



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 / 1 9 8 7

La Laguna, a 22 de abril de 1987.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno de Canarias, por el procedimiento de urgencia, sobre el *Proyecto de Decreto por el que se delimitan las áreas de salud (EXP. 10/1987 PD)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen consiste en determinar si el Proyecto de Decreto sobre delimitación de áreas de salud, solicitado a instancia del Presidente del Gobierno por el procedimiento de urgencia, es conforme a la Constitución (CE), al Estatuto de Autonomía (EACan) y al resto del Ordenamiento jurídico que le fuere aplicable, constituido fundamentalmente por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), establecida en desarrollo del art. 43, CE, que reconoce el derecho a la protección de la salud.

II

1. La competencia del Consejo Consultivo para dictaminar el Proyecto normativo que se le somete a su consideración viene atribuida en base a los arts.3 y 10.6, de su Ley constitutiva, 4/1984, de 6 de julio -el último de los cuales es de novedosa redacción introducida por la Ley 13/1986, de 30 de diciembre, de modificación parcial de aquélla- al determinar que será preceptivo el dictamen en el caso de disposiciones y actuaciones de la Comunidad Autónoma de Canarias (CAC), en las que

* **PONENTE:** Sr. Hormiga Domínguez.

la legislación aplicable requiera, con el carácter que en cada caso allí se indique, el dictamen preceptivo del Consejo de Estado. De las normas a las que reenvía la citada disposición autonómica -arts.22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, (LOCE), y 130.3, de la Ley de Procedimiento Administrativo, de 17 de julio de 1958 (LPA)-, resulta que la Comisión Permanente del Consejo de Estado es competente para dictaminar los "reglamentos o disposiciones de carácter general que se le dicten en ejecución de las leyes, así como sus modificaciones", de lo que se infiere que la competencia del Consejo Consultivo para conocer de la solicitud que se le ha instado está debidamente fundamentada, debiendo matizarse que, en cualquier caso, el dictamen evacuado será no vinculante, pues éste es el carácter que se deduce de la Legislación del Estado que resulta de aplicación (arts. 2.3, LOCE, y concordantes de la LPA).

2. La competencia de la CAC para emanar una norma reglamentaria en materia de Sanidad viene delimitada, positiva y negativamente, por la Constitución y el Estatuto de Autonomía. El art. 32.7, EACan, atribuye a la CAC, en el marco de la legislación del Estado, y en su caso, en los términos que la misma establezca, la competencia de desarrollo normativo y ejecutivo, en materia de sanidad e higiene. La competencia autonómica está, pues, limitada y condicionada en su ejercicio. Limitada, porque su alcance normativo está circunscrito al desarrollo legislativo y de ejecución; condicionada porque el mismo debe hacerse en el marco de la legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca.

Por su parte, el art. 149.1.16ª, CE, atribuye al Estado la competencia en la determinación de las Áreas y la coordinación general de la sanidad. Con la fijación de las bases, el Estado pretende una "regulación normativa uniforme y de vigencia en toda la nación, porque con ellas se proporciona al sistema normativo, en este caso el de la sanidad nacional, un denominador común a partir del cual cada Comunidad podrá desarrollar sus propias competencias" (STC 3/1983, de 28 de abril). Pues bien, esta legislación básica está constituida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), cuyo objeto, según prescribe su art. 1 es "la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho de protección a la salud reconocido en el art. 43 y concordantes de la Constitución", entre los que se

encuentran los arts.40.2 (seguridad e higiene en el trabajo); 40 (previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos); 51.1 (protección de la salud de los consumidores); 44 (promoción de la investigación científica y técnica) y 149.1.16^a (productos farmacéuticos).

Es más, su art. 2.1 prevé que la LGS tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el art. 149.1.16^a de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los arts.31.1.b) y c) y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio de aquellas Comunidades Autónomas (CCAA) que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula, de lo que parece inferirse que las mencionadas normas no tienen carácter básico y, en consecuencia, el objeto preciso sobre el que recaen puede ser disponible por las CCAA, si bien la LGS sigue conservando su carácter de norma supletoria para dichas Comunidades Autónomas.

En este sentido, hay que señalar que la CAC, al amparo del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, dictó el Decreto 2/1986, de 10 de enero, sobre ordenación funcional de las Zonas de salud y puesta en marcha de los equipos de atención primaria, y la Orden de 25 de abril de 1986, complementaria de la anterior, normas que inciden, fundamentalmente, en la delimitación de las zonas de salud y en los Centros de salud regulados precisamente en el art. 62 y siguientes LGS.

