

## LA REFORMA SANITARIA EN ITALIA

**SUMARIO:** INTRODUCCIÓN. I. ASPECTOS GENERALES: 1. *La Administración sanitaria italiana antes de la Ley de Reforma.* 2. *Hacia una reforma general de la sanidad.* 3. *Objetivos y principios inspiradores de la Ley 833/1978.*—II. LA CONFIGURACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO NACIONAL EN LA LEY DE REFORMA: 1. *La distribución de competencias entre el Estado y las regiones.* 2. *Los Municipios y las unidades sanitarias locales como «terminales» del sistema.* 3. *Las prestaciones sanitarias.* 4. *La incorporación a las actividades del Servicio Sanitario Nacional a través del instrumento del concierto.* 5. *La financiación.*—III. EL SIGNIFICADO INSTITUCIONAL DE LA REFORMA SANITARIA: EL SERVICIO SANITARIO NACIONAL EN EL MARCO DE LA ADMINISTRACIÓN ITALIANA: 1. *La novedad de la fórmula organizativa.* 2. *El «gobierno» del Servicio Sanitario Nacional: la articulación Estado-regiones-entes locales.* 3. *Las unidades sanitarias locales. Reforma sanitaria y reforma local.* 4. *La actividad privada en materia sanitaria.* 5. *La posición del ciudadano-usuario ante el Servicio Sanitario Nacional.*—IV. LA APLICACIÓN DE LA LEY DE REFORMA Y LOS PROBLEMAS FUNCIONALES DEL SERVICIO SANITARIO NACIONAL: 1. *Introducción.* 2. *Desarrollo y ejecución de la Ley de reforma.* 3. *Los problemas planteados en la aplicación de la reforma.* 4. *Las propuestas de modificación en la organización del Servicio Sanitario Nacional.*—V. CONSIDERACIÓN FINAL.

### INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene su origen en la segunda parte de la tesis que presenté en la Facultad de Derecho de la Universidad de Bolonia (\*).

Aunque he respetado formalmente el esquema que entonces seguí, he cambiado su orientación. En esta ocasión me he situado en la perspectiva de un observador externo y trato de presentar una exposición que haga comprensible la experiencia de la reforma sanitaria italiana desde nuestro contexto y que permita extraer de la misma algunas enseñanzas.

El trabajo aspira —por tanto— a tener alguna utilidad entre nosotros, en un momento probablemente decisivo para el futuro de nuestro sistema sanitario en el que está en marcha un proceso de reordenación global. Pero no he pretendido aquí formular propuestas para el caso español sobre esta base; es decir, no he llevado el estudio más lejos de lo que es estrictamente la presentación de una experiencia reformista. Una experiencia importante que afecta a un sector esencial de la actividad pública y que se ha realizado en un país que ofrece sin duda mucho interés entre nosotros para los «estudios comparados».

---

(\*) Tesis que con el título de *Tutela della salute e Servizio Sanitario Nazionale* defendí el 7 de julio de 1983. Su realización fue posible gracias a una beca del Real Colegio de España en Bolonia, institución que me ha permitido además una nueva estancia para su actualización, por lo que forzoso es manifestar mi agradecimiento. Especialmente valiosas fueron en su elaboración las orientaciones y sugerencias de los profesores ROVERSI-MONACO y L. VANDELLI.

El objeto podrá quizá parecer modesto, pero en todo caso, lo será sólo en apariencia. Creo que frente a un comparatismo superficial que busca en lo foráneo el dato aislado para confirmar las propias tesis —modo de proceder al que somos bastante proclives— o frente a un comparatismo «erudito» que procede por mera acumulación de datos, el camino a seguir pasa por el estudio de reformas o instituciones en su conjunto, partiendo del concreto contexto jurídico, político y social en el que se forman y se aplican, necesariamente distinto e irreplicable en cada caso. En este modo de proceder, que busca un estudio global de una determinada experiencia que la haga comprensible y aprovechable en un contexto distinto, me he pretendido mover.

La institución del Servicio Sanitario Nacional —operada por la Ley 833/1978, de 23 de diciembre— constituye sin duda uno de los intentos reformistas más importantes de cuantos se han producido en la Italia republicana en los últimos años. Una reforma que suscitó grandes expectativas porque venía a poner fin a un estado de cosas claramente insatisfactorio y porque suponía un intento de regulación global de todo el sector sanitario con arreglo a unos principios que son sentidos hoy como valores indiscutidos de nuestra cultura política y jurídica (derecho a la salud, igualdad, descentralización, participación, programación, etc.). Incorporaba también una moderna concepción de la sanidad pública: de la *lucha contra las enfermedades* se pasa a la *protección integral de la salud* física y síquica de todos los ciudadanos. De esta reforma pudo llegar a decirse (E. CASSETTA) que constituye el «banco de prueba de toda futura actividad reformadora».

Pero es sabido que la historia de la reforma sanitaria es la historia de una gran frustración. Su fracaso se percibe con toda claridad tanto en la doctrina como en la opinión pública de aquel país y viene enfatizado sin duda por ese fuerte sentido autocrítico propio del temperamento italiano. Puede decirse que la ley de reforma viene a constituir un caso ilustrativo de ese fenómeno —por desgracia no infrecuente en nuestros días y no exclusivo del caso italiano— de las leyes inútiles o incluso, de leyes que producen resultados contrarios a los objetivos formulados —sinceramente— por el legislador.

La experiencia ilustra también sobre las dificultades que pueden surgir al intentar trasladar modelos organizativos de un país a otro, por comprobada que esté su eficacia en el país de origen (en el caso que nos ocupa, el *National Health Service* inglés) si el contexto en el que se implanta difiere notablemente.

En la exposición que sigue voy a intentar presentar, pues, el diseño reformista y su sentido institucional, así como los problemas que han determinado su fracaso (\*\*).

---

(\*\*) Las expresiones «Servicio Sanitario Nacional» y «unidad sanitaria local» se indicarán en forma abreviada (SSN y USL, respectivamente). Las citas a preceptos determinados sin especificar el texto legal al que corresponden se entienden referidas a la Ley 833/1978, de 23 de diciembre, institutiva del SSN. En ocasiones, las expresiones «Decreto-ley» y «Decreto del Presidente de la República» se indican también abreviadamente (D.L. y D.P.R., respectivamente). El trabajo se cierra en marzo de 1985.

## I. ASPECTOS GENERALES

1. *La Administración sanitaria italiana antes de la Ley de reforma*

No procede aquí el estudio detallado de la organización sanitaria italiana antes de la reforma —ahora que tiene ya un valor que en gran parte es sólo histórico— pero sí trazar sus líneas básicas. Líneas básicas que guarden un claro paralelismo con la tradicional organización sanitaria española tal y como se plasma en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944.

La actividad pública en materia sanitaria se ha articulado tradicionalmente en dos bloques: la vigilancia higiénica y profilaxis, actividad que se ha dado en llamar normalmente *policía sanitaria*, y la asistencia sanitaria (1).

