

# SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES EN CATALUÑA: LAS COMPETENCIAS AUTONÓMICAS Y SU EJERCICIO POR LA GENERALIDAD DE CATALUÑA\*

Andrés Navarro Munuera  
Departamento de Derecho Administrativo  
de la Universidad de Barcelona

## I. Las competencias de la Generalidad de Cataluña en materia de protección de la salud

Las referencias del bloque de constitucionalidad en relación al reparto de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas en este sector son las siguientes: la CE establece primeramente en su art. 148.1.20.º que las comunidades autónomas podrán asumir competencias en materia de Sanidad e Higiene, y, a continuación, reserva a la exclusiva competencia del Estado —art. 149.1.16.º— la Sanidad exterior, y las bases y la coordinación general de la sanidad (interior), así como también la legislación sobre productos farmacéuticos. En este marco dispuesto por la norma fundamental en el sector sanitario o de protección de la salud, el Estatuto de Autonomía de Cataluña (en adelante, EAC) asumió para la Generalidad las siguientes atribuciones: en materia de Higiene, la competencia exclusiva (art. 9.11), si bien, como expresamente indica el propio precepto, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 17 del EAC, donde se establece en el aptdo. 1.º que «corresponde a la Generalidad de Cataluña el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior». Asimismo, es de competencia de la Generalidad la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos (art. 17.3). La potestad autonómica de autoorganización de todos los servicios relacionados con dichas materias se contempla en el aptdo. 4.º del mismo artículo estatutario, precepto que reserva al Estado —sin que exista mención constitucional al respecto— «la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo». Por último, el aptdo. 5.º consagra para el sector sanitario y de seguridad social el principio de participación democrática de todos los interesados, así como de los Sindicatos de trabajadores y Asociaciones empresariales en los términos que la Ley establezca. Por otra parte, el art. 9.19 del EAC atribuye a la Generalidad la competencia exclusiva sobre «Ordenación farmacéutica, sin perjuicio de lo dispuesto en el número 16 del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución», precepto éste último que ya hemos citado, y que supone el límite constitucional para las competencias de la Generalidad en todo el sector de protección de la salud.

Como vemos la competencia autonómica sobre sanidad tiene como límite las bases estatales, entendidas éstas como el establecimiento por parte del Estado de los principios generales y comunes de ordenación del sector, en este caso, el sanitario. Cual sea el alcance de esta competencia estatal, si sólo abarca potestades normativas a estable-

---

\*Este trabajo es fruto de una colaboración con el profesor Joaquim Tornos, a quien agradezco su ayuda inestimable.

cer por ley formal, o si comprende también la posibilidad de hacer uso de la potestad reglamentaria de la Administración, e incluso la de dictar actos concretos en ejercicio de la competencia sobre las bases de la sanidad, es una cuestión que dista de aparecer como pacífica —al menos, doctrinalmente—, si bien el Tribunal Constitucional parece decantarse hacia una interpretación amplia del concepto de «bases de la Sanidad», expansionándose así la inicial comprensión de la competencia estatal como competencia legislativa de fijación de principios de ordenación de la materia, como establecimiento, en suma, del mínimo común denominador normativo vigente para el sector sanitario en todo el territorio del Estado, hasta llegar a cobijar también bajo el ejercicio de la competencia estatal sobre las bases de la sanidad, si bien sólo en determinados supuestos, disposiciones reglamentarias y actos concretos (STC 42/1983, FJ 5). Al mismo tiempo, el alto Tribunal ha reforzado el alcance de la competencia estatal en esta materia en garantía de las exigencias unitarias que se desprenden de la concepción de lo sanitario como un verdadero sistema, el sistema normativo de la sanidad, cuya existencia necesaria se derivaría del art. 149.1.1 de la CE en relación con los arts. 43, 45 y 51 —igualdad en las condiciones básicas de salud de todos los españoles—, y, asimismo, del art. 139.2 de la misma norma fundamental —libertad de circulación y establecimiento de las personas y libre circulación de bienes en todo el territorio español— (STC 32/1983, FJ 2). En definitiva, en lo que hace referencia al sector sanitario, el Tribunal Constitucional ha retenido como de competencia estatal aquellas decisiones en las que esté implicada la igualdad básica de los ciudadanos en las condiciones de salud, o que puedan tener incidencia negativa sobre la unidad del mercado nacional, así como —aunque con carácter más excepcional— cuando estén afectados intereses supracomunitarios. Todas estas reglas se erigen, pues, en parámetro de lo básico en materia sanitaria. (Vid. J. Pemán Gavín, *Derecho a la salud y Administración Sanitaria*, Bolonia, 1989, pág. 177.)

Es también de la exclusiva competencia estatal, según el art. 149.1.16 de la CE, la coordinación general de la sanidad. Respecto de esta atribución del Estado en materia sanitaria se ha pronunciado igualmente la jurisprudencia constitucional, señalando que se trata de una competencia complementaria de las bases, pero distinta de ella, y que presupone lógicamente, como objeto de la coordinación estatal, la existencia de competencias propias de las comunidades autónomas que «el Estado, al coordinarlas, debe obviamente respetar», sin que, por tanto, esta coordinación pueda producir un vaciamiento del contenido de las competencias autonómicas. En concreto, el Tribunal Constitucional ha definido la coordinación general sanitaria «... como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en el sistema sanitario» (STC 32/1983, FJ 2).

Como hemos mencionado, el art. 17.4 del EAC atribuye al Estado la función de alta inspección en el sector sanitario, sin que a la misma se refiera el art. 149.1.16 de la CE. También sobre esta competencia estatal se ha pronunciado el Tribunal Constitucional indicando que ella «constituye una competencia estatal de vigilancia pero no un control genérico o indeterminado que implique dependencia jerárquica de las Comunidades Autónomas respecto a la Administración del Estado, sino un instrumento de verificación o fiscalización que puede llevar en su caso a instar la actuación

de los controles constitucionales establecidos en relación con las Comunidades Autónomas, pero no a sustituirlos, convirtiendo a dicha alta inspección en un nuevo y autónomo mecanismo directo de control» (STC 32/1983, FJ 2). En coherencia con esta doctrina del Tribunal Constitucional —como no podía ser de otro modo— la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ha regulado en su art. 43 la función estatal de alta inspección.

Así pues, respetando las competencias sanitarias del Estado acabadas de describir, a la Generalidad de Cataluña corresponde el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de Sanidad, con cuyo ejercicio podrá llevar adelante sus propias opciones en el sector de protección de la salud dentro del marco básico estatal, actualmente definido en su contenido principal por determinadas disposiciones de la Ley General de Sanidad (véase el art. 2.1 de esta norma legal). Y, asimismo, y como competencia instrumental al servicio de aquellas posibles opciones propias sanitarias, la Generalidad podrá organizar y administrar dentro de su territorio todos los servicios relacionados con la sanidad, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y funciones en materia sanitaria (art. 17.4 del EAC).

Respecto a la materia «Higiene», el art. 9.11 del EAC otorga a la Generalidad la competencia exclusiva sobre la misma, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 17 del propio Estatuto, precepto ya referido en relación a las competencias sanitarias de nuestra Comunidad Autónoma. Pues bien, pese al calificativo de «exclusiva» de la competencia autonómica sobre higiene, una interpretación sistemática de los preceptos constitucionales y estatutarios implicados nos hace ver que en realidad nos hallamos ante una competencia de desarrollo legislativo y de ejecución, ya que en su ejercicio se tendrá como límite las bases estatales dictadas en la materia de sanidad, en cuyo ámbito también se integran los aspectos relativos a la higiene o salud pública como parte del sector sanitario o de protección de la salud. Y ya sabemos que sobre el mismo, el art. 149.1.16 de la CE reserva a la exclusiva competencia del Estado las bases y la coordinación general.

## II. Las competencias de la Generalidad de Cataluña en materia de productos farmacéuticos. La competencia de ordenación farmacéutica

Se refieren a estas competencias autonómicas el art. 9.19 del EAC, de un lado, que atribuye a la exclusiva competencia de la Generalidad la «ordenación farmacéutica, sin perjuicio de lo dispuesto en el número 16 del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución», y el art. 17.3 de la misma norma institucional básica de Cataluña, que otorga a la Generalidad «la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos».

En relación a esta última materia las atribuciones del Estado abarcan todas las potestades normativas —de «legislación sobre productos farmacéuticos» habla el art. 149.1.16 de la CE—, tanto las expresadas en forma de ley como las que desarrollen los contenidos de este tipo de norma a través de reglamentos. Así es como el Tribunal Constitucional ha interpretado el alcance funcional del término «legislación» que emplea, a efectos de atribuir competencias al Estado, el art. 149.1 de la CE. Por tanto, se entiende esa expresión en sentido material, comprendiendo tanto normas con rango de ley como normas reglamentarias. Consiguientemente, la Generalidad sólo ostenta la potestad de ejecución de la normativa estatal —legal y reglamentaria—

sobre productos farmacéuticos, sin posibilidad de dictar normas jurídicas en esta materia, salvo la de emitir reglamentos organizativos — internos, con eficacia exclusivamente *ad intra* de la Administración— para estructurar los servicios destinados a llevar a cabo la aplicación ejecutiva de la normativa estatal emitida en el sector de productos farmacéuticos.

Podría entenderse en una primera exégesis que el alcance funcional de esta competencia ejecutiva autonómica abarca las potestades de autorización, registro, inspección y control de calidad sobre productos farmacéuticos, como manifestaciones típicas todas ellas de la función administrativa de «ejecución». Sin embargo, el Tribunal Constitucional, en sus Sentencias de 28 de abril y de 20 de mayo de 1983, en las que aborda temas sanitarios, ha interpretado restrictivamente esta competencia autonómica. En efecto, en la primera de las sentencias citadas, el Alto Tribunal considera que la autorización y el registro de productos farmacéuticos, así como de los laboratorios, centros o establecimientos que los produzcan, elaboren o importen, constituyen «... una materia básica de la Sanidad nacional que corresponde, por tanto, al Estado...» (art. 149.1.16 de la CE). La configuración como cuestión básica resulta de la implicación que de modo general y directo tienen aquellos aspectos respecto a la garantía del derecho a la protección de la salud constitucionalmente reconocido —art. 43—, y la garantía en las condiciones de igualdad en su ejercicio que el Estado está obligado a hacer efectiva, según dispone el art. 149.1.1 de la CE.

Recogiendo esta línea jurisprudencial del Tribunal Constitucional, y convirtiéndola en derecho positivo, el art. 40 de la Ley General de Sanidad dispone en su apartado 5 que a la Administración del Estado corresponde desarrollar «la reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los demás productos y artículos sanitarios...». En el mismo sentido, el apartado 6 del citado artículo considera como actuación propia de la autoridad administrativa estatal «la reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos mencionados en el número anterior, así como la determinación de los requisitos mínimos a observar por las personas y los almacenes dedicados a su distribución mayorista y la autorización de los que ejerzan sus actividades en más de una Comunidad Autónoma». Por su parte, el texto del Proyecto de Ley del Medicamento (BOCG, Congreso de los Diputados, serie A, núm. 111-1, de 17 de marzo de 1989), ratifica la competencia estatal de estas actuaciones ejecutivas sobre productos farmacéuticos, al establecer en su art. 8.1 que «ningún medicamento tendrá la consideración de especialidad farmacéutica, ni en consecuencia podrá ser puesto en el mercado como tal sin la previa autorización Sanitaria de la Administración del Estado e inscripción simultánea en el Registro de Especialidades Farmacéuticas». Y también deberán ser autorizadas previamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo —art. 68.1— todas las actividades de «las personas físicas o jurídicas que se dediquen a la fabricación de especialidades farmacéuticas o a cualquiera de los procesos que ésta pueda comprender, incluso los de envasado, acondicionamiento y presentación para la venta...»; debiendo mantener la Administración Sanitaria del Estado un Registro unificado de laboratorios farmacéuticos, en donde será obligatoria la inscripción de la autorización inicial, así como de cualquier transmisión, modificación o extinción de la misma (art. 72).