La coordinación general tiene, por su parte, un contenido y un alcance propios, pues "aunque constituye un reforzamiento o complemento de la noción de bases, es una competencia distinta a la fijación de bases" (...) con la que se persigue "la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto del sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirán o dificultarán respectivamente la realidad misma del sistema" (STC citada). Es decir, la coordinación general, que le corresponde hacerla al Estado, debe ser entendida como "la fijación de medios y de sistema 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 la globalidad del sistema sanitario".

Por último, hay que hacer referencia a la competencia estatal de Alta Inspección, prevista en el art. 43, LGS, como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las CCAA en materia de sanidad; es, como señala la STC 32/1983, citada, una competencia estatal de vigilancia que recae sobre "la correcta interpretación de las normas estatales, así como indispensable interrelación". Por ello, el ejercicio por la CAC de las competencias legislativas o de ejecución que el EACan le otorga debe hacerse con respecto a las bases fijadas por el Estado, debidamente coordinadas, siendo su cumplimiento garantizado por la Alta inspección que, en última instancia, se reserva el Estado. Pues bien, mediante el presente Proyecto de Decreto, la CAC pretende integrar la norma prevista en el art. 56.1, LGS, que permite a las CCAA delimitar y constituir en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, "para organizar un sistema sanitario coordinado e integral". La regulación que se dictamina se reduce, sin embargo, a delimitar territorialmente las áreas de salud, sin incidir en sus aspectos orgánicos - tarea que, como confesamente se expresa en la documentación justificativa que acompaña al Proyecto de Decreto se deja para más adelante-, sin que haya excesos competenciales y/o afectación de normas básicas del Estado, sin perjuicio de que se deban hacer ciertas precisiones de carácter técnico, que se expondrán a continuación.

III

En el art. 3 del Proyecto de Decreto, se hace uso de una terminología de delimitación territorial quizás no demasiado acorde con la utilizada por la LGS, que la reserva para un supuesto específico. Según el citado artículo, algunas Áreas de Salud -delimitadas, recuérdese, en el art. 1 del Proyecto de Decreto- se consideran funcionalmente integradas en otras a los efectos de "hospitalización y de apoyo a especialidades para la atención de patologías que sobrepasen el nivel de recursos ofrecido por sus propios Hospitales de Área". Ahora bien, según el art. 56, LGS, las Áreas de salud delimitadas y constituidas por la Comunidad Autónoma, deberán, "en todo caso", desarrollar actividades en el ámbito de la **atención primaria a la salud** -

cuyo contenido preciso se puntualiza en el art. 56.2.a), LGS- y en el nivel de atención especializada, a realizar en los Hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllas, "en los que se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales" -art. 56.2.b), LGS-. Es decir, la CAC puede delimitar libremente la extensión territorial de cada Área de Salud, sin que se vea limitada por el contingente de población existente en cada una, si bien las Áreas que resulten delimitadas deberán ser capaces de cumplir los objetivos que la LGS les encomienda, lo que viene exigido por el hecho de que el Área de salud está considerada por la LGS como estructura fundamental del sistema sanitario (art. 56.2). En base a esto, parece procedente que el art. 1 del Proyecto de Decreto establezca 9 Áreas de Salud (Fuerteventura, Lanzarote, Norte de Gran Canaria, Sur de Gran Canaria, La Gomera, El Hierro, Norte de Tenerife y Sur de Tenerife), mientras que en el art. 3 precise que, a efectos hospitalarios y de apoyo a especialidades, 5 Áreas de Salud se encuentren integradas en las otras 4 (Norte y Sur de Gran Canaria y Norte y Sur de Tenerife). Ahora bien, si se delimitan 9 Áreas de Salud, es que, de conformidad con las previsiones de la LGS, las 9 pueden cumplir las previsiones de la LGS en orden a la atención primaria, especializada y hospitalaria. Si de la delimitación efectuada resulta que alguna de las Áreas no puede cumplir las citadas finalidades, la previsión normativa no debe ser la de crear dos tipos de Áreas de Salud (unas de "primer grado", que pueden prestar tanto la atención primaria, como la hospitalaria y especializada, y otras de "segundo grado" en donde sólo se pueden prestar tanto la atención primaria como la hospitalaria y especializada, y otras de "segundo grado" en donde sólo se puede prestar la atención primaria), sino la de constituir exclusivamente las Áreas de salud que, de conformidad con los criterios establecidos en la LGS, procedan.

