitaris privats

En aquesta matèria entren en joc diversos principis; d'una banda, la llibertat d'empresa en el sector sanitari, i el lliure exercici de les professions sanitàries —arts. 35 i 38 de la Constitució, i 88 i 89 de la Llei General de Sanitat—; d'altra banda, el reconeixement constitucional del dret a la protecció de la salut, i el mandat adreçat des de la norma fonamental als poders públics per organitzar el sistema sanitari, amb la finalitat de garantir l'efectivitat d'aquest dret —art. 43 de la Constitució. Aquest precepte constitucional legitima la intervenció administrativa sobre el sector sanitari privat, que s'articula, principalment, a través de les tècniques d'autorització i registre, i sotmetiment al control i inspecció de l'Administració.

A aquest respecte, la Generalitat ha dictat una diversitat de normes, les quals contemplin totes aquestes tècniques d'intervenció administrativa, en funció de la tipologia dels centres que hi estan sotmesos.

En relació amb els centres, serveis i establiments sanitaris assistencials civils, públics o privats, situats a Catalunya, el Decret 183/1981, de 2 de juliol, n'estableix el sotmetiment al control i la inspecció de l'Administració autonòmica. Per la seva banda, el Decret 118/1982, de 6 de maig, i l'Ordre de 24 de gener de 1983, n'han establert l'autorització administrativa, i s'ha regulat amb caràcter específic per altres

normes l'autorització administrativa relativa a determinades classes de centres per les seves característiques especials. I l'Ordre de 9 d'agost de 1989 estableix el registre de centres, serveis i establiments sanitaris.

Pel que fa a les oficines de farmàcia, l'autorització, la inspecció i el control administratius d'aquestes i de llurs titulars, es regulen mitjançant el Decret 126/1981, de 28 de maig, i l'Ordre de 28 de juliol de 1979. I el Decret 86/1983, de 3 de març, estableix limitacions pel que fa a la distància que les oficines de farmàcia han de guardar en relació amb els centres d'atenció primària.

I, finalment, el control i registre de les entitats d'assegurança lliure metge-farmacèutic, s'estableix pel Decret 524/1982, de 28 de desembre, desenvolupat per les ordres de 8 de febrer de 1983 i de 29 d'abril de 1985. Alhora, l'Ordre de 15 de juliol de 1983 va crear la comissió assessora d'entitats d'assegurança lliure metge-farmacèutic.

5. Drets i deures dels usuaris dels serveis sanitaris. Informació sanitària.

L'art. 10 de la Llei General de Sanitat estableix un catàleg de drets dels usuaris dels serveis sanitaris respecte a les diferents administracions públiques sanitàries. Aquesta norma estatal té caràcter bàsic, per la qual cosa és vinculant per a totes les comunitats autònomes, que, en virtut de llurs competències sanitàries podrien establir nous drets, i respectar el mínim estatal contingut en l'esmentat precepte.

A aquest respecte, la regulació de la Generalitat de Catalunya ha estat escassa. S'ha limitat, en primer lloc, a establir com a requisit per a l'acreditació dels centres sanitaris, l'obligació per part d'aquests de respectar els drets dels usuaris (Ordre de 25 d'abril de 1983). Per altra banda, l'Ordre de 10 de novembre de 1986, regula el dret a l'assistència religiosa en els hospitals. I l'Ordre de 7 de novembre de 1986 estableix el dret del pacient a rebre l'informe d'alta per escrit —vegeu, en aquest sentit, l'apartat 11 de l'art. 10 de la Llei General de Sanitat. L'informe d'alta apareix configurat no solament com un dret del pacient, sinó també com un instrument d'avaluació de l'activitat assistencial. En aquesta última vessant informativa serveix com a suport de la planificació i gestió sanitàries.

En relació amb els instruments d'informació sanitària, que significa el suport logístic de la planificació sanitària, la Generalitat ha establert els butlletins d'estadístiques de defunció, els registres de malalts, i, sobretot, la targeta sanitària individual, regulada pel Decret 90/1990, de 3 d'abril.

VI. L'actuació de la Generalitat en les seves competències en matèria de serveis socials²

1. Aspectes organitzatius: estructuració del sistema de serveis socials

La Llei catalana 26/1985, de 27 de desembre, estableix la instauració d'un sistema de serveis socials de responsabilitat pública en l'àmbit territorial de Catalunya. Anàlitzem en aquest apartat quines han estat les diferents actuacions de la Generalitat pel que fa a la vertebració d'aquella previsió legal.