Dentro del primer bloque, que encontró una disciplina global en el Texto único de las leyes sanitarias de 27 de julio de 1934, se ha solidado distinguir tres grupos de cuestiones: la protección del ambiente, la vigilancia sobre la alimentación, y la profilaxis de las enfermedades infecciosas y sociales (2). En esta materia tenía una competencia general la Administración del Estado a través de sus órganos centrales (primero la Dirección General de Sanidad Pública encuadrada en el Ministerio del Interior, luego el Alto Comisario para la Sanidad y posteriormente el Ministerio de Sanidad) y periféricos (fundamentalmente, el Prefecto o Gobernador en el ámbito provincial y el Alcalde, en cuanto delegado del Gobierno, en los Municipios) (3). También se atribuyeron competencias en este campo a las provincias como entes locales y a los Municipios (4). Organos auxiliares en el ámbito estatal eran el Consejo Superior de Sanidad y el Instituto de Sanidad (5).

La asistencia sanitaria venía prestada por una pluralidad de entes públicos y privados sin una organización unitaria sobre la base de distintos

(1) De esta distinción parte, por ejemplo, A. LABRANCA, *Sanità Pubblica*, «Nuovo Digesto Italiano», t. XI, 1939, págs. 1044 y ss. (1049 y ss.); G. ZANOBINI, *Corso di Diritto Amministrativo*, vol. V, Milán, 1957, especialmente págs. 194 y ss.; G. RABAGLIETTI, *Sanità Pubblica*, «Novissimo Digesto Italiano», t. XVI, 1969, págs. 488 y ss. (494 y ss.). Una completa exposición se encuentra en el volumen colectivo dirigido por R. ALESSI, *L'amministrazione sanitaria*, Atti del Congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, Milán, 1967. También se contiene una exposición completa en G. RABAGLIETTI, *Trattato teorico-prattico di diritto sanitario*, Bologna, 1973, y en M. ANGELICI, *Principi di diritto sanitario*, I, Milán, 1974.

(2) Vid. A. LABRANCA, *Ob. cit.*, págs. 1049-1051; G. RABAGLIETTI, *Sanità Pubblica*, págs. 494-495.

(3) Vid. artículo 1 del T.U. de 27 de julio de 1934. Como órganos de asistencia y consulta de los mismos actuaban el Organismo (*Ufficio*) sanitario provincial en relación con el prefecto —constituido por el médico y el veterinario provincial— y el *Ufficiale* sanitario municipal en relación con los alcaldes.

(4) Véase una exposición completa en G. ZANOBINI, *Ob. cit.*, págs. 155 y ss., y RABAGLIETTI, *Trattato...*, págs. 229 y ss.

(5) El primero, órgano con funciones de carácter fundamentalmente consultivo, y el segundo, órgano de investigación y formación del personal sanitario. Véase ZANOBINI, *Ob. cit.*, págs. 157-159.

conceptos y por distintos títulos. Así, en primer lugar, la *asistencia legal* era otorgada por los Municipios en relación con los pobres o indigentes. Existía también una pluralidad de instituciones de ámbito estatal o local en relación con determinadas enfermedades o con algunos grupos de personas. Junto a ello, una asistencia hospitalaria venía desarrollada también por las *Instituciones públicas de beneficencia y asistencia*. Por último, la asistencia sanitaria de los seguros sociales en relación con distintos grupos de trabajadores venía gestionada por distintos entes de ámbito nacional (6).

Un intento de racionalización de toda la asistencia hospitalaria fue realizado por la Ley de 12 de febrero de 1968, denominado usualmente ley de reforma hospitalaria. Esta ley constituía a todos los hospitales públicos en *entes hospitalarios*, es decir, en entes dotados de personalidad jurídica pública. Tales entes hospitalarios tenían la obligación de atender en caso de urgencia y sin ningún requisito especial, todos los italianos y extranjeros que lo solicitasen, con independencia del ente obligado a hacer frente a los gastos. Establecía también dicha ley, los órganos de gobierno y administración de los entes hospitalarios (Título II), los requisitos y la clasificación de los hospitales (Título III) y una programación hospitalaria (Título IV) (7).

Una importancia grande en el ámbito de la Administración sanitaria tuvo la creación de las regiones de estatuto ordinario —en aplicación de lo dispuesto por la Constitución— y la correspondiente transferencia de funciones del Estado a las regiones que en materia sanitaria tuvo lugar mediante el Decreto del Presidente de la República n. 4, de 14 de enero de 1972 (decreto legislativo), por el cual numerosas competencias hasta entonces atribuidas a los órganos centrales o periféricos del Ministerio de Sanidad fueron transferidas a las Regiones (8) —recordemos que el art. 117 de la Constitución había establecido la competencia de las Regiones en materia de «beneficencia pública y asistencia sanitaria y hospitalaria»—. Esta primera transferencia de funciones a las regiones fue completada por la Ley de 22 de julio de 1975, n. 382, que delegaba al Gobierno la emanación de las normas dirigidas a completar la transferencia de funciones y por el Decreto del Presidente de la República de 24 de julio de 1977, n. 616, dictado en uso de tal delegación. El planteamiento del Decreto 616 anticipaba ya alguno de los criterios de la reforma sanitaria que entonces estaba siendo debatida en las Cámaras (9).

(6) Vid. A. LABRANCA, *Ob. cit.*, págs. 1051-1052, y con un esquema similar, G. RABAGLIETTI, *Sanità Pubblica*, págs. 495-496. También, G. ZANOBINI, *Corso*, V, págs. 214 y siguientes.

(7) También se refería al personal de los entes hospitalarios (vid. título VI de la ley) y a las «casas de cura» privadas (título VII). Sobre la Ley de Reforma hospitalaria y el resto de la normativa en materia de hospitales puede verse A. SANDULLI, *Manuale di diritto amministrativo*, 12 ed., Nápoles, 1978, págs. 704-709, y la bibliografía allí citada.

(8) Sobre la competencia regional en materia sanitaria en el D.P.R. de 14 de enero de 1972, n. 4, véase RABAGLIETTI, *Trattato...*, págs. 337 y ss.; ANGELICI, *Ob. cit.*, págs. 137 y ss.; A. SANDULLI, *Manuale...*, 1978, págs. 700-702.

(9) Las normas del D.P.R. 616 sobre asistencia sanitaria y hospitalaria están contenidas en el capítulo IV del título II (arts. 27 a 34). El sistema competencial

## 2. Hacia una reforma general de la sanidad

La idea de una reforma sanitaria se formula ya a finales de los años 60 sobre la base de proyectos muy distintos y se va concentrando a lo largo de los años 70, en los que poco a poco se alcanzan algunos puntos de consenso (10).

La deficiente realidad de los servicios sanitarios en Italia es la que hace que todos confluyan en la necesidad de la reforma (11), aunque el acuerdo sobre el contenido a dar a la misma será difícil en cambio.

Así, por ejemplo, la asistencia sanitaria era prestada por un gran número de entes (en torno a 12.000) (12), que habían ido surgiendo en un largo proceso histórico de forma disarmónica y con falta de coordinación entre ellos y que se mostraban incapaces de proporcionar unos servicios sanitarios eficientes a todos los ciudadanos (13).