Desde este punto de vista, el Proyecto de Decreto realiza una errónea interpretación del art. 56.5, LGS, en el que se ampara, toda vez que este artículo lo único que hace es excluir a Canarias de la regla general según la cual el "área de salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000", pudiendo acomodarse a sus específicas peculiaridades. Es decir,

las Áreas de Salud en Canarias podrán tener más de 250.000 o menos de 200.000 habitantes, pero las que se constituyan deberán seguir cumpliendo los requisitos que la LGS prevé, sin que sea procedente que la CAC efectúe una derogación singular de la regla básica estatal.

IV

Por último, cabe hacer ciertas precisiones técnicas al contenido del Proyecto de Decreto, que convendría introducir por razones de una deseable claridad normativa y seguridad jurídica.

1. Dado que el Proyecto de Decreto que se dictamina se refiere a un reglamento ejecutivo, toda vez que está directa y concretamente ligado a un artículo o artículos de una Ley, de manera que la misma se ve completada o pormenorizada por él, debiera comenzar su regulación con una referencia normativa a la Ley que se ve complementada o pormenorizada (art. 56, LGS).

2. En el art. 2 se prevé que las Áreas de Salud estarán integradas por comarcas, "a los efectos de mayor funcionalidad y ordenación de recursos de cada Área de Salud". Ahora bien, para distinguirla de su homónima prevista en la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, debería añadirse la expresión "sanitarias".

3. En el Proyecto de Decreto no existe disposición alguna que contemple su entrada en vigor. Tal omisión -que, por cierto, fue debidamente observada por los Servicios Jurídicos de la CAC según se desprende de la documentación que obra en el expediente-, implica que el Decreto entrará en vigor una vez agotada "la *vacatio legis*" de 20 días, prevista en el art. 2.1 del Código Civil, que resultará de aplicación según previene la Disposición Final Primera, de la Ley 1/1983, de 14 de abril, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, y en el art. 29 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado. No obstante, esta solución se compeadece poco con la pretendida urgencia con que ha sido solicitado el presente Dictamen, de modo que, si se estima que el Decreto tiene tal carácter, parece que debiera señalarse un plazo más breve para su entrada en vigor.

4. El Proyecto de Decreto que se dictamina carece asimismo de disposición derogatoria, en oposición a lo que prescribe el art. 129.3 LPA -que resulta de aplicación por virtud de los artículos 143.3, CE y Disposición Final Primera de la Ley 1/1983, de 14 de abril-, según el cual "no podrá formularse ninguna propuesta de nueva disposición sin acompañar al Proyecto la tabla de vigencias de disposiciones anteriores sobre la misma materia y sin que en la nueva disposición se consigne expresamente las anteriores que han de quedar total o parcialmente derogadas". Ambos extremos quedan silenciados en el Proyecto de Decreto, que no salva la objeción formulada ni siquiera a través de la utilización de una disposición derogatoria indeterminada, pese a que se reconozca por este Organismo que la omisión del mandato del art. 129.3, LPA, es práctica habitual de la Administración a la que, por otra parte, la Jurisdicción no le da eficacia invalidante.

5. Se advierte, finalmente, que, por exigencia de los arts.149.3, CE; 42, EACan y 2.6, LOCE, la disposición informada por este Consejo deberá expresar si se acuerda conforme con el dictamen emitido o si se aparta de él, utilizándose en el primer caso la fórmula "de acuerdo con el Consejo Consultivo" y, en el segundo "oído el Consejo Consultivo".

CONCLUSIÓN

1. La Comunidad Autónoma es competente para delimitar en su territorio las Áreas de Salud previstas en el art. 56 de la Ley General de Sanidad, en base a la Constitución y al Estatuto de Autonomía, lo que ha efectuado sin incidir en la normativa básica del Estado.

2. No obstante, se hacen ciertas precisiones de carácter técnico a los arts.2 y 3 del Proyecto de Decreto, además de observarse que no existen disposiciones derogatoria y de entrada en vigor y advertirse que el Decreto deberá hacer constar si se aprueba de conformidad, o no, con este Dictamen.