Respecto a las funciones ejecutivas de inspección y control sobre productos farma-

céuticos y establecimientos que los elaboren, el Tribunal Constitucional, en las citadas sentencias de 28 de abril y de 20 de mayo de 1983, sostiene que esta competencia corresponde con carácter general a la Comunidad Autónoma, en virtud de sus títulos de ejecución en materia de sanidad y de productos farmacéuticos, salvando la posibilidad de intervención estatal cuando entren en juego en este sector otros títulos competenciales, como pueden ser los relativos a comercio exterior (art. 149.1.10) y a seguridad pública (art. 149.1.29).

Asimismo, esta posición jurisprudencial del supremo intérprete de la Constitución ha sido convertida en derecho positivo por la Ley General de Sanidad al disponer en el último inciso de su art. 40.5 que «cuando se trate de medicamentos, productos o artículos destinados al comercio exterior o cuya utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad», debiendo entenderse que fuera de estos supuestos esas competencias ejecutivas corresponden a la Generalidad en el ámbito territorial catalán. Así se desprende de las disposiciones que respecto de esta materia se contienen en el bloque normativo constitucional, según interpretación del Tribunal Constitucional referida, e igualmente de la propia Ley General de Sanidad, que en su art. 41.2 establece que «las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las comunidades autónomas». Más contundente, sin embargo, en cuanto a la amplitud del alcance funcional de la competencia estatal en esta materia, resulta ser el art. 95.1 de la misma Ley General de Sanidad al disponer que «corresponde a la Administración sanitaria del Estado valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios, tanto para autorizar su circulación y uso, como para controlar su calidad», precepto al que habrá que dar una interpretación restrictiva para salvar la coherencia con el art. 40.5 citado y hacer prevalecer el bloque de constitucionalidad en el sentido exegético expresado por el Tribunal Constitucional, garantizando, por tanto, la competencia autonómica sobre inspección y control de calidad de productos farmacéuticos.

Por su parte, el Proyecto de Ley del Medicamento se refiere al control de calidad de los productos farmacéuticos en su art. 54, disponiendo en el apartado 1 que tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como las Comunidades Autónomas con competencia de ejecución en materia de legislación de productos farmacéuticos podrán establecer «programas de control de calidad de los medicamentos para comprobar la observancia de las condiciones de la autorización y de las demás que sean de aplicación». Asimismo, prevé que «en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud podrán acordarse criterios de coordinación de dichos programas con referencia a la extensión, intensidad y frecuencia de los controles a realizar».

En relación a las funciones de inspección y control sobre las actividades de preparación, elaboración y fabricación de productos farmacéuticos, como regla general la titularidad competencial de las mismas corresponderá a las Comunidades Autónomas que hayan asumido la competencia de ejecución de la legislación estatal sobre productos farmacéuticos — como es el caso de Cataluña: art. 17.3, EAC —, pudiendo intervenir en estas potestades ejecutivas la autoridad estatal cuando entren en juego sus títulos competenciales de comercio exterior y seguridad pública. Ésta es la posición del Tribunal Constitucional expresada en sus sentencias de 28 de abril y 20 de mayo de 1983, según hemos recordado. Pues bien, el art. 40.6 de la Ley General de Sanidad

recoge esta doctrina constitucional al establecer que cuando las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos farmacéuticos, hagan referencia a los medicamentos, productos o artículos destinados al comercio exterior o cuya utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública, «la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad». El Proyecto de Ley del Medicamento hace referencia a las funciones de inspección y control de los laboratorios farmacéuticos como actuaciones previas a la concesión de la autorización, potestad ésta que atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo (art. 68. 1), como ya hemos mencionado; y manteniendo su lógica asigna también a la autoridad estatal la inspección y control previos a la autorización de los establecimientos dedicados a la fabricación de especialidades farmacéuticas, en el art. 68.3, cuyo tenor reza así: «El Ministerio de Sanidad y Consumo concederá la correspondiente autorización sólo después de comprobar la exactitud de los datos aportados por el solicitante, verificándolos e inspeccionando los locales, comprobando la capacidad de realizar la fabricación y controles necesarios que garanticen la calidad de las especialidades y formas farmacéuticas a fabricar».

Además de la competencia de ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos, la Generalidad ostenta la competencia exclusiva sobre «Ordenación farmacéutica, sin perjuicio de lo dispuesto en el número 16 del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución» (art. 9.19 del EAC), precepto constitucional que, como ya sabemos, reserva a la titularidad exclusiva del Estado la competencia sobre sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad, así como la legislación sobre productos farmacéuticos. Por tanto, como expresamente reza en el precepto estatutario reproducido, el alcance de la competencia autonómica sobre ordenación farmacéutica se verá limitado por las competencias garantizadas al Estado en virtud del art. 149.1.16 de la CE, con lo que se deduce que propiamente no nos hallamos ante una verdadera «competencia exclusiva» de la Generalidad, si bien también se observa a primera vista que su ámbito funcional es más extenso que el relativo a la competencia autonómica en materia de productos farmacéuticos que, como hemos visto, sólo alcanza a facultades ejecutivas.

En una primera aproximación podemos entender que la ordenación farmacéutica va referida exclusivamente a una de las fases del ciclo del producto farmacéutico o medicamento, cuál es la de dispensación, de dónde se deduce que con esta función ordenadora se trataría de establecer las condiciones que deben imperar en las tareas y actividades llevadas a cabo en las oficinas de farmacia y establecimientos equivalentes, así como los requisitos que deben cumplir los locales donde se ubiquen este tipo de oficinas y establecimientos. En el ámbito de la ordenación farmacéutica cabría incluir, pues, todo lo relativo a la autorización de apertura, transferencia y clausura de farmacias, disponibilidades patrimoniales del titular, planificación farmacéutica, servicios de farmacia de los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria. (Vid., al respecto, R. Martín Mateo, «Ordenación farmacéutica, medicamentos y productos sanitarios», en la obra colectiva, *Jornadas Técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías*, Barcelona, 1985, págs. 127 y 130.)

Para delimitar con precisión el alcance funcional de la competencia autonómica de ordenación farmacéutica, es necesario determinar en qué medida las competencias que el art. 149.1.16 de la CE atribuye al Estado pueden incidir sobre este sector material, limitando la competencia «exclusiva» de la Generalidad, como así resulta de la expre-

sada remisión que el art. 9.19 del EAC hace al precepto constitucional citado, salvando, por tanto, la posibilidad de intervención del poder estatal en este sector en virtud de sus títulos competenciales sobre sanidad —bases y coordinación general— y productos farmacéuticos —legislación—. A este respecto, podría convenirse que dentro de las bases de la sanidad a establecer por el Estado cabe incluir, en relación a la ordenación farmacéutica, la disposición de condiciones y requisitos mínimos de las farmacias, a partir de los cuales la Generalidad podría añadir a tales condiciones y requisitos otros que estimara oportunos o adecuados. La Ley General de Sanidad contiene algunas decisiones básicas respecto a materia de farmacia en su art. 103, precepto éste, pues, que se erige en límite a respetar por la Generalidad en el ejercicio de su competencia de ordenación farmacéutica. Más allá de él, esta competencia autonómica abarca la posibilidad de establecimiento de un propio modelo de ordenación farmacéutica, lo que comprende amplias facultades de regulación en las farmacias, la planificación farmacéutica y la potestad de autorización, entre los aspectos más importantes. (Vid. R.M. Llevador, «Sanitat, Higiene i Farmàcia», en la obra colectiva, *Comentaris sobre l'Estatut d'Autonomia de Catalunya*, Barcelona, 1989, vol. II, p. 702.) Por su parte, el Proyecto de Ley del Medicamento establece en el art. 36.1 que «las Administraciones Sanitarias con competencias en ordenación farmacéutica realizarán la ordenación de las oficinas de farmacia, manteniendo los principios establecidos en la Ley General de Sanidad...» y los criterios dispuestos por el propio precepto, entre los que cabe señalar, a efectos de delimitación competencial, el reseñado en el apartado c): «las exigencias mínimas materiales, técnicas y de medios suficientes que establezca el Gobierno para asegurar la prestación de una correcta asistencia sanitaria».

### III. Las competencias de la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social

En este sector, el art. 149.1.17 de la CE atribuye a la exclusiva competencia del Estado «la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas». Por su parte, el art. 17.2 del EAC, recogiendo el espacio competencial dejado por dicho precepto constitucional, ha asumido para la Generalidad de Cataluña en esta materia de Seguridad Social «el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma», y «la gestión del régimen económico de la Seguridad Social». Asimismo, como ya nos es conocido, el art. 17.4 del EAC afirma la potestad autoorganizatoria de la Generalidad respecto a los sectores de sanidad y seguridad social, reservando, por otra parte, al Estado la alta inspección con la finalidad de garantía y verificación del cumplimiento de las funciones y competencias sobre dichas materias.

Podríamos convenir que la delimitación horizontal de la materia de Seguridad Social se extiende a los ámbitos o campos de aplicación, nivel y características de las prestaciones o acción protectora propia del sistema de seguro social público, sistema de financiación y aspectos institucionales o de gestión. (Vid., al respecto, J. Galofré Crespi, «Seguretat Social», en la obra colectiva *Comentaris sobre l'Estatut d'Autonomia de Catalunya*, Barcelona, 1989, vol. II, pág. 709.) Sobre este sector material así delimitado, hemos visto que corresponde a la Generalidad de Cataluña la competencia

de desarrollo normativo de la legislación básica del Estado, excepto en lo que se refiere al régimen económico de la Seguridad Social, subsector material éste en el que el EAC, de acuerdo con el marco constitucional, sólo ha asumido para la comunidad autónoma la competencia de gestión, quedando en manos del Estado, por tanto, todos los aspectos normativos, tanto a establecer por vía legal formal como por vía reglamentaria.

El límite de la competencia normativa de la Generalidad sobre seguridad social está representado por el alcance que se dé a la legislación básica del Estado en esta misma materia. El Tribunal Constitucional reiteradamente ha interpretado que la normativa básica estatal se refiere al establecimiento de un mínimo común denominador de vigencia en todo el territorio del Estado, de un marco de política global, que han de permitir distintas opciones a las competencias normativas de las comunidades autónomas, que en estos supuestos no pueden equipararse con el de simples reglamentos de ejecución de una ley. Por consiguiente, la competencia legislativa del Estado en esta materia sólo puede abarcar la regulación de los aspectos fundamentales del ámbito comprendido dentro del sector de seguridad social según la delimitación horizontal antes apuntada, quedando para la Generalidad el resto de la normación siempre en el respeto de los principios básicos establecidos por el Estado.

En cuanto a las competencias de ejecución y organización de los servicios relacionados con la materia de seguridad social, corresponden en su integridad, es decir, de manera exclusiva, a la Generalidad, según se desprende del art. 17, apdos. 2 y 4 del EAC. En el mismo sentido, el art. 25.3 del EAC dispone que «la Generalidad de Cataluña integrará en su organización los servicios correspondientes, a fin de llevar a cabo las competencias que le atribuye el presente Estatuto», reafirmando la potestad autoorganizatoria autonómica.

En relación al régimen económico de la Seguridad Social, ya hemos observado que los títulos competenciales respectivos de Estado y Generalidad tienen un alcance diferente respecto a aquellos que operan sobre la materia general de seguridad social. Si en ésta la distribución de competencias se realiza en base a la titularidad de la legislación básica por parte del Estado y las competencias autonómicas de desarrollo legislativo y ejecución; en cambio, sobre el régimen económico de la Seguridad Social el alcance funcional de la competencia estatal no se detiene en la legislación básica, sino que comprende toda la normación, tanto legal como reglamentaria, asumiendo la Generalidad sólo la gestión de dicho régimen económico (arts. 149.1.17 de la CE y 17.2 del EAC).