2. Per a la redacció d'aquest apartat hem seguit l'obra col·lectiva esmentada *Desplegament autonòmic en matèria de Sanitat i Seguretat Social, Treball i Benestar Social*, que es publicarà ben aviat.

Anteriorment a aquesta norma legal, la Llei autonòmica 12/1983, de 14 de juliol, d'Administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis socials de Catalunya va regular l'aparell organitzatiu necessari per a l'execució dels serveis transferits a la Generalitat en matèria de sanitat i d'assistència i serveis socials, i ha disposat per a la gestió de les prestacions i els serveis corresponents a la matèria d'assistència i serveis socials, la creació, sota la direcció, vigilància i tutela del Departament de Sanitat i Seguretat Social, de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), amb naturalesa d'entitat gestora de la Seguretat Social. Així mateix, va regular les competències i les funcions respectives del Consell Executiu i del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat. En suma, aquesta Llei va intentar configurar un model d'Administració social integrada, i va establir en l'àmbit del mateix Departament —el de Sanitat i Seguretat Social— la responsabilitat de la gestió dels serveis sanitaris —a càrrec de l'Institut Català de la Salut— i dels serveis socials —per compte de l'ICASS.

Aquest model inicial integrat de serveis sanitaris/serveis socials es va desfigurar amb la creació del Departament de Benestar Social mitjançant el Decret 141/1988, de 4 de juliol. Aquest nou Departament ha assumit totes les competències de la Generalitat en matèria de serveis socials i assistència social, la qual cosa ha significat la necessària revisió del sistema establert en la Llei 12/1983, norma aquesta modificada per la Llei 10/1988, de 27 de juliol, a partir de la qual es va iniciar el procés de traspàs de competències des del Departament de Sanitat i Seguretat Social al nou Departament de Benestar Social, en canviar-se igualment l'adscripció de l'ICASS, que ara se situa sota la tutela de la nova Conselleria.

Cal preguntar-se sobre les conseqüències d'ordre positiu i negatiu que s'han derivat de la creació del Departament de Benestar Social. D'una banda, això ha significat l'atorgament d'una substantivitat política més gran al sector de benestar social. Cal recordar que, amb anterioritat, el nucli fonamental de les competències en aquesta matèria corresponia al Departament de Sanitat i Seguretat Social, en ésser aquesta una conselleria on el pes del sector sanitari —per raons de quantificació pressupostària i de transcendència social, atesa la demanda ciutadana creixent dels serveis d'atenció a la salut— absorbia i enfosquia el sector de serveis socials. Per tant, la creació del nou Departament ha de tenir conseqüències positives en relació amb l'increment de substantivitat política, i, potser també, de transcendència pressupostària, en l'actuació de la Generalitat en el sector de benestar social.

Un altre aspecte positiu que cal destacar, derivat de la creació del Departament de Benestar Social, es refereix al fet que s'ha produït una concentració més gran de les competències relatives a aquest sector. Si bé abans de l'aparició de la nova Conselleria, el nucli més important d'aquestes competències es trobava dins d'un únic Departament —l'esmentat, de Sanitat i Seguretat Social—, no obstant això, algunes altres competències amb clara significació en matèria de benestar social —com, per exemple, les relatives a habitatge social— estaven atribuïdes a altres departaments —l'esmentada com a exemple, al Departament de Política Territorial i Obres Públiques. En l'actualitat, la nova Conselleria ha absorbit totes les competències relacionades amb el benestar social dels ciutadans, és a dir, les corresponents als serveis socials en sentit ampli, la qual cosa haurà de permetre indubtablement que la Generalitat porti a terme una política de benestar social més coordinada.

Però també hem esmentat, com a conseqüència desfavorable derivada de l'aparició

del nou Departament, la inicial desintegració entre els serveis sanitaris i els serveis socials, que pot obstaculitzar la formulació i l'execució per la Generalitat d'una política social integrada, la qual ja es va iniciar des del Departament de Sanitat i Seguretat Social amb el disseny d'un programa d'actuacions integrades sòcio-sanitàries, posteriorment incorporat al I Pla d'Actuació Social de la Generalitat, aprovat pel Consell Executiu per al quadrienni 1988-1991. Aquesta inicial desintegració entre els serveis sanitaris i els serveis socials a nivell departamental s'ha intentat pal·liar-la mitjançant mesures institucionals-organitzatives, com ha estat la creació per Decret 202/1989, de 17 de juliol, de la Comissió de coordinació de programes i actuacions sòcio-sanitàries del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Departament de Benestar Social.