---

se articula en base a las siguientes disposiciones: una enumeración de materias que como integrantes de la «asistencia sanitaria y hospitalaria» son transferidas a las regiones (art. 27); otra enumeración de materias que son competencia del Estado (art. 30), y una lista de funciones administrativas que son delegadas a las regiones aun entrando dentro de las atribuidas al Estado en vía de principio (art. 31, de acuerdo con lo establecido en el art. 118.2 de la Constitución). Por último, establece el artículo 32, que se atribuyen a los Municipios las funciones administrativas relativas a las materias del artículo 27, que no sean expresamente reservadas al Estado, a las Regiones o a las Provincias. Con ello quedaba ya iniciado el camino de la «municipalización» de la sanidad.

(10) Puede verse una referencia a las distintas propuestas y planteamientos sobre la reforma sanitaria en F. TERRANOVA, «La storia della riforma sanitaria», en el vol. col. *Riforma sanitaria*, EDIMEZ, Roma, 1980, págs. 15 y ss. Los distintos documentos sobre la reforma sanitaria pueden verse en la obra *L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale* (2 vols.), Centri Studi Ministero della Sanità, Roma, año 1977.

Propiamente los trabajos se inician con la constitución en 1967 de una Comisión gubernativa para el estudio de la reforma sanitaria. La reforma sanitaria tiene, sin embargo, antecedentes todavía anteriores. Así, puede verse el informe del Prof. A. GIOVANARDI presentado a la Consula véneta de sanidad, de 15 de septiembre de 1945; el informe de la Comisión D'Aragona para la reforma de la *Previdenza sociale* de febrero de 1948; el informe del CNEL (Consejo Nacional de Economía y del Trabajo) sobre el mismo tema de octubre de 1963. También contiene indicaciones relevantes al efecto el plan de desarrollo económico 1965-1969, aprobado por Ley de 27 de julio de 1967, n. 685, concretamente el capítulo VII. Estos textos pueden consultarse en la obra *L'istituzione...*, cit., I, págs. 120 y ss.

(11) Sobre la precaria situación de la sanidad pueden verse las consideraciones de V. COLOMBO en el Informe de presentación del proyecto de ley de institución del Servicio nacional el 12 de agosto de 1974 (VI Legislatura), *L'istituzione...*, cit., págs. 1 y ss.

Vid. también G. BENVENUTO, *Prefazione*, en *Il Servizio Sanitario Nazionale. Una riforma indispensabile e urgente* (compilador, D. BUTTINELLI), Milán, 1977, pág. 9, y el informe del Consejo Nacional de Economía y del Trabajo, en el mismo volumen, págs. 20-21.

(12) Cfr. E. CASSETTA, «Relazione introduttiva», en *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Atti del Convegno di Parma, Milán, 1981, pág. 12.

(13) Vid. en este sentido el Informe del CNEL, cit., págs. 20-22. También, M. PASQUINI, *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Nápoles, 1979, págs. 8-9.

Debe notarse que la falta de unidad en la organización de la Administración sanitaria italiana es un problema que viene de bastante atrás. Puede recordarse

Además, el crecimiento de los costes de los servicios sanitarios se había disparado sin que ello se correspondiera con una mejora de los mismos. Este crecimiento había dado lugar, a su vez, a un incremento desproporcionado del coste del trabajo (a través de las contribuciones por seguros sociales) (14).

Por otro lado, se había puesto de manifiesto que el sistema sanitario no garantizaba el derecho de protección de la salud de todos los ciudadanos establecido en el art. 32 de la Constitución. Por eso, se planteaba el establecimiento de un sistema que garantizara esta protección sin necesidad de un título especial para ello (relación de trabajo, seguro social, consideración legal del indigente, etc.) (15). En otros términos, se trataba del paso de un sistema de *seguros sociales* que descansaban en un principio contributivo y en una relación de carácter inalagmático, a un sistema de servicio abierto a todos con financiación por el sistema tributario general, al menos, en vía de principio.

Junto a ello se manifestaba también la necesidad de superación de los esquemas tradicionales en algunos puntos:

- El sistema sanitario debía actuar de forma más intensa sobre la *prevención* de la enfermedad en todas sus formas y no sólo como un remedio *a posteriori*.
- Era necesario dar al sector sanitario una nueva regulación global y unitaria que comprendiera no sólo las materias estrictamente sanitarias, sino también todas aquellas materias cuya finalidad es la protección de la salud.
- El sistema sanitario debía garantizar la unidad y la coordinación de toda la actividad en este campo, pero sin ir hacia esquemas de centralización y rigidez, sino haciendo compatible esta unidad con la descentralización en la gestión (16).

---

a este respecto que en la discusión del artículo 32 de la Constitución (entonces, art. 26) se propuso introducir un párrafo —tras la afirmación de que «la República protege la salud...»— del siguiente tenor:

«*Lo Stato assolve tale compito attraverso istituzioni coordinate intorno ad un unico organo centrale ed autonomo*».

Véase la defensa de este inciso a cargo del On. Caronia en *La Costituzione delle Repubblica nei lavori preparatori della Assemblée Costituente*, vol. II, Roma, 1970, págs. 1215-1216.

(14) Vid. el Informe del CNEL sobre el proyecto de ley institutiva del Servicio Sanitario Nacional, págs. 23-25. El sistema se caracterizaba, según este Informe, por su gestión sin límite de gastos en la cual los diversos entes transferían sus déficits al Estado y, en consecuencia, a la colectividad.

(15) Véase, por ejemplo, M. PASQUINI, *Ob. cit.*, págs. 10 y 12.

(16) Esta descentralización venía exigida por imperativos de la propia Constitución (especialmente arts. 117 y 118).

Por la vía de la descentralización había avanzado ya el Decreto-ley de 8 de julio de 1974, convalidado con algunas modificaciones por la Ley n. 386, de 17 de agosto de 1974, que abría la puerta a las Regiones a la intervención en materia hospitalaria. Esta ley no sólo anunciaba la reforma sanitaria (véase art. 6 de la Ley), sino que la hacía necesaria puesto que prohibía, en tanto no entrara en vigor la Ley de Reforma, la institución de nuevos servicios por los entes hospitalarios y la ampliación del personal, en vía de principio.

Se comprende que en este contexto de ideas ejerciera una particular atracción el modelo inglés del *National Health Service*, establecido en 1948, en el cual una organización unitaria presta los servicios sanitarios a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, sin perjuicio de su gestión descentralizada. Las referencias a este modelo son, por lo demás, explícitas (17).

La Ley de reforma sanitaria sufrió un proceso de elaboración largo y difícil (18). Se comprende esta dificultad si se tiene en cuenta la importancia de los intereses que concurren en este sector y el hecho de que el sector sanitario atrajo durante estos años buena parte de los esfuerzos reformistas de numerosos grupos políticos y sociales, con puntos de partida muy diferentes entre sí sobre la concepción de la sociedad y el Estado.