Este esquema competencial sobre régimen económico de la Seguridad Social basado en el monopolio normativo del Estado y la competencia autonómica de ejecución o gestión, que se desprende de una primera lectura de la CE y del EAC, ha sido, sin embargo, interpretado de manera diferente por el Tribunal Constitucional, dando una mayor extensión al alcance funcional de la competencia estatal en materia de régimen económico de la Seguridad Social. En efecto, en su Sentencia 124/1989, de 7 de julio, por la que resuelve el conflicto positivo de competencia planteado por la Generalidad de Cataluña en relación con el Real Decreto 1314/1984, de 20 de junio, por el que se regula la estructura y competencias de la Tesorería General de la Seguridad Social, el Tribunal Constitucional manifiesta que «el Estado ejerce no sólo facultades normativas sino también facultades de gestión o ejecución del régimen económico de los fondos de la Seguridad Social destinados a los servicios o a las prestaciones de la



Seguridad Social en Cataluña» (FJ 3). El camino que recorre el Alto Tribunal para llegar a esa conclusión parte de la consideración de que la finalidad de las competencias exclusivas del Estado sobre el régimen económico de la Seguridad Social consiste en «preservar la unidad del sistema español de Seguridad Social y el mantenimiento de un “régimen público”, es decir, único y unitario de Seguridad Social para todos los ciudadanos (art. 41 de la CE), que garantice al tiempo la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y deberes en materia de Seguridad Social...» (FJ 3). A continuación, el Tribunal toma como dato relevante para la correcta interpretación del art. 149.1.17 de la CE los principios de solidaridad financiera y de unidad de caja, para cuya efectividad se había constituido con anterioridad a la entrada en vigor de la Constitución el organismo Tesorería General de la Seguridad Social. Así, la consideración de esos principios le lleva al Tribunal a manifestar que «la mención separada del “régimen económico” como función exclusiva del Estado trataba de garantizar la unidad del sistema de la Seguridad Social, y no sólo la unidad de su regulación jurídica, impidiendo diversas políticas territoriales de Seguridad Social en cada una de las comunidades autónomas» (FJ 3). También opera el principio de unidad presupuestaria de la Seguridad Social, que significa jurídicamente la unidad de titularidad, es decir, la titularidad estatal de todos los fondos de la Seguridad Social. En caso contrario, dice el Tribunal Constitucional, «no podría preservarse la vigencia efectiva de los principios de caja única y de solidaridad financiera, ni consecuentemente la unidad del sistema...» (FJ 3). Por lo que no basta, por tanto, con la reserva al Estado de las competencias normativas, ya que la CE ha impuesto el carácter unitario del sistema y de su régimen económico, de donde la extensión de las atribuciones estatales también al terreno de la gestión o ejecución.

Dada esa interpretación extensiva del alcance funcional de la competencia estatal sobre régimen económico de la Seguridad Social llevada a cabo por el supremo intérprete de la Constitución, cabe preguntarse, entonces, sobre cuáles son las facultades de que dispone la Generalidad de Cataluña en esta materia. Para el Tribunal Constitucional, «serán sólo aquellas que no puedan comprometer la unidad del sistema o perturbar su funcionamiento económico uniforme, ni cuestionar la titularidad estatal de todos los recursos de la Seguridad Social o engendrar directa o indirectamente desigualdades entre los ciudadanos... Tales facultades autonómicas deben, en suma, conciliarse con las competencias exclusivas que sobre la gestión del régimen económico la CE ha reservado al Estado, en garantía de la unidad y solidaridad del sistema público de Seguridad Social». (FJ 3).

#### IV. Las competencias de la Generalidad de Cataluña en materia de asistencia social

El art. 9.25 del EAC, recogiendo las posibilidades abiertas por el art. 148.1.20 de la Constitución, atribuye a la Generalidad la competencia exclusiva en materia de «asistencia social». La característica esencial de la materia asistencia social que permite una delimitación precisa de sus contornos para diferenciarla de otras materias afines, consiste en que sus prestaciones de servicios sociales se llevan a cabo fuera del régimen contributivo de la Seguridad Social. Así, la asistencia social vendría a integrar el conjunto de las estructuras institucionales públicas de prestación de servicios

sociales diferenciadas del sistema de Seguridad Social, el cual, además de las prestaciones económicas y sanitarias, asumiría también determinados servicios sociales. Es decir, la acción prestacional de la asistencia social y de la Seguridad Social — como realidades institucionales públicas netamente diferenciadas — se llevaría a cabo a través de la gestión y ejecución de servicios sociales, si bien con distinto carácter, pues mientras éstos constituirían el único contenido de la primera, sólo supondrían, en cambio, un complemento marginal en la actuación de prestación propia de la segunda, caracterizada básicamente, como se sabe, por su contenido económico y asistencial-sanitario.

A la hora de definir funcionalmente el alcance de la competencia autonómica sobre asistencia social, hay que partir del art. 148.1.20 de la CE, precepto que establece la posibilidad de que las comunidades autónomas asuman competencias en dicha materia, posibilidad que, en nuestro caso, ha plasmado positivamente el art. 9.25 del EAC, precepto que atribuye a la Generalidad la competencia exclusiva en el sector de asistencia social. Ello significa la asunción autonómica de la totalidad de las competencias en esta materia concreta, es decir, de todas las potestades de actuación pública sobre el sector asistencia social, desde la normación legislativa íntegra hasta la acción administrativa de ejecución, vetando, en principio, toda posible intervención estatal al respecto dentro del territorio de Cataluña.

Ahora bien, esa declaración estatutaria acerca de la exclusividad de la competencia autonómica en materia de asistencia social sólo es posible tras una atenta consideración del art. 149.1 de la Constitución, que establece el mínimo competencial exclusivo del Estado. A partir de la contemplación negativa de ese precepto — es decir, de lo no reservado por él al Estado — sí es, entonces, factible proceder a la asunción positiva de competencias autonómicas por el EAC. Y en lo que respecta a la materia ahora analizada nada obsta en principio del art. 149.1 a la exclusividad autonómica sobre asistencia social, si bien podrían subsistir ciertas posibilidades constitucionales de intervención del Estado en dicho sector.

Así, la declaración estatutaria de exclusividad en la atribución autonómica sobre asistencia social podría verse matizada si de un atento examen de los diferentes apartados del art. 149.1 de la Constitución se hallare algún título competencial habilitante de la actuación del Estado sobre el sector considerado. Pues bien, procediendo a tal análisis del art. 149.1 observamos que en ninguno de sus párrafos se refiere literalmente a la materia «asistencia social», resultando entonces plenamente coherente la asunción de la materia por la Generalidad en régimen de exclusividad, según establece el citado art. 9.25 del Estatuto.

Sin embargo, en determinados supuestos, el Estado podrá fundar su intervención de asistencia social en el art. 149.1.7.º de la Constitución, precepto que le atribuye en exclusiva la competencia sobre la «legislación laboral; sin perjuicio de su ejecución por los órganos de las comunidades autónomas». Tales supuestos deberán ceñirse al estricto ámbito laboral como área susceptible de proyección de servicios sociales, que el Estado podrá establecer, debiendo limitarse a su previsión normativa («legislación»), si la comunidad autónoma asume la función ejecutiva. Éste es el caso de Cataluña, ya que la Generalidad ostenta la competencia de ejecución de la legislación laboral del Estado, en virtud del art. 11.2) del Estatuto de Autonomía.

También se adivinan, por otra parte, las complicaciones que el art. 149.1.17.º de la Constitución vierte sobre una consideración incondicionada de la competencia ex-

clusiva de la Generalidad respecto a asistencia social. Dicho precepto, como sabemos, atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre «legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las comunidades autónomas». En efecto, en nuestro sistema de Seguridad Social se han asumido verdaderos servicios sociales junto a sus prestaciones económicas y sanitarias. Y dado que el contenido propio de la asistencia social está integrado por un conjunto de servicios sociales gestionados por instituciones públicas marginadas del sistema de Seguridad Social, no es impensable la eventual posibilidad de que el Estado intervenga en este sector de asistencia social/servicios sociales a través de la inclusión de su prestación en el régimen contributivo de la Seguridad Social, invocando el título competencial que ostenta sobre ésta en base al art. 149.1.17.º de la Constitución. Y si se acepta esta vía se abre un claro riesgo de vaciamiento de la competencia autonómica sobre asistencia social por parte de una legislación básica estatal que, dictada al amparo del precepto constitucional citado, llegara a integrar las prestaciones sociales de la asistencia social de las comunidades autónomas en la acción protectora de la Seguridad Social. Aunque en puridad no cabría hablar de vaciamiento competencial, sino de conversión de un régimen de exclusividad autonómica en materia de asistencia social en un régimen de concurrencia competencial, en el que tanto el Estado como las comunidades autónomas emanarían válidamente acciones normativas de previsión de servicios sociales en favor de colectivos de ciudadanos desfavorecidos, si bien con diferente tratamiento organizativo-institucional y financiero, pues las prestaciones sociales previstas por la legislación estatal (básica de Seguridad Social) se incluirían dentro del sistema contributivo del seguro social público, mientras que las autonómicas se configurarían como un servicio público marginado del complejo institucional de la Seguridad Social y financiado íntegramente con cargo a los presupuestos de las comunidades autónomas.

Pero, sobre todo, las mayores posibilidades con fundamento constitucional de intervención del Estado en materia de asistencia social se hallarían en la necesidad del establecimiento de una política unitaria, coherente y coordinada, de bienestar social, en cuyas líneas básicas el diseño correspondería a la competencia estatal. Con esta atribución en favor del Estado se pretendería dar cumplimiento a los principios constitucionales de igualdad de todos los españoles en los derechos y obligaciones sin condicionamientos por el factor territorial (art. 139.1), y de solidaridad (arts. 2 y 138.1). Y para la persecución de estos fines y la fijación básica de aquella política unitaria en materia de servicios sociales, la instancia estatal se vería habilitada por el título competencial derivado del núm. 1.º del art. 149.1 de la Constitución: «la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales». De esta forma, la intervención del Estado se fundamentaría en la necesidad constitucional de garantizar la igualdad en la prestación de los servicios sociales en todo el territorio español, al menos en cuanto a unos niveles mínimos, por encima de los cuales sería admisible —en virtud, además, de otro principio constitucional, como es el de autonomía— la diferenciación de cobertura de la acción social de unas comunidades autónomas respecto a otras, en función de la configuración y ejecución de sus propias políticas de asistencia social.

El propio Tribunal Constitucional parece haber admitido una actuación estatal de este tenor en materia de asistencia social. En efecto, en su Sentencia 146/1986, de 25

de noviembre, tras reconocer el carácter exclusivo de la competencia autonómica en materia de asistencia social, admite, no obstante, la posibilidad de intervención del Estado, a través de acciones de fomento, «en la medida que existan problemas sociales peculiares que requieran y exijan un planteamiento global». Y ello, a partir de la consideración del protagonismo esencial que asume en un Estado Social la materia de acción y protección social —a la vista de los principios rectores de política social incluidos en el capítulo tercero del título I de la Constitución—, sector en el que, además, las medidas públicas que se establecen «...no pueden suponer colisiones de intereses, que siempre serán coincidentes...»; todo lo cual supone que «las competencias exclusivas no pueden entenderse en un sentido estricto de exclusión de actuación en el campo de lo social... por parte del Estado, respecto de aquellos problemas específicos que requieran para su adecuado estudio y tratamiento un ámbito más amplio que el de la comunidad autónoma y que presupongan en su concepción, e incluso en su gestión, un ámbito supracomunitario, que puede corresponder al Estado». Es decir, la competencia estatal se habilitaría para hacer frente al «...tratamiento de problemas que exceden del ámbito de la comunidad autónoma, en cuanto se trate de políticas de asistencia social que sólo tengan sentido en cuanto referidas al país en su conjunto...», políticas, respecto a las cuales, «...el Estado no puede permanecer ajeno». En definitiva, «aun siendo exclusiva la competencia de la Comunidad Autónoma al respecto, pueden existir supuestos especiales o particulares que requieran un planteamiento global del ámbito estatal, a través de intervenciones de asistencia social de alcance supraautonómico», acción social ésta que puede así realizarse por el Estado, el cual, entonces, «...no invade el ámbito competencial de la comunidad autónoma..., no concurre con ella en la realización de los programas generales y normales de asistencia social, que le corresponden en exclusiva a ésta, y actúa dentro de sus competencias y atribuciones».