Una altra nota organitzativa que cal destacar en relació amb la vertebració del sistema de serveis socials a Catalunya és la nombrosa previsió normativa de relacions interadministratives entre la Generalitat i els ens locals a efectes de coordinació i cooperació en matèria de benestar social. Efectivament, el nostre ordenament autonòmic atorga un cert protagonisme als ens territorials en aquest sector: així, la Llei de Serveis Socials regula les competències respectives de les comarques (art. 10) i dels municipis (art. 11). Per altra banda, la mateixa Llei estableix la possibilitat de la col·laboració entre la Generalitat i les Administracions locals, quan disposa en l'art. 19 que la Generalitat ha d'establir gradualment concerts i convenis de cooperació o col·laboració amb els ens locals, i la possibilitat d'atorgar a aquelles administracions territorials subvencions a fons perdut mitjançant convocatòria pública.

Les principals previsions normatives de mecanismes o tècniques de relació interadministrativa Generalitat/ens locals són contingudes a l'Ordre de 17 de maig de 1989, que regula amb caràcter transitori l'atenció primària de serveis socials d'àmbit comarcal mitjançant cooperació interadministrativa entre l'ICASS i els consells comarcals, i en el Decret 220/1989, de 28 d'agost, regulador de la delegació de determinades competències de l'Administració de la Generalitat a les comarques en matèria de serveis socials, norma que significa un desenvolupament tant de la Llei de Serveis Socials com de les Lleis 6/1987, de 4 d'abril, sobre l'organització comarcal de Catalunya, i 8/1987, de 15 d'abril, Municipal i de Règim Local de Catalunya. En el mateix sentit, significa una execució del principi de descentralització en la gestió dels serveis socials, principi que es troba formulat en l'art. 3-e) de la Llei de Serveis Socials, i en el I Pla d'Actuació Social de Catalunya 1988-1991, aprovat pel Consell Executiu de la Generalitat el 29 de gener de 1988. Finalment, altres normes estableixen la constitució d'òrgans sectorials de coordinació i cooperació en diferents matèries relatives a benestar social, amb presència en aquests de representants de les Administracions locals. Com a exemple es poden citar el consell assessor i coordinador de protecció de menors de Catalunya, establert a l'art. 22 de la Llei 11/1985, de 13 de juny, de Protecció de Menors, i regulat per Decret 380/1985, de 27 de desembre; i la Comissió de Coordinació i de lluita contra les dependències de drogues, constituïda pel Decret 160/1986, de 26 de maig, a partir de les previsions contingudes en l'art. 40 de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència.

Pel que fa a l'articulació operativa del sistema de serveis socials s'estableix l'estructuració d'una xarxa de serveis socials. Sobre això, l'art. 15 del Decret 27/1987, de 29 de gener, d'Ordenació dels Serveis Socials de Catalunya, estableix l'estructuració

pel Departament competent d'una Xarxa Bàsica d'Utilització Pública de Serveis d'Atenció Primària i Especialitzada, sobre la base dels plans d'actuació social. Per la seva banda, el Decret 89/1988, d'11 de febrer, regulador de la promoció, el finançament i les prestacions econòmiques dels serveis socials, es refereix a la vertebració de la Xarxa Bàsica d'Utilització Pública. A aquest efecte, els mitjans a utilitzar són la coordinació entre els serveis socials locals i els de l'ICASS, i la concertació amb la iniciativa pública i privada. I en l'art. 3 s'estableix la coordinació del Departament competent i l'ICASS pel que fa als serveis i els establiments públics que configuren la Xarxa Bàsica d'Utilització Pública, mitjançant la integració funcional dels recursos homòlegs, sens perjudici de mantenir la respectiva titularitat de la gestió. I en relació amb la coordinació del Departament de Benestar Social i l'ICASS pel que fa a la iniciativa privada, s'estableix l'orientació de la tasca assistencial per completar l'esmentada Xarxa, mitjançant subvencions i concerts, i el compliment dels requisits i les condicions establerts. També l'Ordre de 29 de febrer de 1988, per la qual es regulaven els programes subvencionats de serveis socials gestionats pel Departament competent i l'ICASS, es refereix a l'estructuració progressiva d'una xarxa de serveis socials d'atenció primària amb cobertura per a tot Catalunya. I, finalment, el I Pla d'Actuació Social 1988-1991 conté una previsió respecte a la progressiva implantació de la Xarxa de Serveis Socials d'Utilització Pública, en l'àmbit de les accions per a la millora de l'eficàcia de la gestió dels serveis socials, i constituir aquesta un objectiu prioritari.