Pero en cualquier caso, tras una larga elaboración parlamentaria (19), se llegó a la ley 833/1978, de 23 de diciembre, «institutiva del Servicio Sanitario Nacional», que constituye el punto de partida de nuestro estudio. Con esta ley se pone fin a lo que los italianos llaman «sistema mutualístico» (20) y se sientan las bases para una organización administrativa de nuevo cuño —que sobre la base de la articulación de todo el territorio nacional en *Unitades Sanitarias*, responsabiliza a todos los entes territoriales (especialmente, Administración estatal, Región y Municipio)—, con una regulación global de toda la materia sanitaria (la asistencia sanitaria en su sentido más amplio, pero también la prevención en todos sus aspectos, la higiene de los alimentos, la disciplina de los medicamentos, los tratamientos sanitarios obligatorios, etc.), con la atracción de materias consideradas hasta entonces al margen propiamente de lo sanitario (la higiene y seguridad en el trabajo, la protección frente a la contaminación, la sanidad

---

(17) Vid., por ejemplo, G. GUASPARRI, *Per un servizio sanitario nazionale. II «National Health Service»*, Milán, 1964.

(18) La idea de un Servicio Sanitario Nacional articulado territorialmente en Unidades Sanitarias Locales dotadas de una gestión autónoma y una representatividad democrática aparece ya en el documento presentado por el profesor A. SEPELLI en diciembre de 1967 (vid. *L'istituzione*, I, cit., págs. 197 y ss.).

Un precedente importante es el contenido por el proyecto de ley núm. 3207 de la VI Legislatura presentado por el Ministro Colombo el 12 de agosto de 1974, decaído al final de la misma. Véase *L'istituzione*, I, págs. 61 y ss. También en «Le Regioni», 1978, págs. 1031 y ss.

La Ley 833/1978 es el resultado de la tramitación parlamentaria del proyecto de ley núm. 1252 presentado por el Gobierno el 16 de marzo de 1977 en la VII Legislatura. Véase dicho proyecto en *L'istituzione*, II, págs. 27 y ss.

En la doctrina, pueden verse algunos estudios sobre la discusión y elaboración de los aspectos básicos de la reforma sanitaria. Vid. en este sentido G. DE CESARE, *La configurazione giuridica delle unità sanitarie locali*, «Il foro amministrativo», 1971, III, págs. 670 y ss.; M. CAMMELLI, *Le Regioni nelle proposte statali di riforma sanitaria*, «Le Regioni», 1974, págs. 987 y ss.; M. P. CHITI, *Natura giuridica delle UUSLL: aspetti problematici*, en AA. VV., *Unità sanitarie e istituzioni* (a cargo de F. MERUSI), Bolonia, 1982, págs. 21 y ss., especialmente págs. 24 y ss.

(19) Para una cronología de los trabajos parlamentarios, vid. *Il Servizio Sanitario Nazionale*, coordinado por F. A. ROVERSI-MONACO, Milán, 1979, págs. 771 y ss.

(20) Se alude con ello a un sistema en el cual convivían distintos seguros obligatorios de enfermedad con un régimen diferente, sobre colectivos distintos de personas y gestionados cada uno por su propio ente.

de las actividades deportivas, etc.), y con una capacidad potencial, para incidir en toda la organización administrativa italiana.

### 3. *Objetivos y principios inspiradores de la Ley 833/1978*

La Ley 833 instituye —como indica su enunciado— el Servicio Sanitario Nacional, realidad organizativa para cuya definición no es posible remitirse a ninguna de las figuras jurídicas consolidadas en el ámbito de la organización política y administrativa del Estado. En particular, no es posible hablar de órgano de la Administración o del Estado ni encaja tampoco dentro de la variada tipología de entes públicos que conoce actualmente el Derecho público. Prueba de ello es la definición básicamente «finalista» que nos proporciona el art. 1.º de la Ley: «El servicio sanitario nacional está constituido por el conjunto de funciones, estructuras, servicios y actividades destinadas a la promoción, al mantenimiento y a la recuperación de la salud física y psíquica de toda la población...», en la que se utiliza una serie de expresiones de notoria amplitud e imprecisión, pero que caracterizan al SSN tanto en un sentido estático (estructuras), como dinámico (funciones, actividades).

El SSN se articula mediante la colaboración del Estado y las Regiones —que comparten competencias básicamente normativas y de programación— con los Municipios y la concentración de todas las actividades «operativas» (21) en las *Unidades Sanitarias Locales* —cuya calificación desde el punto de vista jurídico resulta también problemática, como veremos— que se extiende por todo el territorio nacional.

Toda la población se beneficia así de la actividad del SSN, a través de la conexión que la residencia de cada uno crea con la correspondiente Unidad Sanitaria Local, la cual es responsable de la prestación de los servicios garantizados a todos los ciudadanos directamente o indirectamente a través de conciertos con instituciones públicas o privadas.

En la base de la institución del SSN está la idea de financiar los servicios sanitarios mediante el sistema tributario general (22). Este punto, sin embargo, no pudo incorporarse a la Ley, sieno aplazado a un momento posterior (23). Por el momento se dispuso la equiparación de las contribuciones que antes se pagaban en los distintos regímenes de Seguros de Enfermedad estableciéndose además la «aseguración obligatoria» en el SSN de todos aquellos que no se beneficiaban de un Seguro obligatorio antes de la Ley (24).

(21) Véase la amplia enumeración que se contiene en el artículo 14.3 de la Ley. Unos principios generales sobre las prestaciones a cargo de la USL se contienen en el artículo 19. Para un tratamiento separado vid. artículos 20 y ss.: prestaciones de prevención (art. 20), cura (art. 25), rehabilitación (art. 26) y asistencia farmacéutica (art. 28).

(22) Vid. E. FERRARI, *Art. 57*, en *Il Servizio Sanitario Nazionale* (coordinado por ROVERSI MÓNACO), págs. 574-576.

(23) Vid. una referencia a esta posibilidad en el artículo 53.4.f) de la Ley.

(24) Véanse los artículos 53.4.f), 57.2 y 63. Este último artículo se refiere a la «Aseguración obligatoria» y establece quiénes están obligados a pagar las «contri-

Los objetivos y principios inspiradores de la Ley 833 —y por tanto del Servicio Sanitario Nacional— se deducen de los dos primeros artículos de la misma, que deben ser puestos en relación con otros preceptos.

A) La finalidad del SSN es la protección de la salud «como fundamental derecho del individuo e interés de la colectividad» (art. 1.1). Toda la Ley 83 —y en consecuencia la actividad del SSN— aparece claramente derivada del principio establecido en el art. 32 de la Constitución, de donde arranca su fundamento. De ello deriva también el criterio de la universalidad de destinatarios (25) y el de la igualdad de trato (26), lo cual se conecta con la realización del principio de igualdad sustancial establecido por el art. 3.2 de la Constitución.

B) Esta protección debe producirse en «el respeto de la dignidad humana», según establece el art. 1.2. El respeto a la persona humana se convierte así en un principio fundamental del SSN (27).