Como se ve, el Tribunal matiza la naturaleza exclusiva de la competencia autonómica sobre asistencia social aceptando la posibilidad de actuación estatal en la materia. Esa actuación estatal supone el límite a la descentralización en el sector de la asistencia social y los servicios sociales, límite a las competencias autonómicas que se basaría en la necesidad de salvaguardar una igualdad básica de las prestaciones recibidas por los ciudadanos en todo el territorio del Estado, función de garantía que debería corresponder lógicamente a la instancia estatal, entrando en juego de esta manera el título competencial del art. 149.1.1.º de nuestra Constitución. En esta línea, la Sentencia del Tribunal Constitucional anteriormente citada —reiterando doctrina de otra, la 95/1986, de 10 de julio—, al hacer referencia a la competencia de gestión o ejecución de las medidas de fomento sobre asistencia social, la atribuye en principio a la comunidad autónoma —en coherencia con lo dispuesto estatutariamente—, pero acepta la actuación de los órganos estatales a fin de «...garantizar la misma posibilidad de obtención y disfrute (de aquellas medidas de fomento) por sus potenciales destinatarios en todo el territorio nacional...», es decir, que resulta imprescindible la gestión centralizada por razón de «...garantizar una cierta igualdad de los posibles destinatarios en todo el territorio nacional, de lograr así la igualdad para todos los beneficiarios últimos de estos programas específicos». En definitiva, esta competencia estatal «...debería servir no para primar unas comunidades autónomas respecto a otras, sino para distribuir globalmente, de forma solidaria y equitativa, unos fondos en función de las necesidades respectivas sentidas por unos determinados

grupos o individuos, sea cual sea el territorio de la comunidad autónoma en el que residan». Por tanto, el Tribunal fundamenta la posibilidad de esta intervención ejecutiva del Estado en materia de asistencia social sobre el título competencial del art. 149.1.1.º de la Constitución, si bien implícitamente, pues en ningún momento hace referencia expresa al mismo, pero que en cualquier caso resulta perfectamente identificable según se desprende del tenor de los fragmentos de su Sentencia reproducidos.

En conclusión, el reparto de atribuciones entre el Estado y las comunidades autónomas sobre asistencia social establecido por el bloque normativo constitucional parte de la afirmación de la competencia exclusiva autonómica, que para la Generalidad ha asumido el art. 9.25 del EAC, dejando a salvo, no obstante, cierta posibilidad de intervención del Estado en base a la competencia que le otorga el art. 149.1.1.º de la Constitución, para así hacer efectivo lo dispuesto en el art. 139.1 de la misma, así como el principio de solidaridad interregional (arts. 2 y 138.1).

## V. La actuación por la Generalidad de sus competencias en materia de protección de la salud

### 1. *La organización del subsistema sanitario público en Cataluña: el sistema integrado de salud*

Resulta indudable en el ámbito de cualquier sector de intervención administrativa la trascendencia del aspecto organizativo en los primeros años de puesta en marcha y funcionamiento de un nuevo nivel territorial de poder político-administrativo dotado de autonomía, como es el caso de las comunidades autónomas. Con la aprobación de sus respectivos Estatutos de Autonomía, estos nuevos entes asumieron unas determinadas competencias, con distinto contenido y alcance, de las que se derivaba el deber para ellos de prestar a los ciudadanos de sus correspondientes territorios una serie de servicios públicos. Para la gestión y prestación de estos servicios públicos se hacía necesario contar con un aparato administrativo al cual encomendar su ejecución; y sabemos, al respecto, que la opción generalizada de todas las comunidades autónomas ha sido rechazar como modelo de Administración la posibilidad de utilizar las burocracias de los entes locales para, a través de mecanismos de descentralización administrativa, ejercitar sus competencias propias, es decir, lo que se conoce como un modelo de Administración indirecta. Frente a él, nuestras comunidades autónomas han preferido la creación de aparatos administrativos propios para llevar a cabo la prestación de los servicios públicos de su competencia, esto es, han optado por un sistema de Administración directa. De ahí, resulta evidente que en los primeros tiempos de funcionamiento de la autonomía cobrara un especial protagonismo el proceso de constitución de estas nuevas administraciones, con la consiguiente importancia del elemento organizativo, presente en multitud de normas destinadas precisamente a construir esas nuevas edificaciones burocráticas.

Así ha resultado ser para Cataluña en el sector sanitario o de protección de la salud que estamos analizando. En efecto, no es difícil constatar la especial atención que la Generalidad ha dedicado a los aspectos organizativos en esta materia si consideramos el proceso de constitución de su Administración sanitaria, tendente a la institución y consolidación de un subsistema sanitario autonómico público de carácter integral en el marco del modelo básico estatal de tutela de la salud.

Tras la recepción por la Generalidad de los servicios transferidos por el Estado en materia de sanidad y de asistencia y de servicios sociales, la Ley 12/1983, de 14 de julio, de Administración institucional de la Sanidad y de la asistencia y de los servicios sociales de Cataluña, se propuso la regulación del aparato organizativo necesario para la ejecución de dichos servicios bajo el modelo de administración social integrada. Los principios organizativos sobre los que se asentaba este esquema institucional de la Administración social eran los de descentralización y desconcentración de la gestión para conseguir una mayor proximidad a los ciudadanos, simplificación, racionalización, eficacia y coordinación administrativas; y participación democrática de los interesados. Para la gestión de forma integrada en todo el territorio de Cataluña de las prestaciones y los servicios correspondientes a las materias sanitaria y de asistencia y servicios sociales, la Ley creó, bajo la dirección, vigilancia y tutela del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, el Instituto Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, respectivamente, entidades ambas a las que se dotó de personalidad jurídica, gozando de la naturaleza de entidades gestoras de la Seguridad Social. Se establecía así una concentración de la gestión sanitaria y de servicios sociales, respectivamente, en dichos organismos institucionales, ambos bajo la tutela de un mismo departamento del Gobierno de la Generalidad, dibujando, por tanto, la tendencia hacia la institución de un sistema sanitario integrado, definido por la concentración de competencias relativas a la protección de la salud y a la integración de redes sanitarias públicas, sistema cuyas líneas maestras estableció como normas básicas —y, consiguientemente, de obligado seguimiento por las comunidades autónomas— la Ley estatal 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

En efecto, esta Ley del Estado, dictada en ejercicio de la competencia sobre las bases de la sanidad que le otorga el art. 149.1.16 de la Constitución, dedica su título III a la estructura del sistema sanitario público, disponiendo en el art. 44 que «todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la Salud integrarán el Sistema Nacional de Salud», el cual queda configurado como el «conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas». En el Sistema Nacional de Salud se integran todas las funciones y prestaciones sanitarias de responsabilidad de los poderes públicos, con la finalidad de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos en condiciones de igualdad (art. 45, en relación con el art. 3.º).

Respecto de la estructuración del sistema sanitario en el nivel autonómico, la Ley básica estatal impone la constitución en cada comunidad autónoma de «un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias», que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva comunidad autónoma (art. 50). Asimismo, las comunidades autónomas deberán constituir, como demarcación territorial sanitaria, las denominadas «áreas de salud», que son conceptuadas por la Ley como «estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la comunidad autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos», demarcaciones sanitarias cuya dirección se encomienda a un órgano propio, en el que deberán participar las Corporaciones Locales del territorio respectivo «con una representación no inferior al 40 por 100, dentro de las directrices y programas generales sanitarios

establecidos por la comunidad autónoma» (art. 56). También establece la Ley como criterio básico vinculante para las comunidades autónomas, el principio de participación democrática de todos los interesados, al cual deberán ajustar aquéllas al ejercicio de sus competencias en materia sanitaria, principio que el legislador estatal manda que tenga una primera articulación orgánica a través de la obligada constitución por cada ente autonómico del llamado «consejo de salud de la comunidad autónoma» (art. 53). Y como principal instrumento de coordinación, «cada comunidad autónoma elaborará un plan de salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud», y que englobará el conjunto de planes de las diferentes áreas de salud, debiéndose ajustarse dicho plan sanitario a los criterios generales de planificación aprobados por el Gobierno del Estado (art. 54). A partir de estas directrices básicas, cada comunidad autónoma, en ejecución de las competencias asumidas en su estatuto respectivo en relación con la materia sanitaria, desarrollará la vertebración organizativa del sistema sanitario en su territorio.

En nuestra comunidad autónoma, el desarrollo normativo de la Ley estatal General de Sanidad se ha iniciado en el rango legal con la promulgación de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria en Cataluña. El objeto de esta norma, según declaración expresa de su Preámbulo, consiste en establecer, en el marco del modelo sanitario básico estatal, «la ordenación del sistema sanitario público de Cataluña, de acuerdo con los principios de universalización, de integración de servicios, de simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectorización de la atención sanitaria y participación comunitaria. Como principal decisión organizativa, la Ley crea el ente público «Servicio Catalán de la Salud», configurado por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y de cobertura pública de Cataluña, institucionalizándose así el sistema sanitario integrado. A dicha entidad le corresponden las funciones de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública; las de gestión y administración de los centros, servicios y prestaciones del sistema sanitario público; y la distribución de los recursos económicos afectados a su financiación; funciones todas ellas que deberá ejercer de acuerdo con las directrices y prioridades establecidas en los instrumentos de planificación sanitaria. Se observa, pues, que la integración sanitaria opera tanto en el plano organizativo-institucional, con la creación del Servicio Catalán de la Salud, ente personificado en el que se integran todas las redes sanitarias públicas de Cataluña, como en el funcional, al disponerse la concentración de todas aquellas actuaciones sanitarias en la competencia de un único organismo, con el objetivo de alcanzar una adecuada coordinación entre las mismas.

Como ente instrumental que es, el Servicio Catalán de la Salud se adscribe al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que ostenta sobre él mismo las facultades de dirección, vigilancia y tutela, así como el control, la inspección y evaluación de sus actividades.

La estructuración organizativa del Servicio Catalán de la Salud se basa en el principio de desconcentración, a través de las demarcaciones territoriales llamadas «regiones sanitarias», las cuales se corresponden con las áreas de salud previstas por la Ley General de Sanidad. A su vez, las regiones sanitarias se ordenan en sectores sanitarios, órganos desconcentrados que se componen de un conjunto de áreas básicas de salud,

unidades territoriales elementales desde donde se presta una atención integral de la salud a través del centro de atención primaria. Aparece, así pues, una tercera perspectiva de la integración sanitaria: la concepción integral de la salud, a partir de la cual se configura el modelo de protección de la salud, superando la tradicional dicotomía entre salud pública y asistencia sanitaria.

Toda la estructura organizativa del Servicio Catalán de la Salud se halla impregnada del principio de participación democrática de los interesados, que se articula a través de la representación de las corporaciones locales en los órganos colegiados de dirección de las regiones sanitarias, de acuerdo con los mandatos básicos de la Ley General de Sanidad, y en los órganos de participación establecidos en todos sus niveles, donde también se hallan presentes las entidades representativas del tejido social de Cataluña en el ámbito de la sanidad.

Como principal instrumento de coordinación y marco de referencia de todas las actuaciones públicas relativas a la protección de la salud, se prevé el plan de salud de Cataluña, que deberá ser aprobado por el Consejo Ejecutivo, a propuesta del consejero de Sanidad y Seguridad Social, teniendo en cuenta los objetivos de la política socio-económica y de bienestar social de la Generalidad de Cataluña.