Com es pot observar, la previsió de la configuració progressiva d'una xarxa de serveis socials d'utilització pública es fa a partir de la consideració dels recursos públics i també de la iniciativa privada, a la qual es reconeix un protagonisme alt en el sector del benestar social. A aquest respecte, s'estableix la integració i l'orientació de l'activitat privada cap al sistema públic de serveis socials mitjançant la política de subvencions i de concertació, a la qual es refereixen nombroses normes, dada aquesta que manifesta la importància atorgada per la Generalitat a la participació privada en la política de benestar social. Així es constata en l'art. 3.b) de la Llei catalana de Serveis Socials, precepte que formula el principi de reconeixement i promoció de la iniciativa social en aquests termes: «La iniciativa privada sense finalitat de lucre té autonomia operativa, d'acord amb el que estableix aquesta Llei, els principis ordinadors i els objectius de la planificació que estableixi el Govern de la Generalitat. La participació ha de ser especialment promoguda i impulsada, i s'ha d'integrar en els plans d'actuació social».

Com a últim principi organitzatiu relatiu a l'estructuració del sistema de serveis socials de Catalunya, cal fer referència al principi de participació el qual, segons el preàmbul de la Llei de Serveis Socials s'ha d'articular a nivell de centre o establiment, a nivell local, i a nivell general, i constitueix un criteri bàsic de la concepció política de benestar social continguda en la Llei. Aquest principi es formula específicament en l'art. 8 f), en disposar que «els poders públics han de promoure la participació democràtica dels ciutadans en la programació i el control dels serveis socials. En el cas que en sectors determinats hi hagi entitats representatives d'aquests, han de ser tingudes en compte amb la finalitat de promoure aquella participació». Per la seva banda, el I Pla d'Actuació Social conté un programa específic dedicat a la participació, programa dirigit a l'aprofundiment en la participació democràtica dels ciutadans en la programació i el control dels serveis socials.

L'articulació del principi de participació en el sector de benestar social s'ha con-

cretat, en els diferents àmbits i nivells, mitjançant tècniques òrganiques. Així, a nivell general, s'ha constituït el Consell General de Serveis Socials, segons previsió de l'art. 14 de la Llei de Serveis Socials, com a òrgan de participació i consulta, adscrit al Departament de Benestar Social. En el nivell local, l'art. 15 de l'esmentada Llei permet que les entitats locals disposin de la creació en el seu àmbit de consells de serveis socials de caràcter representatiu, per contribuir a suscitar la participació de la població en la definició de les necessitats socials i elevar propostes als òrgans locals competents mitjançant entitats representatives existents en el mateix àmbit local. I a la participació en l'àmbit de serveis, establiments i centres, l'art. 16 de la Llei de Serveis Socials imposa que en totes les entitats, serveis i establiments de serveis socials de caràcter públic, i en els privats que rebin o sol·licitin finançament públic, funcionin mecanismes de participació democràtica dels usuaris o dels seus representants legals, d'acord amb el que es determini per reglament, el qual va ser aprovat per Decret 48/1988, d'11 de febrer, de regulació de la participació en els establiments de serveis socials. Per últim, l'art. 14.3. de la Llei permet la creació per reglament de consells de caràcter sectorial, en connexió amb el Consell General; a aquest respecte, el I Pla d'Actuació Social estableix la constitució i la posada en funcionament dels consells sectorials de la vellesa, disminuïts, infància i adolescència, i d'atenció primària. Altres òrgans de participació creats són la Comissió Assessora del Programa Català de Lluita contra la Pobresa, constituïda per acord del Consell General de Serveis Socials, de 23 de juny de 1987, publicat mitjançant Ordre de 23 de juny de 1987; i la Comissió Assessora del Comitè Directiu del Programa sectorial d'estimulació precoç, instituída per Ordre de 23 de juny de 1988. Totes aquestes previsions signifiquen, doncs, un desenvolupament de la Generalitat del principi constitucional de participació.