C) Se asegura también lo que se ha denominado «principio de globalidad de las intervenciones» (28). En el SSN se garantiza la unidad y la coordinación de todas las actuaciones que se orientan a la protección de la salud. «En el Servicio Sanitario Nacional» —dice el art. 1.4— «se asegura la conexión y la coordinación con las actividades y las intervenciones de todos los otros órganos, centros, instituciones y servicios, que desarrollan en el sector social actividades que inciden de cualquier forma en el estado de salud de los individuos y de la colectividad». La concentración de funciones en las unidades sanitarias locales, que dimana de los arts. 20, 14 y 19 también se orienta hacia esta globalidad (29).

Se observa, pues, una reacción contra el estado anterior de cosas que se caracterizaba por una fragmentación de las competencias y de las intervenciones.

D) La idea de la protección de la salud de todos los ciudadanos como objetivo global es desarrollado analíticamente por el art. 2, que en una detallada relación da idea de la amplitud de la materia que se conecta a la salud en la que destaca el papel que se asigna a la prevención en sus distintos aspectos (30).

---

buciones» correspondientes y la cuantía de las mismas (a fijar por el Ministerio de Sanidad en función del «coste medio *per capita*» de los servicios sanitarios en el año precedente).

(25) *Toda la población* es la expresión que utilizan los artículos 1.3 y 19.1

(26) Enunciado en el artículo 1.3 como «igualdad de los ciudadanos en relación con el servicio», recorre todo el articulado de la Ley (arts. 3.2; 4; 10.1; 53.4.f); etc.).

(27) No se trata —según explican ROVERSI MÓNACO y BOTTARI— de un límite a la actividad del SSN, sino de un objetivo que éste debe concurrir a realizar (vid. *Art. 1, Il Servizio*, pág. 9).

(28) Véanse ROVERSI MÓNACO y BOTTARI, *Ob. cit.*, pág. 9, y M. PASQUINI, *Il Servizio*, págs. 118-119.

(29) El artículo 10 se refiere a la *gestión unitaria de la protección de la salud*, que corresponde a las UUSSLL. Véanse también la larga enumeración de funciones que contiene el artículo 14 y el amplio elenco de prestaciones que están a cargo de las mismas en los artículos 19 y ss.

(30) En un sentido crítico con respecto al contenido de este artículo, vid. ROVERSI MÓNACO y BOTTARI, *Art. 2*, en *Il Servizio*, págs. 15-16, quienes señalan que no

E) Un criterio general de gestión descentralizada del servicio se deduce de la distribución de competencias que resulta de los arts. 5 y sigs. de la Ley y en particular del art. 10, según el cual, «la gestión unitaria de la protección de la salud se realiza de modo uniforme sobre todo el territorio nacional mediante una red completa de unidades sanitarias locales».

F) Un principio general de participación de los ciudadanos en la gestión y control de los servicios sanitarios se manifiesta en el art. 1.3 de la Ley y en algunos otros artículos de la misma (vid., por ej., arts. 11.3 y 13.3) (31).

G) Por último, se establece la posibilidad de que determinados entes públicos o privados o personas particulares no encuadrados dentro del SSN concurren a los fines del mismo fundamentalmente a través de las Asociaciones de voluntariado (arts. 1.5 y 45 de la Ley) y mediante la prestación de servicios sanitarios previo el correspondiente *concierto* (32) (arts. 25 y ss., y 39 y ss.). La ley 833 contempla ampliamente la posibilidad de que centros e instituciones no encuadrados orgánicamente en el SSN concurren a sus fines a través del instrumento del concierto.

Una vez realizado este encuadramiento general de la ley, podemos adelantarnos ya en el estudio del Servicio Sanitario Nacional con particular referencia a sus aspectos organizativos. Como punto de partida, haremos una exposición general de la organización del SSN (II), para estudiar después los principales aspectos de la misma desde un punto de vista jurídico-institucional (III). Posteriormente, examinaremos la funcionalidad de las instituciones de la ley 833 y el alcance de los objetivos de la reforma, a la vista de la experiencia de los años que han transcurrido desde su entrada en vigor (IV).

## II. LA CONFIGURACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO NACIONAL EN LA LEY DE REFORMA

Antes de profundizar en algunos temas, procede exponer —de forma esquemática— los datos que caracterizan el diseño global del SSN en la ley 833. A ello dedicamos las líneas que siguen.

se trata propiamente de objetivos, sino de materias que pueden ser objeto de programación sanitaria, en las que aparecen además algunas repeticiones y algunas contradicciones.

El papel central asignado a la prevención aparece en numerosos puntos: 1) «formación de una moderna conciencia sanitaria sobre la base de una adecuada educación sanitaria del ciudadano y de la comunidad»; 2) «la prevención de las enfermedades y de los accidentes en todos los ámbitos de vida y de trabajo»; 3) «la promoción y la salvaguarda de la salubridad y de la higiene del ambiente natural de vida y de trabajo»; 4) «la higiene alimentaria y sanidad veterinaria»; b) «seguridad y salubridad en el trabajo»; y h) «la lucha contra la contaminación».

(31) Sobre el tema de la participación en el ámbito municipal a que se refiere el artículo 13.3, vid. V. ITALIA, *Art. 13*, en *Il Servizio*, págs. 127 y ss., 138 y ss.

(32) Opto por traducir el término italiano *convenzione* por la expresión «concierto», más generalizada entre nosotros para situaciones análogas que la de «convención».

Así, en cuanto a las funciones normativas, hay que señalar que la ley 833 es una ley de principios que sienta las bases de la regulación de la materia, pero que se remite en numerosos puntos a una normativa posterior de detalle, remisiones a través de las cuales se reparte la competencia normativa entre el Estado y las regiones. Nada menos que unas 70 regulaciones normativas se encomiendan al Estado (ya sea en forma de ley ordinaria, de Decretos legislativos, o de Reglamentos Ministeriales o del Gobierno) y otras 26 se encomiendan a cada una de las regiones (33). Señaladamente, se reserva al Estado la competencia para dictar normas con valor de ley en las que se aseguren condiciones uniformes de salud en todo el territorio nacional (34), pero la competencia legislativa regional alcanza a todas aquellas materias que no hayan sido expresamente reservadas al Estado (35).

En cuanto a la función de programación —cuya posición en el diseño general de la ley es clave y que tiene un sentido global comprensivo de toda la política sanitaria— corresponde al Parlamento la aprobación mediante Ley del Plan Sanitario Nacional, que como regla general tiene duración trianual, previa elaboración por el Gobierno sobre la base de una propuesta del Ministerio de Sanidad. En el Plan Nacional se fijan los niveles de prestación que se aseguran a todos los ciudadanos y el importe del Fondo Sanitario Nacional. Por su parte, las Regiones aprueban mediante ley los planes sanitarios regionales, también de duración trianual, de conformidad con los criterios y directivas del Plan Nacional (art. 55).

El Estado y las regiones son también los niveles competentes en materia financiera. El Estado determina la cuantía del Fondo Sanitario Nacional y también su distribución entre las Regiones, a través de una decisión de la Comisión Interministerial para la programación económica (CIPE), de modo que se alcance una equiparación en los niveles de prestación. Las

(33) Vid. E. CASETTA, *Relazione introduttiva*, cit., pág. 15.