La organización así dispuesta del subsistema sanitario público catalán bajo los esquemas de un modelo integrado de atención a la salud, persigue como objetivos, según declara el último párrafo del Preámbulo de la Ley, la distribución adecuada de los recursos sanitarios, la optimización de los medios económicos que a ellos se destinan, la coordinación de todo el dispositivo de cobertura pública, el acercamiento y participación de los usuarios en la toma de decisiones, y la mejora de la calidad de los servicios sanitarios; todo ello para el logro del fin último y esencial de promover, proteger, restaurar, rehabilitar y mejorar la salud de los ciudadanos de Cataluña, de acuerdo con el art. 43 de la Constitución.

## *2. La acción sustantiva de la Generalidad en los diversos subsectores comprendidos en el ámbito de la protección de la salud*

### *A) Introducción*

En una primera aproximación valorativa sobre los aspectos sustantivos de la actuación de la Generalidad en el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria o de protección de la salud, podemos obtener ya algunas notas caracterizadoras que nos sirvan para poder trazar una especie de balance conclusivo de dicha actuación.

La contemplación de conjunto de la acción sanitaria de la Generalidad durante esta primera década de disfrute de la autonomía bajo el nuevo régimen democrático, nos da una idea inicial de que esa actuación pública sanitaria de nuestra comunidad autónoma ha supuesto una intervención amplia, extendida a todos los subsectores englobados en una concepción vasta de la materia de protección de la salud: así, se ha incidido sobre la tutela de la salud pública; la promoción de la salud y la educación sanitaria; la sanidad preventiva; la sanidad asistencial, tanto en el nivel de atención primaria como en el ámbito hospitalario; se han proyectado intervenciones sobre el sector sanitario privado; y, en alguna medida, se han dictado normas que afectan a los derechos y deberes de los usuarios de los servicios sanitarios. Como puede observarse, prácticamente no ha habido ningún aspecto sanitario sobre el que la Generalidad no



haya actuado, lo que ha podido llevar a cabo gracias a sus amplias competencias en este sector, según se deriva del Estatuto de Autonomía de Cataluña, y a que probablemente ha existido por parte de los poderes públicos una intención de desarrollar una política sanitaria global —incluso podría hablarse de una política sociosanitaria—, en definitiva, un proyecto de reforma sanitaria integral para Cataluña con el que responder a las nuevas exigencias constitucionales sobre el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

Pero cabe preguntarse si esa intervención global de los poderes públicos autonómicos sobre todos los aspectos relacionados con la protección de la salud ha obedecido más a una acción coyuntural para hacer frente a los problemas que iban surgiendo, que a una actuación programada a corto, medio y largo plazo. Es decir, desde otra perspectiva, hay que cuestionarse si la normativa catalana en materia sanitaria es una normativa dispersa, fruto de esa coyunturalidad en las acciones de tutela de la salud, o bien puede hablarse de un «sistema normativo» coherente en el sector sanitario, como resultado de una intervención normativa guiada por una programación establecida previamente que señale sectores prioritarios en atención a las necesidades sanitarias de la población. Al respecto, hay que señalar que en los responsables del gobierno de la sanidad en nuestra comunidad autónoma fue muy temprana la preocupación por diseñar esquemas planificadores como instrumento al servicio del desarrollo y ejecución de la política sanitaria: así, la aprobación por Decreto de 7 de enero de 1980 del Mapa Sanitario de Cataluña, y los trabajos de desarrollo del mismo de los años 1982 y 1983, en donde se fijaban las grandes líneas de planificación sanitaria pública de Cataluña para un período de diez años. Y, posteriormente, la formulación de planes sanitarios sectoriales y territoriales, entre los que destaca el Plan de Reordenación Hospitalaria, aprobado en 1986 por el Consejo Ejecutivo. Pero esta proliferación de instrumentos programatorios en el ámbito sanitario, que se ha producido en ausencia de una normativa que fijase su protagonismo en el seno de la política sanitaria, así como el procedimiento para su gestación, ha llevado irremediablemente a la necesidad de proceder a la armonización y coordinación entre los diferentes planes a través de la elaboración de un único Plan de Salud para toda Cataluña que integre a los correspondientes a cada región sanitaria, lo que viene recogido en la nueva Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (arts. 62 a 64), regulación que, sin duda, dará un impulso decisivo a la técnica planificadora en el ámbito de la protección de la salud. Sin embargo, hay que ser conscientes de que en este sector de intervención administrativa la planificación debe fijarse con una última nota de flexibilidad, pues los problemas técnico-sanitarios, así como la coyuntura económica, pueden variar sensiblemente con la evolución temporal, circunstancia ésta que impide una formulación rígida de la programación sanitaria, dejando abierta la posibilidad de incorporar variaciones en respuesta a los posibles elementos cambiantes.

Finalmente, habría que destacar en esta primera introducción valorativa que entre todos los subsectores presentes en el ámbito de la sanidad, la Generalidad ha prestado una especial relevancia a la tutela de la salud pública, así como a los aspectos de promoción de la salud y educación sanitaria, y sanidad preventiva. Se ha intentado superar de esta forma la tradicional visión de la acción sanitaria como acción estrictamente asistencial, y la rígida división decimonónica entre salud pública y salud individual. Este planteamiento resulta plenamente coherente con el moderno concepto de salud integral y de sanidad integral o global auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, y recogido igualmente por el art. 43 de nuestra Constitución.

Intentemos trazar a continuación algunas conclusiones en relación con cada uno de los subsectores en que puede dividirse la materia de protección de la salud.

## B) Análisis valorativo de los diversos subsectores englobados en la materia sanitaria<sup>1</sup>

### 1. Tutela de la salud pública

Ya hemos mencionado que ha sido éste uno de los sectores a los que la Generalidad ha dado mayor relevancia en el ejercicio de sus competencias sanitarias, de acuerdo con las tendencias contemporáneas presentes en las políticas de salud de los Gobiernos de los Estados de nuestro entorno sociocultural.

En el ámbito de la intervención pública de nuestra comunidad autónoma respecto a la tutela de la salud pública, se destacan las acciones relativas al control higiénico-sanitario del ciclo alimentario, a fin de garantizar la salud de los consumidores: en esta materia, el Parlamento catalán aprobó la Ley 15/1983, de 14 de julio, de Higiene y Control Alimentarios. El objeto de esta Ley, según declara expresamente su exposición de motivos, consiste en «fijar las disposiciones legales que han de permitir una ordenación más eficaz de la higiene y el control alimentarios, desarrollando las medidas higiénico-sanitarias necesarias y estructurando de una manera precisa para cada fase del ciclo alimentario el control de la Administración». Su objetivo final es procurar una actuación eficaz en el ejercicio de las funciones públicas de control alimentario, para así otorgar el máximo de garantías a los consumidores, coadyuvando de esta manera a la preservación de la salud pública. El ámbito de aplicación de la Ley comprende las industrias y establecimientos alimentarios que ejercen su actividad en Cataluña, así como los alimentos, bebidas y sustancias equiparadas que en el territorio catalán se transporten, almacenen, comercialicen, distribuyan o vendan. El contenido de esta norma legal se basa en la previsión de medidas de intervención y control administrativos sobre el ciclo alimentario —inspección e investigación, autorización y registro, tanto de industrias como de productos alimentarios—, así como en la regulación de infracciones y sanciones y el procedimiento administrativo para imponerlas. Destaca, finalmente, la previsión de una Comisión paritaria integrada por la Administración de la Generalidad y las corporaciones locales, a efectos de coordinación y colaboración, a la que se otorga la competencia para conocer los proyectos de disposiciones que elabore el Consejo Ejecutivo.

Otro subsector dentro de la higiene o salud pública en el que ha incidido la actuación de la Generalidad ha sido el de sanidad veterinaria, donde cabe destacar la reestructuración de los partidos oficiales veterinarios, llevada a cabo con el Decreto 5/1986, de 16 de enero.

En materia de sanidad ambiental o control sanitario del medio ambiente, se ha intentado unificar la gestión de esta política sectorial a través de la creación de la Dirección General del Medio Ambiente dentro del Departamento de Política Territorial y Obras Públicas, reteniendo el Departamento de Sanidad y Seguridad Social competencias en materia de promoción de la salud y prevención sanitaria, y participando en los órganos colegiados interdepartamentales o interadministrativos creados

---

1. Hemos tenido en cuenta para la redacción de este apartado la obra colectiva *Desplegament autonòmic en matèria de Sanitat i Seguretat Social, Treball i Benestar Social*, actualmente en prensa, de próxima aparición bajo edición de l'Institut d'Estudis Autonòmics de la Generalitat de Catalunya.

para la tutela de determinados aspectos medioambientales —Junta de Saneamiento, Junta de Residuos, comisiones de actividades clasificadas—. Como actuación normativa en este subsector hay que mencionar la Ley 22/1983, de 21 de noviembre, de Protección del Ambiente Atmosférico. Y en relación al control sanitario de atmósferas interiores, se han dictado reglamentaciones sobre condiciones higiénico-sanitarias y de seguridad de determinados lugares de convivencia pública, disponiendo el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de competencias de inspección y autorización administrativas.

Por fin, en el ámbito de la sanidad mortuoria, la Generalidad ha emanado normas relativas a la incidencia urbanística de la construcción de cementerios, así como se ha facultado al Departamento de Sanidad y Seguridad Social a ejercer funciones de intervención o policía administrativa.

## 2. Promoción de la salud y educación sanitaria. Sanidad preventiva

Un primer dato a destacar en este ámbito se refiere a la escasa actividad normativa proyectada sobre el mismo por la Generalidad, dado que, por su propia configuración, en estos subsectores tienen más relevancia las acciones públicas de naturaleza ejecutiva.

La actuación sobre ellos de los poderes públicos autonómicos ha sido amplia, desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la sanidad, en coherencia, como ya hemos hecho mención anteriormente, con las modernas tendencias presentes tanto en el seno de la Organización Mundial de la Salud como en las políticas sanitarias de los Estados de nuestra área sociocultural. Esta vasta intervención sobre los aspectos sanitarios considerados se nos aparece, en una contemplación de conjunto, como un tanto dispersa, quizás en razón a la considerable extensión material de estos sectores; y probablemente debido también a la coyunturalidad en las actuaciones proyectadas por la Generalidad sobre ellos, que, en parte, vendría forzada por la necesidad de hacer frente a la aparición de nuevos problemas de salud, y al cambio en las circunstancias sanitarias que inciden sobre la población.

Y, sin embargo, inicialmente parece contradecir esa sensación de dispersión el dato de que en estas materias se haya hecho uso con frecuencia de la técnica programatoria. En efecto, se han aprobado numerosos planes o programas sobre aspectos puntuales en este ámbito de la promoción y educación sanitarias y prevención de la salud. Pero, al contrario, entendemos que esos dos elementos configuradores de la acción de la Generalidad en este sector van unidos: proliferación excesiva de planes sanitarios y dispersión de actuaciones. La consecuencia final es la necesidad ineludible de proceder a una coordinación o armonización de todas estas intervenciones en aras de la eficacia de la política sanitaria. Porque, efectivamente, hasta el momento se ha notado la ausencia de una verdadera actuación global integradora en esta materia que permita definir con contornos claros la existencia real de una política de salud en los aspectos de promoción y educación y preventivos. Aunque inmediatamente hay que preguntarse si desde la perspectiva técnico-sanitaria resulta posible la formulación de una tal política sanitaria global, con lo que, en caso de respuesta negativa, la omisión de la misma por la Generalidad hubiera sido obligada.