2. L'acció substantiva de la Generalitat en matèria de serveis socials

Les actuacions de la Generalitat en els diferents aspectes que integren aquest sector han estat condicionades des del marc normatiu fonamental configurador de la política de benestar social, compost per la Llei de Serveis Socials, el Decret d'ordenació dels Serveis Socials, i les normes de desenvolupament; i, per altra banda, també es disposa des del gener de 1988 d'un instrument planificador fonamental, el I Pla d'Actuació Social de Catalunya 1988-1991, que constitueix el document de programació de l'acció de la Generalitat a partir de les necessitats i els recursos existents en el sector de benestar social en la nostra comunitat autònoma. Aquest Pla dissenya la sectorització tendencial de les actuacions de benestar social de la Generalitat per un període de quatre anys, i permet les adaptacions anuals pertinents.

En relació amb el contingut de prestacions dels serveis socials, les previsions normatives es caracteritzen per la gran varietat d'aquestes: serveis socials en sentit estricte, serveis sòcio-sanitaris, prestacions econòmiques, d'habitatge i d'ensenyament.

Segons l'art. 2 de la Llei de Serveis Socials, aquests, entesos en el sentit estricte, comprenen el conjunt d'activitats organitzades que, mitjançant la intervenció de personal preparat i amb el suport d'equipaments i recursos adequats, s'orienten a promoure els mitjans per prevenir la marginació, i també a promoure la prestació de suport personal, d'informació, d'atenció i d'ajuda a tots els ciutadans i col·lectius,

especialment aquelles persones o aquelles famílies que, per raó de dificultats de desenvolupament i d'integració en la societat, de manca d'autonomia personal, de disminucions físiques, psíquiques o sensorials, de problemes familiars o de marginació social, són creditors de l'esforç col·lectiu i solidari. Per la seva banda, l'art. 4 de la mateixa Llei estructura els serveis socials en dos nivells d'atenció: els serveis socials d'atenció primària, i els serveis socials especialitzats. Aquests preceptes legals són desenvolupats per l'art. 3 del Decret 27/1987, de 29 de gener, d'Ordenació dels Serveis Socials de Catalunya. D'altra banda, el I Pla d'Actuació Social estableix un programa de Serveis Socials d'Atenció Primària.

L'atenció sòcio-sanitària es defineix en el preàmbul del Decret 202/1989, de 17 de juliol, de creació de la Comissió de coordinació de programes i actuacions sòcio-sanitàries del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Departament de Benestar Social, com «aquella en la qual es presten de manera integrada atencions pròpies dels serveis socials i de l'assistència sanitària a determinats sectors de població necessitats d'una assistència global». Diverses normes i programes del I Pla d'Actuació Social estableixen actuacions d'aquest tipus.

L'art. 2.2 de la Llei de Serveis Socials permet que, d'acord amb la programació que resulta de la planificació social, es concedeixin prestacions econòmiques, periòdiques o ocasionals. D'acord amb el desenvolupament d'aquesta previsió legal, el Decret 39/1988, d'11 de febrer, regulador de la promoció, el finançament i les prestacions econòmiques dels serveis socials, fixa les bases reglamentàries de les prestacions econòmiques assistencials que ha de presentar el Departament competent de tal manera que es garanteixin l'objectivitat en la concessió i la flexibilitat de la cobertura per així poder atendre situacions canviants. Per la seva banda, el I Pla d'Actuació Social estableix un programa específic relatiu a prestacions econòmiques individuals.

En relació amb les prestacions de servei social d'habitatge, el Departament de Benestar Social ha assumit les competències d'adjudicació d'habitatges de promoció pública, segons que disposa el Decret 275/1988, de 12 de setembre. El règim substantiu d'aquest servei social es troba regulat actualment en el Decret 378/1988, de 14 de novembre, que modifica el Decret 216/1986, de 26 de maig, sobre programació i adjudicació d'habitatges de promoció pública.

Per últim, el servei social de formació permanent d'adults es regula pel Decret 361/1983, de 4 d'agost, i s'ha atribuït la competència al Departament de Benestar Social en virtut del Decret 186/1988, d'1 d'agost.