(34) Estas condiciones uniformes de salud se refieren particularmente (art. 4) a materias como la contaminación, la seguridad y salubridad en el trabajo, sanidad alimentaria, experimentación clínica, recogida y distribución de sangre, etc.

Además, en este mismo artículo se encomienda al Estado la fijación de los niveles máximos de aceptabilidad de contaminación y de ruido.

(35) En realidad —aunque formalmente se hable de una competencia regional en materia de «asistencia sanitaria y hospitalaria» (art. 11)—, de la lectura conjunta del D.P.R. 616/1977 y de la ley 833/1978 resulta que el legislador ha ido más allá de lo previsto en el artículo 117 de la Constitución (que se refiere tan sólo a la asistencia sanitaria y hospitalaria), atribuyendo a las regiones una genérica competencia en materia de sanidad (en el sentido amplio que la misma tiene en la ley 833) que se corresponde con la necesidad de no escindir lo que es asistencia sanitaria en sentido estricto con el resto de las actividades en materia sanitaria, especialmente el aspecto preventivo.

M. S. GIANNINI ha afirmado que a través de la delegación de la ley 382/1975 se trató de reordenar la enumeración del artículo 117 de la Constitución, realizada de forma casual y disorgánica, y en particular, el legislador entendió al transferir las funciones relativas a la asistencia sanitaria que ésta no era separable de la higiene. Señala también que se ha producido una «modificación oculta» de la Constitución: manteniéndose la constitución formal, se ha cambiado la constitución material (vid. M. S. GIANNINI, «Relazione di sintesi», en *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Convegno di Parma, Milán, 1981, págs. 116-118).

regiones reparten la cuantía del Fondo que se les asigna entre las UUSLL de su territorio, de modo que se garanticen niveles de prestación uniformes en todo el territorio regional (art. 51).

Como se ha indicado, también se atribuyen algunas funciones administrativas al Estado (sanidad exterior, organización sanitaria militar, etc.) (36) y a las regiones (37).

Como órgano de colaboración Estado-regiones, con funciones consultivas y de propuesta, se estableció el Consejo Sanitario Nacional, compuesto por representantes de la Administración del Estado, de las regiones y de otros organismos públicos de ámbito nacional, y presidido por el Ministro de Sanidad.

## 2. *Los Municipios y las unidades sanitarias locales como «terminales» del sistema*

Como se ha indicado, la ley 833 asumió un criterio de descentralización a nivel local y concretamente a nivel municipal. Como resultado de ello el art. 13 atribuyó a los Municipios todas las funciones administrativas en materia de asistencia sanitaria y hospitalaria que no hubieran sido expresamente reservadas al Estado o a las regiones, previendo —sin embargo— que los mismos las ejercían en forma aislada o asociada, a través de las Unidades Sanitarias Locales (38).

Las UUSLL —que constituyen el elemento clave del SSN— realizan la «gestión unitaria de la protección de la salud» en todo el territorio nacional de forma uniforme (art. 10.1). De «terminales» del Servicio ha hablado expresivamente G. MOR (39). El ámbito territorial de las mismas es determinado por las regiones, oídos los municipios interesados. Como regla general se establece que deben comprender una población no superior a 200.000 habitantes, ni inferior a 50.000.

De este último dato puede deducirse ya alguna consecuencia sobre la posición que toman las UUSLL en relación con los Municipios. Dado el escaso tamaño de la mayoría de los Municipios italianos, salvo en las grandes ciudades —en las que existen varias UUSLL—, y en los supuestos —no muy abundantes— de coincidencia entre Municipio y USL, el territorio de las UUSLL comprende a varios Municipios (40). Para estos su-

(36) Vid. artículo 6 de la ley en relación con el artículo 7 de la misma (funciones «delegadas» a las regiones).

(37) Además de las funciones «delegadas» (art. 7) se mencionan otras a lo largo del articulado de la ley: estipulación de conciertos en algunos casos (p. ej., art. 39), las autorizaciones para las casas de cura privadas (art. 43), etc.

(38) En este precepto (art. 13) se enunció también un principio general de *participación* en la gestión de la sanidad de los operadores sanitarios, las formaciones sociales existentes en el territorio, los ciudadanos, etc.

(39) Vid. G. MOR, *Art. 10*, en *Il Servizio*, cit., págs. 97 y ss., 102.

(40) Según los datos que presenta A. MARTINO (*Associazioni intercomunali e Unità sanitarie locali: alcuni dati*, «Regione e governo locale», 1982, 2, págs. 30 y ss., 31), hay 13 ciudades divididas en más de una USL, ocho municipios que coinciden con una USL y, en el resto de los casos, las UUSLL corresponden a varios municipios.

puestos de gestión municipal asociada de la sanidad, se recurre a las Comunidades de Valle (41) —allí donde existan— o a la Asociación obligatoria de los Municipios.

La amplitud de los cometidos que se asignan a las UUSSLL se ve reflejada en la amplia enumeración que se contiene en el art. 14.3 de la ley (42), o en la previsión de que las mismas lleven a cabo la prestación de todos los servicios de prevención, curación, rehabilitación y medicina legal (artículo 19).

De este modo, se obtiene la concentración de toda la actividad *operativa* o de prestación en su sentido más amplio (incluyendo en definitiva toda la actividad que implica una relación directa con los ciudadanos) en la USL (43). Ello es coherente con el principio de descentralización —tendente a vincular la gestión de la sanidad a los órganos representativos de los entes locales— y con el de globalidad, según el cual no se atribuyen concretas competencias o prestaciones, sino una misión global de protección de la salud en todos sus aspectos. La Ley 833 inserta estas UUSSLL en un Servicio Nacional unitario situando en los niveles estatal y regional las funciones normativas, financieras y de programación, que pretenden asegurar la coordinación y la igualdad de los ciudadanos en las prestaciones y en las condiciones «externas» de salud.

La organización de las UUSSLL viene establecida en sus aspectos básicos en el art. 15 de la Ley, que remite a la legislación regional para su desarrollo. Como órganos fundamentales de las mismas se configura la *Asamblea General* y el *Comité de Gestión* de la USL.

En los casos de USL que coincide con un Municipio o que tenga un ámbito territorial inferior a éste, la Asamblea de la USL está constituida por el Consejo Municipal (la Corporación municipal en nuestra terminología). Si su ámbito corresponde a varios municipios asociados o a una Comunidad de Valle, la Asamblea de la USL está constituida por la Asam-

---

(41) Opto por traducir la expresión italiana «Comunità montana» por Comunidad de Valle.

Las Comunidades de Valle constituyen una fórmula asociativa de municipios limítrofes en las zonas de montaña que formen un territorio homogéneo. Su función originaria era la de favorecer el desarrollo técnico y económico de la zona, pero el D.P.R. 616/1977 y la ley 833/1978 han ampliado sus cometidos. Vid., sobre el tema, A. SANDULLI, *Manuale de Diritto Amministrativo*, Nápoles, 1982, pág. 496, con algunas indicaciones bibliográficas.

(42) En todo caso, no es posible dar a esta enumeración un valor taxativo dada la cláusula general de competencia a favor de los Municipios y de ejercicio de las mismas a través de las UUSSLL (art. 13).