No obstante, la excepción a esta sensación de coyunturalidad y dispersión se ha producido en una materia concreta: la relativa a la lucha contra las drogodependencias. Al respecto, el Parlamento catalán aprobó la Ley 20/1985, de 25 de julio, de

Prevención y Asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. Esta Ley responde a la necesidad de luchar contra los efectos nocivos que las drogodependencias producen tanto sobre la salud individual como sobre el bienestar colectivo. Y, al respecto, presta una atención de manera global a las vertientes preventivas y asistenciales, tanto en relación a las diferentes sustancias como respecto a las medidas a tomar. La labor preventiva es de una importancia esencial en materia de dependencias, y la Ley es plenamente consciente de ello. Presta una atención especial a las medidas dirigidas a los niños y jóvenes, y regula con profusión las medidas limitativas tendentes a reducir la promoción, venta y consumo de los productos que generan dependencia a los niveles exigidos por la preservación de la salud y el bienestar colectivo. Desde la perspectiva de los niveles de actuación, esta norma establece las bases para la planificación, ordenación y coordinación de todos los servicios, impulsando la asistencia al nivel primario, y fijando una sistemática asistencial que enlaza el proceso sanitario con el de servicios sociales, de donde han surgido con posterioridad las acciones sociosanitarias en materia de drogodependencias, que se han insertado en el Plan Cuatrienal de Actuación Social (1988-1991) aprobado por el Consejo Ejecutivo. En definitiva, esta Ley, respondiendo al mandato que el artículo 43.2 de la Constitución dirige a los poderes públicos, se plantea como grandes objetivos la preservación y la mejora de la salud pública y la consecución del bienestar social. La concepción global o integral de la política sanitaria de lucha contra las drogodependencias se pone claramente de manifiesto en la definición que el art. 2 de la propia Ley hace de su ámbito de aplicación: «las acciones de promoción, acceso, información, educación sanitaria, atención, asistencia, rehabilitación y reinserción en materia de sustancias que pueden generar dependencia».

Para asegurar el acierto en el resultado de la actividad pública en los aspectos que estamos considerando, se ha dispuesto por diversas normas la creación de comités de expertos, a los que se encomienda una función asesora, consistente en elevar propuestas a los órganos competentes sobre las medidas a adoptar a partir del estudio de los problemas que se tratan de afrontar.

Han proliferado igualmente, como es propio de este subsector sanitario, las campañas de información, promoción y educación de la salud, dirigidas principalmente al ámbito escolar.

Finalmente, hay que destacar la previsión de actuaciones integrales sociosanitarias en materia de prevención de la subnormalidad, y, según ha quedado citado, de drogodependencias, las cuales han quedado inmersas con posterioridad en el seno del I Plan de Actuación Social de la Generalidad, vigente para los años 1988-1991.

Y para dejar constancia inequívoca de la amplia extensión de la materia de promoción y educación de la salud y sanidad preventiva, damos un listado sumario de los ámbitos que en ella pueden entenderse englobados, y sobre los que la Generalidad ha proyectado algún tipo de actuación:

- Publicidad médico-sanitaria.
- Educación sanitaria comunitaria.
- Salud infantil y escolar.
- Protección materno-infantil.
- Salud buco-dental.
- Estudio, vigilancia y análisis epidemiológicos.

- Vacunaciones.
- Enfermedades infecciosas.
- Prevención de la subnormalidad.
- Drogodependencias.

### 3. Asistencia sanitaria

#### a) Atención primaria de la salud

De acuerdo con las modernas concepciones de la sanidad, la Generalidad ha concedido una gran importancia a la reforma de este nivel primario de asistencia sanitaria, intentando superar así el tradicional protagonismo del hospital, que llegó a monopolizar la respuesta sanitaria a los problemas de salud, fenómeno conocido como «hospitalocentrismo». A partir del desarrollo de la atención sanitaria primaria se intenta igualmente descongestionar el hospital, de manera que este segundo nivel de asistencia sirva verdaderamente para prestar una sanidad especializada y de alta tecnología.

La reforma de la atención primaria de la salud en Cataluña se introduce con el Decreto 84/1985, de 21 de marzo, cuyas grandes líneas de concepción del modelo de este nivel de asistencia sanitaria vinieron a coincidir con las diseñadas en el ámbito estatal por el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. La norma catalana ordena el territorio de la comunidad autónoma en «áreas básicas de salud», donde se desarrollan las actividades propias a una sanidad integral a través del trabajo en equipo con carácter multidisciplinario —equipos de atención primaria—, que se lleva a cabo físicamente en los centros de atención primaria. Se prevé, asimismo, la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, el primario y el hospitalario.

La implantación progresiva del nuevo modelo de atención primaria de la salud ha encontrado dificultades en la incorporación a los Equipos de Atención Primaria por parte del personal médico del sistema anterior, en base a diferencias de retribución económica y de dedicación laboral. Ante el lento avance en la consolidación de la reforma, desde la Generalidad se intentó dar un significativo y decidido impulso a la misma mediante el Programa de Implantación de la Reforma de la Atención Primaria, aprobado por Orden de 19 de octubre de 1987.

Una de las especialidades de la reforma catalana de la atención primaria de la salud en relación al modelo estatal, consiste en la previsión de una estructura territorial intermedia entre la región sanitaria y las áreas básicas de salud, que es el llamado «sector sanitario», que fue creado por Decreto 78/1990, de 20 de marzo.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña ha dado rango legal a todas las normas configuradoras del nuevo sistema de asistencia sanitaria primaria, recogiendo todas sus previsiones. Así, se establece una estructura territorial escalonada en regiones sanitarias —que se corresponden con las áreas de salud previstas por la Ley estatal General de Sanidad—, sectores sanitarios, que cuentan con una estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación comunitaria, y en cuyo ámbito se desarrollan y coordinan las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud pública, asistencia sanitaria y sociosanitaria en su nivel de atención primaria, y las especialidades médicas de apoyo y referencia de ésta, y, asimismo, cuenta cada sector sanitario con un hospital de referencia de entre los integrados en la Red Hospitalaria de Utilización Pública (art. 33). Y, por último, el área básica de

salud, definida como la unidad territorial elemental donde se presta la atención primaria de salud de acceso directo de la población, constituyendo el eje vertebrador del sistema sanitario en el ámbito de la cual desarrolla sus actividades de sanidad integral, en el marco de una estructura física y funcional denominada centro de atención primaria, el equipo de atención primaria (art. 41).

Se prevé, asimismo, por la Ley que la región sanitaria, sirviéndose de la estructura de dirección y gestión propia del sector sanitario, coordinará los recursos sanitarios, hospitalarios y extrahospitalarios, y sociosanitarios públicos y cobertura pública, situados en el ámbito territorial específico del sector sanitario (art. 33.3). No obstante estas genéricas previsiones de coordinación de la atención sanitaria primaria con otros niveles asistenciales, señaladamente con el hospitalario, puede dudarse de su plena eficacia hasta el momento, dada la ausencia de una planificación sanitaria global que pueda tener en cuenta los diferentes subsectores en la materia de tutela de la salud, y los diversos niveles de atención sanitaria. Esta coordinación mejorará previsiblemente con la puesta en marcha del futuro plan de salud de Cataluña, según establece la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña.

#### *b) Asistencia hospitalaria*

Las actuaciones de la Generalidad en este nivel de asistencia sanitaria han estado condicionadas de manera decisiva por la peculiar estructura del sector hospitalario en territorio catalán, en el que sólo el 34 % de las camas pertenece a centros públicos. La relevancia del sector hospitalario privado en nuestra comunidad autónoma ha supuesto la necesidad para la Generalidad de establecer una acción concertada con centros de titularidad no pública, para poder asegurar así la atención asistencial a los ciudadanos de Cataluña en este nivel de tutela de la salud. De ahí, pues, la gran importancia que se ha otorgado a la acción concertada con centros hospitalarios privados.

La decisión fundamental en esta materia ha sido la constitución de la Red Hospitalaria de Utilización Pública. Ya los trabajos de despliegue del mapa sanitario de Cataluña en 1983 contenían propuestas de actuación para optimizar los recursos hospitalarios mediante la ordenación de dicha Red, que incluiría a los hospitales públicos y a los concertados. Su creación se dispuso por Decreto 202/1985, de 25 de julio, desarrollado a su vez por la Orden de 23 de abril de 1986, de establecimiento de nivel de los centros incluidos en la Red, y por la Orden de 25 de abril de 1986, sobre asistencia sanitaria concertada. Con anterioridad se habían dictado normas de acreditación, a fin de asegurar la calidad asistencial de los centros concertados (Orden de 25 de abril de 1983), configurándose dicha acreditación como un requisito imprescindible para poder ser vinculado con el Instituto Catalán de la Salud mediante concierto. En definitiva, de todas estas normas se desprende que para integrarse a la Red Hospitalaria de Utilización Pública se requiere estar autorizado, acreditado y concertado, y, además, cumplir una serie de obligaciones. La pertenencia a la Red supone someterse a la planificación del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, la asignación de un nivel, y alcanzar los objetivos asistenciales y de actividad fijados para cada centro.

La consolidación legal de este modelo hospitalario se ha producido con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, cuyo art. 43.1 la configura con el siguiente tenor literal: «A los efectos de alcanzar una óptima ordenación hospitalaria, que permita la homogeneización adecuada de las prestaciones y la utilización correcta de los recursos

humanos y materiales respecto a este nivel de asistencia, los centros y establecimientos hospitalarios integrados en el Servicio Catalán de la Salud, y también aquellos otros que satisfacen regularmente necesidades del sistema sanitario público de Cataluña mediante los convenios pertinentes, constituyen la Red Hospitalaria de Utilización Pública como instrumento dirigido a la prestación de la asistencia sanitaria pública a aquellos pacientes que requieran atención hospitalaria aguda».

También el instrumento programatorio ha ostentado protagonismo en el sector de atención hospitalaria: así, el Consejo Ejecutivo aprobó en 1986 el Plan de Reordenación Hospitalaria, que presentaba como objetivo superar los desequilibrios tecnológicos, económicos y territoriales en la distribución de las camas de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, pretendiendo una reestructuración del sector hospitalario de utilización pública. Es de suponer que esta planificación hospitalaria se integrará en el futuro en el Plan de Salud que, como instrumento programatorio integral, apruebe el Consejo Ejecutivo en cumplimiento del mandato que le dirige la nueva Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña.

Dada la ya aludida estructura hospitalaria mixta de Cataluña —convivencia del sector público y del sector privado—, además de la constitución de la Red Hospitalaria citada, la Generalidad ha tenido que servirse de una diversidad de fórmulas organizativas para asegurar las demandas de atención a la salud de los ciudadanos en el nivel hospitalario. Entre dichas fórmulas destaca, con el objetivo de un mayor aprovechamiento y racionalización de los recursos disponibles en determinados ámbitos territoriales, la constitución de Consorcios hospitalarios, en los que participan tanto entidades públicas como privadas en la institución de una nueva personalidad jurídica encargada de la gestión de los hospitales de la zona.

Por último, la Generalidad ha regulado, respecto a los centros hospitalarios de la Seguridad Social de Cataluña, su estructura orgánica, así como los sistemas de selección y promoción del personal facultativo, su régimen de dedicación y de incompatibilidades y el sistema retributivo.

#### 4. Intervención administrativa sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios privados

En esta materia entran en juego diversos principios; de un lado, la libertad de empresa en el sector sanitario y el libre ejercicio de las profesiones sanitarias —arts. 35 y 38 de la Constitución, y 88 y 89 de la Ley General de Sanidad—; de otro, el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, y el mandato dirigido desde la norma fundamental a los poderes públicos para organizar el sistema sanitario, a fin de garantizar la efectividad de dicho derecho —art. 43 de la Constitución. Este precepto constitucional legitima la intervención administrativa sobre el sector sanitario privado, que se articula, principalmente, a través de las técnicas de autorización y registro, y sometimiento al control e inspección de la Administración.

Al respecto, la Generalidad ha dictado una diversidad de normas, las cuales contemplan todas ellas esas técnicas de intervención administrativa, en función de la tipología de los centros sanitarios sometidos a ella.