Com a conclusió, davant la varietat del contingut prestacional dels serveis socials, es pot dir que la Generalitat ha tingut en compte les necessitats complexes dels sectors socials menys afavorits, que són de tipus diversos. Les esmentades previsions normatives de prestacions de serveis socials condicionen l'abast de la política de benestar social de la Generalitat, atès que amb aquells serveis i prestacions s'ha de desenvolupar des dels poders públics la lluita per aconseguir una plena integració en la societat dels sectors o col·lectius amb més gran risc de marginació i, en definitiva, fer realitat així la igualtat a què es refereixen els arts. 9.2 i 14 de la Constitució.

Des de la perspectiva dels col·lectius socials beneficiaris del desenvolupament per la Generalitat de les seves competències en matèria de benestar social, també ha estat ampli l'objecte de l'actuació de la Generalitat, la política de serveis socials de la qual ha intentat assegurar que cap grup social amb risc de marginació no resti sense cobertura d'atenció social, i procurar la seva integració en la societat. El marc general de

referència en aquesta qüestió es troba en l'art. 5.2 de la Llei de Serveis Socials, precepte que dissenya les àrees d'actuació dels serveis socials amb caràcters molt extensos.

Entre aquests col·lectius socials d'atenció prioritària hi ha els menors. El marc general d'actuació respecte a aquest grup social es va establir per la Llei catalana 11/1985, de 13 de juny, de Protecció de Menors. I en desenvolupament d'aquesta es va dictar el Decret 338/1986, de 18 de novembre, de regulació de l'atenció a la infantesa i adolescència amb alt risc social. Per la seva banda, el Pla d'Actuació Social estableix un programa específic dedicat a accions d'atenció a la infantesa i adolescència.

Les persones disminuïdes també han estat objecte d'atenció de serveis socials per part de la Generalitat. A partir de la Llei estatal d'Integració Social de Minusvàlids, la normativa autonòmica principal adreçada a aquest col·lectiu està constituïda pel Decret 100/1984, de 10 d'abril, sobre supressió de barreres arquitectòniques, i el Decret 279/1987, de 27 d'agost, de Centres Ocupacionals per a Disminuïts. Alhora, el I Pla d'Actuació Social conté un programa específic d'Atenció a Persones Disminuïdes, i un altre relatiu a actuacions sòcio-sanitàries, en el qual s'ha integrat el Programa Sectorial d'Estimulació Precoç, creat per Ordre de 29 de juliol de 1985.

Pel que fa a les accions de serveis socials establertes en favor de la tercera edat, cal destacar el programa específic establert en el I Pla d'Actuació Social i, com a programa sòcio-sanitari, el creat per Ordre de 29 de maig de 1986, anomenat Vida als Anys, d'atenció sòcio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia, el qual fou reestructurat posteriorment per Ordre de 6 d'abril de 1988. L'esmentat instrument planificador conté, a aquest respecte, un programa específic dedicat a les actuacions sòcio-sanitàries.

L'esmentat reiteradament I Pla d'Actuació Social té en compte també l'atenció de les persones sense recursos econòmics, quan estableix un subprograma de lluita contra la pobresa i la marginació dins del programa dedicat als serveis socials d'atenció primària. Igualment, en el programa relatiu a la participació en els programes de política social de les comunitats europees, es fa referència als programes europeus de lluita contra la pobresa.

Finalment, altres grups socials objecte d'actuació de benestar social per part de la Generalitat han estat els afectats per dependències de drogues, respecte als quals s'ha previst accions de caràcter sòcio-sanitari, a partir del marc general ofert per la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència; els malalts de SIDA i de les infeccions provocades pel VIH també han estat objecte de programes sòcio-sanitaris; i les persones afectades de malalties en general, a les quals s'adrecen previsions de prestacions econòmiques assistencials bàsiques de malaltia, amb caràcter periòdic.

En conclusió, aquest àmbit tan extens de col·lectius socials beneficiaris de l'acció de benestar social de la Generalitat pot significar greus dificultats perquè els poders públics portin amb eficàcia la política de serveis socials a tots aquells grups socials amb risc de marginació, amb la qual cosa es fa necessari procedir a una concentració d'esforços i coordinació de polítiques públiques, a la vegada que es doten de més cobertura pressupostària, i, així mateix, el suport en la iniciativa privada de caràcter social. A Catalunya, la creació del Departament de Benestar Social sembla una resposta organitzativa per a la superació d'aquestes dificultats.