En esta enumeración se incluyen actividades como:

- educación sanitaria,
- higiene del ambiente,
- prevención de las enfermedades,
- higiene y medicina de la escuela, del trabajo y de las actividades deportivas,
- asistencia sanitaria general, especialista, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación,
- higiene de los alimentos,
- prestaciones médico-legales, etc.

(43) Las UUSSLL distribuyen su territorio en unas unidades más reducidas constituidas por los *distritos sanitarios de base* (art. 10.3).

blea de la Asociación de Municipios (formada por representantes de los municipios asociados según criterios de proporcionalidad) o por la Asamblea de la Comunidad de Valle. La Asamblea General de la USL elige al Comité de Gestión y tiene reservadas las actuaciones de mayor trascendencia: aprobación del presupuesto y de la plantilla orgánica del personal, aprobación de reglamentos, celebración de conciertos, etc. Por su parte, el Comité de Gestión tiene atribuidos «todos los actos de administración» de la USL. Se prevé también —art. 15.9.2— un *Organo (Ufficio) de Dirección*.

En lo demás ha de estarse a lo dispuesto en las respectivas leyes regionales a las cuales se les encarga algunos cometidos como «asegurar la autonomía técnico-funcional» de los diversos Servicios de la USL y procurar la gestión coordinada e integrada de los Servicios Sanitarios con los Servicios Sociales existentes en el territorio (44).

Hay que señalar, por último, que la ley prevé —pensando en grandes hospitales o instituciones altamente especializadas— la existencia de centros que desarrollen su actividad en relación con más de una USL (art. 18): son los llamados *Servicios multizona*, cuya gestión corresponde —sin embargo— a la USL en cuyo territorio se ubican.

### 3. *Las prestaciones sanitarias*

Destacaremos aquí simplemente —de forma muy esquemática— algunos aspectos de la regulación de las prestaciones sanitarias (45) en la ley de reforma sanitaria.

La ley 833 establece en sus arts. 19 y ss. un marco general de las prestaciones, pero se remite a lo dispuesto en la programación sanitaria (plan

(44) La filosofía que está en la base de las UUSLL ha sido explicada por G. MOR (*Poteri e funzioni comunali nei confronti dell'unità sanitaria locale*, en AA. VV., *L'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, 1981, págs. 91 y ss., 93 y ss.) en los siguientes términos. El objetivo de la protección de la salud de todos los ciudadanos en condiciones uniformes no se ha querido perseguir a través de una organización ministerial o de un ente público, sino mediante estructuras operativas cercanas a los usuarios. De ahí que se haya optado por un Servicio Nacional (no estatal) gobernado y programado por el Estado y las regiones, pero actuante a través de estructuras conectadas con las autonomías locales. Estas estructuras —conjunto de medios personales y materiales— debían separarse del Municipio, precisamente por estar destinadas a integrarse en un Servicio Nacional. En este sentido, confiar su administración a una Asamblea electiva como el Consejo Municipal hubiera podido conducir a una total politización de la materia. Por eso el legislador dispuso una serie de filtros entre el órgano político (Consejo municipal) y la realización de la actividad: atribución de la gestión a un órgano específico (Comité de Gestión), existencia de un Oficio de dirección, aseguramiento de la autonomía técnico-funcional de los Servicios, etc.

(45) La ley utiliza la expresión «prestaciones sanitarias» en un sentido amplio, que se ha preferido frente a la de «asistencia sanitaria». E. FERRARI (vid. *Art. 19, Il Servizio*, págs. 225-227) ha explicado cómo el legislador distingue en la ley 833 entre los términos «funciones» y «prestaciones» según la naturaleza jurídica de la actividad reservando el primero para aquellas actividades administrativas que implican ejercicio de poder público incidiendo en la esfera jurídica del particular.

sanitario nacional y planes sanitarios regionales) para la fijación concreta del nivel de las mismas, es decir, del *quantum* en la asistencia sanitaria (46).

Como principio general en la prestación de los servicios médicos se afirma el derecho de los usuarios a la libre elección del médico y del lugar de curación dentro de «los límites objetivos de la organización de los servicios sanitarios» (art. 19.2) (47). Los usuarios se benefician de las prestaciones que ofrece el SSN precisamente en la que tiene su residencia, aunque es posible beneficiarse de los servicios de cualquier otra USL «por razones motivadas o en casos de urgencia o de cambio temporal de residencia» (art. 19.4) (48).

En relación con la asistencia de medicina general y pediatría —que pueden realizarse tanto en forma ambulatoria como domiciliaria— se habla de una elección del *médico de confianza* que debe tener entre el personal dependiente del SSN o concertado con el mismo siempre que operen en el ámbito territorial de la USL o en el municipio de residencia del ciudadano. Esta relación de confianza puede cesar en cualquier momento a requerimiento del paciente o del médico, requerimiento que en este segundo caso debe ser motivado (art. 25, pp. 3, 4 y 5).

También la asistencia de especialidad, la hospitalaria y la que la ley denomina «de diagnóstico instrumental y de laboratorio» (análisis, radiografías, etc.) pueden prestarse en centros propios del SSN y en centros concertados (49).

Como instrumento informativo auxiliar de la asistencia sanitaria se establece para cada usuario una cartilla sanitaria personal (*libretto sanitario*)

(46) Así, por ejemplo, cuestiones tales como la determinación de los medicamentos que son suministrados gratuitamente a los usuarios, o el porcentaje a pagar por éstos en determinados casos, o las prótesis que se entregan gratuitamente, etc., quedan remitidos a la programación sanitaria (vid. arts. 3; 53.f y 57.1).

(47) El sentido de este principio es el de crear un marco adecuado para la relación médico-paciente, relación que es considerada por la ley como una relación de confianza (art. 24.5).

Los *límites objetivos* a los que se refiere la ley pueden identificarse con la propia competencia técnica del servicio de que se trate, o su capacidad material (número de camas de un hospital, por ejemplo), etc.

(48) «Usuario» del SSN es «toda la población» (arts. 1.3 y 19.1) incluyendo también los extranjeros, pues el artículo 6 incluye dentro de las competencias del Estado la asistencia a los extranjeros y a los apátridas «en los límites y con las condiciones previstas en los acuerdos internacionales utilizando los servicios sanitarios existentes». No parece, por tanto, que a la expresión «ciudadano» también utilizada por la ley en algunos casos (p. ej., art. 19.2) se la pueda atribuir un alcance restrictivo. Vid., en este sentido, E. FERRARI, *Art. 19, Il Servizio*, págs. 231-232, y F. C. RAMPULLA, «Le prestazioni della unità sanitaria locali», en *Unità sanitarie e istituzioni* (coordinado por F. MERUSTI), Bolonia, 1982, págs. 117 y ss.