En relación a los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales civiles, públicos o privados, radicados en Cataluña, el Decreto 183/1981, de 2 de julio, establece su sometimiento al control y la inspección de la Administración autonómi-

ca. Por su parte, el Decreto 118/1982, de 6 de mayo, y la Orden de 24 de enero de 1983, han previsto la autorización administrativa de los mismos, habiéndose regulado con carácter específico por otras normas la autorización administrativa relativa a determinadas clases de centros por sus características especiales. Y la Orden de 9 de agosto de 1989 establece el registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Por lo que se refiere a las oficinas de farmacia, la autorización, inspección y control administrativos de las mismas y sus titulares, se regulan por el Decreto 126/1981, de 28 de mayo, y la Orden de 28 de julio de 1979. Y el Decreto 86/1983, de 3 de marzo, establece limitaciones en cuanto a la distancia que las oficinas de farmacia deben guardar respecto a los centros de atención primaria.

Y, por último, el control y registro de las entidades de seguro libre médico-farmacéutico, se prevé por el Decreto 524/1982, de 28 de diciembre, desarrollado por órdenes de 8 de febrero de 1983 y de 29 de abril de 1985. A su vez, la Orden de 15 de julio de 1983 creó la comisión asesora de entidades de seguro libre médico-farmacéutico.

#### 5. Derechos y deberes de los usuarios de los servicios sanitarios. Información sanitaria

El art. 10 de la Ley General de Sanidad establece un catálogo de derechos de los usuarios de los servicios sanitarios con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias. Esta norma estatal goza de carácter básico, por lo que es vinculante para todas las comunidades autónomas, que, en virtud de sus competencias sanitarias podrían establecer nuevos derechos, respetando el mínimo estatal contenido en el precepto citado.

Al respecto, la regulación de la Generalidad de Cataluña ha sido escasa. Se ha limitado, en primer lugar, a establecer como requisito para la acreditación de los centros sanitarios, la obligación por parte de éstos de respetar los derechos de los usuarios (Orden de 25 de abril de 1983). Por otra parte, la Orden de 10 de noviembre de 1986, regula el derecho a la asistencia religiosa en los hospitales. Y la Orden de 7 de noviembre de 1986 establece el derecho del paciente a recibir el informe de alta por escrito —véase, en este sentido, el apdo. 11 del art. 10 de la Ley General de Sanidad—. El informe de alta aparece configurado no sólo como un derecho del paciente, sino también como un instrumento de evaluación de la actividad asistencial. En esta última vertiente informativa sirve como soporte de la planificación y gestión sanitarias.

En relación a los instrumentos de información sanitaria, que supone el soporte logístico de la planificación sanitaria, la Generalidad ha establecido los boletines de estadísticas de defunción, los registros de enfermos, y, sobre todo, la tarjeta sanitaria individual, regulada por el Decreto 90/1990, de 3 de abril.

## VI. La actuación por la Generalidad de sus competencias en materia de servicios sociales<sup>2</sup>

### 1. Aspectos organizativos: estructuración del sistema de servicios sociales

La Ley catalana 26/1985, de 27 de diciembre, prevé la instauración de un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública en el ámbito territorial de Cataluña.

---

2. Para la redacción de este apartado hemos seguido la obra colectiva citada, *Desplegament autonòmic en matèria de Sanitat i Seguretat Social, Treball i Benestar Social*, de próxima publicación.



Vamos a analizar en este apartado cuáles han sido las diversas actuaciones de la Generalidad en cuanto a la vertebración de aquella previsión legal.

Con anterioridad a dicha norma legal, la Ley autonómica 12/1983, de 14 de julio, de Administración Institucional de la Sanidad, y de la Asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña, reguló el aparato organizativo necesario para la ejecución de los servicios transferidos a la Generalidad en materia de sanidad y de asistencia y servicios sociales, disponiendo para la gestión de las prestaciones y los servicios correspondientes a la materia de asistencia y servicios sociales, la creación, bajo la dirección, vigilancia y tutela del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), con naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social. Asimismo, reguló las competencias y funciones respectivas del Consejo Ejecutivo y del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad. En suma, esta Ley intentó configurar un modelo de Administración social integrada, estableciendo en el ámbito del mismo Departamento —el de Sanidad y Seguridad Social— la responsabilidad de la gestión de los servicios sanitarios —a cargo del Instituto Catalán de la Salud— y de los servicios sociales —por cuenta del ICASS.

Este inicial modelo integrado de servicios sanitarios/servicios sociales se desfiguró con la creación del Departamento de Bienestar Social mediante Decreto 141/1988, de 4 de julio. Este nuevo Departamento ha asumido todas las competencias de la Generalidad en materia de servicios sociales y asistencia social, lo que ha supuesto la necesaria revisión del sistema previsto en la Ley 12/1983, norma ésta modificada por la Ley 10/1988, de 27 de julio, a partir de la cual se inició el proceso de traspaso de competencias desde el Departamento de Sanidad y Seguridad Social al nuevo Departamento de Bienestar Social, cambiándose igualmente la adscripción del ICASS, que ahora se ubica bajo la tutela de la nueva Consejería.

Cabe preguntarse sobre las consecuencias de orden positivo y negativo que se han derivado de la creación del Departamento de Bienestar Social. De una parte, ello ha supuesto el otorgamiento de una mayor sustantividad política al sector de bienestar social. Hay que recordar que, con anterioridad, el núcleo fundamental de las competencias en esta materia correspondía al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, siendo ésta una Consejería donde el peso del sector sanitario —por razones de cuantificación presupuestaria y de trascendencia social, habida cuenta de la creciente demanda ciudadana respecto a los servicios de atención a la salud— absorbía y oscurecía al sector de servicios sociales. Por tanto, la creación del nuevo Departamento deberá tener consecuencias positivas en relación al incremento de sustantividad política, y, quizá también, de trascendencia presupuestaria en la actuación de la Generalidad en el sector de bienestar social.

Otro aspecto positivo a destacar, derivado de la creación del Departamento de Bienestar Social, se refiere a que se ha producido una mayor concentración de las competencias relativas a este sector. Si bien antes de la aparición de la nueva Consejería, el núcleo más importante de estas competencias se hallaba dentro de un único Departamento —el citado, de Sanidad y Seguridad Social—, sin embargo algunas otras competencias con clara significación en materia de bienestar social —como, por ejemplo, las relativas a vivienda social— estaban atribuidas a otros Departamentos —la mencionada como ejemplo, al Departamento de Política Territorial y Obras Públicas—. En la actualidad, la nueva Consejería ha absorbido todas las competencias relacionadas con el bienestar social de los ciudadanos, es decir, las correspondientes a

los servicios sociales en sentido amplio, lo que habrá de permitir indudablemente que la Generalidad lleve a cabo una política de bienestar social más coordinada.

Pero también hemos mencionado como consecuencia desfavorable derivada de la aparición del nuevo Departamento la inicial desintegración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, que puede obstaculizar la formulación y ejecución por la Generalidad de una política social integrada, la cual ya se inició desde el Departamento de Sanidad y Seguridad Social con el diseño de un programa de actuaciones integradas sociosanitarias, posteriormente incorporado al I Plan de Actuación Social de la Generalidad, aprobado por el Consejo Ejecutivo para el cuatrienio 1988-1991. Esta inicial desintegración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales a nivel departamental se ha intentado paliar mediante medidas institucional-organizativas, como ha sido la creación por Decreto 202/1989, de 17 de julio, de la Comisión de coordinación de programas y actuaciones sociosanitarias de Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Departamento de Bienestar Social.

Otra nota organizativa a destacar, en relación a la vertebración del sistema de servicios sociales en Cataluña, es la numerosa previsión normativa de relaciones interadministrativas entre la Generalidad y los entes locales a efectos de coordinación y cooperación en materia de bienestar social. Efectivamente, nuestro ordenamiento autonómico otorga un cierto protagonismo a los entes territoriales en este sector: así, la Ley de Servicios Sociales regula las competencias respectivas de las comarcas (art. 10) y de los municipios (art. 11). Por otra parte, la misma Ley prevé la posibilidad de la colaboración entre la Generalidad y las Administraciones locales, cuando dispone en su art. 19 que la Generalidad ha de establecer gradualmente conciertos y convenios de cooperación o colaboración con los entes locales, así como la posibilidad de otorgar a aquellas administraciones territoriales subvenciones a fondo perdido mediante convocatoria pública.

Las principales previsiones normativas de mecanismos o técnicas de relación interadministrativa Generalidad/entes locales se contienen en la Orden de 17 de mayo de 1989, que regula con carácter transitorio la atención primaria de servicios sociales de ámbito comarcal mediante cooperación interadministrativa entre el ICASS y los consejos comarcales; y en el Decreto 220/1989, de 28 de agosto, regulador de la delegación de determinadas competencias de Administración de la Generalidad a las comarcas en materia de servicios sociales, norma que supone un desarrollo tanto de la Ley de Servicios Sociales, como de las Leyes 6/1987, de 4 de abril, sobre la organización comarcal de Cataluña, y 8/1987, de 15 de abril, Municipal y de Régimen Local de Cataluña. En el mismo sentido, supone una ejecución del principio de descentralización en la gestión de los servicios sociales, principio que se halla formulado en el art. 3-e) de la Ley de Servicios Sociales, y en el I Plan de Actuación Social de Cataluña 1988-1991, aprobado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad el 29 de enero de 1988. Finalmente, otras normas prevén la constitución de órganos sectoriales de coordinación y cooperación en diferentes materias relativas a bienestar social, con presencia en ellos de representantes de las administraciones locales. Como ejemplos, pueden citarse el consejo asesor y coordinador de protección de menores de Cataluña, previsto en el art. 22 de la Ley 11/1985, de 13 de junio, de Protección de Menores, y regulado por Decreto 380/1985, de 27 de diciembre; y la comisión de coordinación y de lucha contra las dependencias de drogas, constituido por el Decreto 160/1986, de 26 de mayo, a partir de las previsiones contenidas en el art. 40 de la Ley 20/1985, de

25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.

En cuanto a la articulación operativa del sistema de servicios sociales se prevé la, estructuración de una red de servicios sociales. Al respecto, el art. 15 del Decreto 27/1987, de 29 de enero, de Ordenación de los Servicios Sociales de Cataluña, prevé la estructuración por el Departamento competente de una Red Básica de Utilización Pública de Servicios de Atención Primaria y Especializada, en base a los planes de actuación social. Por su parte, el Decreto 39/1988, de 11 de febrero, regulador de la promoción, la financiación y las prestaciones económicas de los servicios sociales, se refiere a la vertebración de la red básica de utilización pública en su art. 1, que dispone que la estructuración de un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, configurado por la ordenación general realizada por el citado Decreto 27/1987, requiere, entre otras actuaciones, la implantación de una red básica de servicios sociales de utilización pública. A tal efecto, los medios a usar son la coordinación entre los servicios sociales locales y los del ICASS, y la concertación con la iniciativa pública y privada. Y en el art. 3 se prevé la coordinación del Departamento competente y el ICASS en cuanto a los servicios y los establecimientos públicos configurando la red básica de utilización pública, mediante la integración funcional de los recursos homólogos, sin perjuicio de mantener la respectiva titularidad de la gestión. Y en relación a la coordinación del Departamento de Bienestar Social y el ICASS respecto a la iniciativa privada, se prevé la orientación de su labor asistencial para complementar la citada red, mediante subvenciones y conciertos, y el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos. También la Orden de 29 de febrero de 1988, por la cual se regulan los programas subvencionables de servicios sociales gestionados por el Departamento competente y el ICASS, se refiere a la estructuración progresiva de una red de servicios sociales de atención primaria con cobertura para toda Cataluña. Y, finalmente, el I Plan de Actuación Social 1988-1991 contiene una previsión respecto a la progresiva implantación de la Red de Servicios Sociales de Utilización Pública, en el ámbito de las acciones para la mejora de la eficacia de la gestión de los servicios sociales, constituyendo ésta un objetivo prioritario.

Como puede observarse, la previsión de la configuración progresiva de una red de servicios sociales de utilización pública se hace a partir de la consideración de los recursos públicos y también de la iniciativa privada, a la cual se reconoce un alto protagonismo en el sector de bienestar social. Al respecto, se prevé la integración y orientación de la actividad privada hacia el sistema público de servicios sociales mediante la política subvencional y de concertación, a la que se refieren numerosas normas, dato éste que manifiesta la importancia otorgada por la Generalidad a la participación privada en la política de bienestar social. Así se constata en el art. 3.b) de la Ley catalana de Servicios Sociales, precepto que formula el principio de reconocimiento y promoción de la iniciativa social en estos términos: «La iniciativa privada sin finalidad de lucro goza de autonomía operativa, de acuerdo con lo que establece esta Ley, los principios ordenadores y los objetivos de la planificación que establezca el Gobierno de la Generalidad. Su participación tiene que ser especialmente promovida e impulsada, y se ha de integrar en los planes de actuación social».

Como último principio organizativo relativo a la estructuración del sistema de servicios sociales de Cataluña, hay que hacer referencia al principio de participación, que, según el preámbulo de la Ley de Servicios Sociales se ha de articular a nivel de

centro o establecimiento, a nivel local, y a nivel general, y constituye un criterio básico de la concepción política de bienestar social contenida en la Ley. Dicho principio se formula específicamente en su art. 3. f), al disponer que «los poderes públicos deben promover la participación democrática de los ciudadanos en la programación y el control de los servicios sociales. En el caso de que en sectores determinados haya entidades representativas de éstos, deberán ser tenidas en cuenta a fin de promover aquella participación». Por su parte, el I Plan de Actuación Social contiene un programa específico dedicado a la participación, programa dirigido a la profundización en la participación democrática de los ciudadanos en la programación y el control de los servicios sociales.

La articulación del principio de participación en el sector de bienestar social se ha concretado, en los diferentes ámbitos y niveles, mediante técnicas orgánicas. Así, a nivel general se ha constituido el Consejo General de Servicios Sociales, según previsión del art. 14 de la Ley de Servicios Sociales, como órgano de participación y consulta, adscrito al Departamento de Bienestar Social. A nivel local, el art. 15 de la citada Ley permite que las entidades locales dispongan la creación en su ámbito de consejos de servicios sociales de carácter representativo, para contribuir a suscitar la participación de la población en la definición de las necesidades sociales y elevar propuestas a los órganos locales competentes mediante las entidades representativas existentes en el mismo ámbito local. Y a la participación en el ámbito de servicios, establecimientos y centros, el art. 16 de la Ley de Servicios Sociales impone que en todas las entidades, servicios y establecimientos de servicios sociales de carácter público, y en los privados que reciban o soliciten financiación pública, funcionen mecanismos de participación democrática de los usuarios o de sus representantes legales, de acuerdo con lo que se determine por reglamento, el cual fue aprobado por Decreto 48/1988, de 11 de febrero, de regulación de la participación en los establecimientos de servicios sociales. Por último, el art. 14-3 de la Ley permite la creación por reglamento de consejos de carácter sectorial, en conexión con el Consejo General; al respecto, el I Plan de Actuación Social prevé la constitución y puesta en funcionamiento de los consejos sectoriales de la vejez, disminuidos, infancia y adolescencia, y de atención primaria. Otros órganos de participación creados son la Comisión Asesora del Programa Catalán de Lucha contra la Pobreza, constituida por Acuerdo del Consejo General de Servicios Sociales, de 23 de junio de 1987, publicado por Orden de 22 de julio de 1987; y la Comisión Asesora del Comité Directivo del Programa sectorial de estimulación precoz, instituida por Orden de 23 de junio de 1988. Todas estas previsiones suponen, pues, un desarrollo por parte de la Generalidad del principio constitucional de participación.

## *2. La acción sustantiva de la Generalidad en materia de servicios sociales*

Las actuaciones de la Generalidad en los diferentes aspectos que integran este sector han estado condicionadas desde el marco normativo fundamental configurador de su política de bienestar social, compuesto por la Ley de Servicios Sociales, el Decreto de Ordenación de los Servicios Sociales, y normas de desarrollo; y, de otra parte, también se dispone desde enero de 1988 de un instrumento planificador fundamental, el I Plan de Actuación Social de Cataluña 1988-1991, que constituye el documento de programación de la acción de la Generalidad a partir de las necesidades

y recursos existentes en el sector de bienestar social en nuestra comunidad autónoma. Este Plan diseña la sectorización tendencial de las actuaciones de bienestar social de la Generalidad por un período de cuatro años, permitiendo las adaptaciones anuales pertinentes.

En relación al contenido prestacional de los servicios sociales, las previsiones normativas se caracterizan por la gran variedad de las mismas: servicios sociales en sentido estricto, servicios sociosanitarios, prestaciones económicas, de vivienda, y de enseñanza.

Según el art. 2 de la Ley de Servicios Sociales, éstos, entendidos en sentido estricto, comprenden el conjunto de actividades organizadas que, mediante la intervención de personal preparado y con el apoyo de equipamientos y recursos adecuados, se orientan a promover los medios para prevenir la marginación y la prestación de apoyo personal, de información, de atención y de ayuda a todos los ciudadanos y colectivos, especialmente a aquellas personas o aquellas familias que, por razón de dificultades de desarrollo y de integración en la sociedad, de falta de autonomía personal, de disminuciones físicas, psíquicas o sectoriales, de problemas familiares o de marginación social, son acreedores del esfuerzo colectivo y solidario. Por su parte, el art. 4 de la misma Ley estructura los servicios sociales en dos niveles de atención: los servicios sociales de atención primaria, y los servicios sociales especializados. Estos preceptos legales son desarrollados por el art. 3 del Decreto 27/1987, de 29 de enero, de Ordenación de los Servicios Sociales de Cataluña. De otro lado, el I Plan de Actuación Social establece un programa de Servicios Sociales de Atención Primaria.

La atención sociosanitaria se define en el Preámbulo del Decreto 202/1989, de 17 de julio, de creación de la Comisión de coordinación de programas y actuaciones sociosanitarias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Departamento de Bienestar Social, como «aquella en la cual se prestan de forma integrada atenciones propias de los servicios sociales y de la asistencia sanitaria a determinados sectores de población necesitados de una asistencia global». Diversas normas y programas del I Plan de Actuación Social prevén actuaciones de este tipo.

El art. 2.2 de la Ley de Servicios Sociales permite que, de acuerdo con la programación que resulta de la planificación social, se concedan prestaciones económicas, periódicas u ocasionales. En desarrollo de esta previsión legal, el Decreto 39/1988, de 11 de febrero, regulador de la promoción, la financiación y las prestaciones económicas de los servicios sociales, fija las bases reglamentarias de las prestaciones económicas asistenciales que deberá presentar el Departamento competente de tal forma que se garanticen la objetividad en la concesión y la flexibilidad de la cobertura para así poder atender situaciones cambiantes. Por su parte, el I Plan de Actuación Social establece un programa específico relativo a prestaciones económicas individuales.

En relación a la prestación de servicio social de vivienda, el Departamento de Bienestar Social ha asumido la competencia de adjudicación de viviendas de promoción pública, según dispone el Decreto 275/1988, de 12 de septiembre. El régimen sustantivo de este servicio social se encuentra regulado actualmente en el Decreto 378/1988, de 14 de noviembre, que modifica el Decreto 216/1986, de 26 de mayo, sobre programación y adjudicación de viviendas de promoción pública.

Por último, el servicio social de formación permanente de adultos viene regulado por el Decreto 361/1983, de 4 de agosto, habiéndose atribuido su competencia al Departamento de Bienestar Social en virtud del Decreto 186/1988, de 1 de agosto.

Como conclusión, ante la variedad del contenido prestacional de los servicios sociales, puede decirse que la Generalidad ha tenido en cuenta las complejas necesidades de los sectores sociales menos favorecidos, que son de diversos tipos. Las citadas previsiones normativas de prestaciones de servicios sociales condicionan el alcance de la política de bienestar social de la Generalidad, ya que con aquellos servicios y prestaciones deberá desarrollarse desde los poderes públicos la lucha para conseguir una plena integración en la sociedad de los sectores o colectivos con un mayor riesgo de marginación, y, en definitiva, así hacer realidad la igualdad a que se refieren los arts. 9.2 y 14 de la Constitución.

Desde la perspectiva de los colectivos sociales beneficiarios del desarrollo por la Generalidad de sus competencias en materia de bienestar social, también ha sido amplio el objeto de la actuación de la Generalidad, cuya política de servicios sociales ha intentado asegurar que ningún grupo social con riesgo de marginación queda sin cobertura de atención social, procurando su integración en la sociedad. El marco general de referencia en esta cuestión se halla en el art. 5.2 de la Ley de Servicios Sociales, precepto que diseña las áreas de actuación de los servicios sociales con caracteres muy extensos.

Entre esos colectivos sociales de atención prioritaria se encuentran los menores. El marco general de actuación respecto a este grupo social se estableció por la Ley catalana 11/1985, de 13 de junio, de Protección de Menores. Y en desarrollo de la misma se dictó el Decreto 338/1986, de 18 de noviembre, de regulación de la atención a la infancia y adolescencia con alto riesgo social. Por su parte, el I Plan de Actuación Social prevé un programa específico dedicado a acciones de atención a la infancia y adolescencia.

Las personas disminuidas también han sido objeto de atención de servicios sociales por parte de la Generalidad. A partir de la Ley estatal de Integración Social de Minusválidos, la normativa autonómica principal dirigida a este colectivo está constituida por el Decreto 100/1984, de 10 de abril, sobre supresión de barreras arquitectónicas, y el Decreto 279/1987, de 27 de agosto, de Centros Ocupacionales para disminuidos. A su vez, el I Plan de Actuación Social contiene un programa específico de Atención a Personas Disminuidas, y otro relativo a actuaciones sociosanitarias, en él se ha integrado el Programa Sectorial de Estimulación Precoz, creado por Orden de 29 de julio de 1985.

Respecto a las acciones de servicios sociales previstas en favor de la tercera edad, cabe destacar el programa específico establecido en el I Plan de Actuación Social, y, como programa sociosanitario, el creado por Orden de 29 de mayo de 1986, llamado «Vida als Anys d'atenció sòcio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia», que fue reestructurado posteriormente por Orden de 6 de abril de 1988. El citado instrumento planificador contiene, al respecto, un programa específico dedicado a las actuaciones sociosanitarias.

El reiteradamente citado I Plan de Actuación Social se cuida también de la atención de las personas sin recursos económicos, cuando establece un subprograma de lucha contra la pobreza y marginación dentro del programa dedicado a los servicios sociales de atención primaria. Igualmente, en el programa relativo a la participación en los programas de política social de las Comunidades Europeas, se hace referencia a los programas europeos de lucha contra la pobreza.

Finalmente, otros grupos sociales objeto de actuación de bienestar social por parte de la Generalidad han sido los afectados por dependencias de drogas, respecto de los

que se han previsto: acciones de carácter sociosanitario, a partir del marco general ofrecido por la Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia; los enfermos de SIDA y de las infecciones provocadas por el VIH, también objeto de programas sociosanitarios; y las personas afectadas de enfermedades en general, a quienes se dirigen previsiones de prestaciones económicas asistenciales básicas de enfermedad, con carácter periódico.

En conclusión, tan extenso ámbito de colectivos sociales beneficiarios de la acción de bienestar social de la Generalidad, puede suponer graves dificultades para que los poderes públicos lleven con eficacia su política de servicios sociales a todos aquellos grupos sociales con riesgo de marginación, con lo que se hace necesario proceder a una concentración de esfuerzos y coordinación de políticas públicas, a la vez que dotarlas de mayor cobertura presupuestaria, y, asimismo, apoyarse en la iniciativa privada de carácter social. En Cataluña, la creación del Departamento de Bienestar Social parece ser una respuesta organizativa para la superación de esas dificultades.