(49) En este punto la ley refleja un compromiso entre puntos de partida muy distintos sobre la mayor o menor «publicación» del servicio. Vid. sobre ello E. FERRARI, *Art. 19, cit.*, págs. 283-285, quien explica cómo la solución a la que llega la ley consiste en admitir que las prestaciones sanitarias pueden realizarse directamente por las UUSLL o indirectamente a través de personal o centros concertados, sin que exista preferencia alguna entre uno y otro sistema salvo en lo relativo a las prestaciones de especialidad y de diagnóstico instrumental y de laboratorio que, normalmente, se llevan a cabo por las UUSLL directamente.

que contiene los datos principales de la salud del mismo. Cartilla que conserva el usuario y que sólo puede ser requerida por el médico «en interés exclusivo de la protección de la salud del interesado» (art. 27) (50).

Las UUSSLL llevan a cabo también las prestaciones de rehabilitación (dirigidas a la recuperación *funcional* o *social* de los disminuidos físicos, síquicos o sensoriales), la entrega de prótesis (en los límites establecidos por la programación sanitaria), la asistencia farmacéutica (51), etc.

Una regulación —en definitiva— que es profundamente innovadora en relación con la situación anterior reconociendo a toda la población un derecho subjetivo a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad.

#### 4. *La incorporación a las actividades del Servicio Sanitario Nacional a través del instrumento del concierto*

Como ha quedado sugerido ya, la ley 833 contempla ampliamente la posibilidad de que haya profesionales y centros sanitarios (tanto públicos como privados) que sin estar integrados en el SSN contribuyan a las finalidades del mismo a través de la técnica del *concierto* (52).

Esta figura del concierto tiene en Derecho italiano —al igual que en nuestro Derecho— unos perfiles dogmáticos imprecisos que la hacen de muy difícil definición, pero que permiten adaptarla a finalidades y cometidos muy diversos entre sí (53). Su utilización en el ámbito sanitario no es una novedad de la ley 833, pero sí lo es el uso generalizado que la misma hace de esta figura (54).

La Ley de reforma sanitaria no establece una regulación general del concierto en el ámbito sanitario ni tampoco contiene unos principios comunes aplicables a los distintos casos. Se limita a preverlo para numerosos supuestos y a dictar una regulación distinguiendo según la categoría de los sujetos con los que se realiza el concierto (personas particulares, Universidades, centros de investigación, centros privados, etc.).

Así, en primer lugar, se prevé la existencia de personal (médico) concertado para determinadas prestaciones sanitarias, cuyo estatuto jurídico

---

(50) Este artículo 27 encarga a las UUSSLL la puesta al día de los datos a consignar en la cartilla, datos que están «rigurosamente cubiertos por el secreto profesional».

(51) La mención a la asistencia farmacéutica sirve de ocasión al legislador para dedicar unos preceptos (arts. 29 a 31) al establecimiento de las bases de la regulación de los productos farmacéuticos.

(52) Se trata de actividades que la ley califica como *prestaciones* y concretamente de prestaciones de curación y rehabilitación.

(53) Para una exposición general de la técnica del concierto (*convenzione*), vid. M. S. GIANNINI, *Diritto Amministrativo*, Milán, 1970, I, págs. 345 y ss.

(54) Sobre la utilización del instrumento del concierto en el SSN pueden verse algunas observaciones generales en L. ACQUARONE, «Gli strumenti convenzionali nella riforma sanitaria», en *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Atti del Convegno sulla legge 833 (Parma), Milán, 1981, págs. 77 y ss., y A. PIZZI, «Le strutture sanitarie convenzionate», en *Unità sanitarie e istituzioni*, estudio colectivo dirigido por F. MERUSI, Bolonia, 1982, págs. 143 y ss.

se contempla en el art. 48. Dicho artículo remite —para mayores concreciones— a un *acuerdo colectivo nacional* que garantice «la uniformidad del tratamiento económico y normativo del personal sanitario concertado» (55).

Una regulación específica y amplia dedica la ley a los conciertos con las clínicas universitarias, ámbito en el cual la técnica del concierto tiene una gran tradición (56). También se regulan los conciertos con entes de investigación (art. 40), con instituciones que prestan asistencia pública —dentro de las cuales se distingue según estén o no reconocidas— (57), con instituciones privadas (art. 44), etc. Asimismo el instrumento del concierto se utiliza para la prestación de la asistencia farmacéutica (58).

### 5. *La financiación*

Algunas indicaciones es preciso hacer —por último— en relación con el sistema de financiación de los servicios sanitarios en la ley de reforma.

Las cantidades destinadas a financiar los gastos corrientes y de capital del SSN vienen fijados anualmente en el Fondo Sanitario Nacional, que forma parte del presupuesto del Estado y se aprueba, por tanto, por la ley aprobatoria del mismo. Dicho Fondo se reparte entre las regiones por el

(55) Estos acuerdos nacionales se celebran entre el Gobierno, las regiones y la Asociación Nacional de Municipios italianos, por una parte, y organizaciones sindicales de cada una de las categorías profesionales afectadas, por otra. Los acuerdos —una vez celebrados— se hacen ejecutivos por un Decreto del Presidente de la República.

Tales acuerdos deben contener las determinaciones que se detallan en el propio artículo 48 de la ley. Entre ellas, la disciplina de las incompatibilidades y de las limitaciones del personal concertado respecto de otras actividades médicas, el número máximo de asistidos por cada médico general o pediatra de libre elección, el tratamiento económico de este personal, etc. Para asegurar que las previsiones del Acuerdo nacional sean efectivas, la ley declara la nulidad de cualquier acuerdo complementario celebrado con organizaciones profesionales al margen del sistema previsto o con categorías concretas del personal.

Sobre el estatuto del personal concertado puede verse en la doctrina F. MASTRAGOSTINO, *Art. 48*, en *Il Servizio*, págs. 485 y ss., y L. ACQUATRONE, *Gli strumenti convenzionali*, *cit.*, págs. 94-97.

(56) Concretamente, la utilización del concierto en este caso tiene su punto de partida en la ley 6972, de 17 de julio de 1890.

La ley 833 prevé que estos conciertos se celebren entre las Regiones y las Universidades y contengan las determinaciones a las que se refiere el artículo 39, adaptándose al esquema-tipo de concierto aprobado conjuntamente por los Ministerios de Instrucción Pública y de Sanidad.

Sobre el tema véase F. A. ROVERSI-MÓNACO, *Art. 39*, en *Il Servizio*, págs. 368 y ss., y A. PIZZI, *Le strutture sanitarie*, *cit.*, págs. 147 y ss.

(57) Para ROVERSI-MÓNACO la diferencia entre los dos supuestos estriba en el hecho de que mientras en el primer caso el concierto es un acto debido, es decir, que puede ser exigido por la institución en cuestión, en el segundo caso tan sólo se prevé la posibilidad de tal concierto. Vid. *Art. 43*, *cit.*, págs. 431-432. En contra, L. ACQUARONE, *Gli strumenti convenzionali*, *cit.*, pág. 92.

(58) Todas las farmacias deben estar concertadas. Si son privadas, a través de los conciertos previstos en los artículos 43 y 48 de la ley (vid. art. 28.1).

Sobre el tema véase L. ACQUARONE, *Gli strumenti convenzionali*, *cit.*, págs. 84-85.

Comité Interministerial para la programación económica (CIPE) y aquéllas a su vez lo distribuyen entre las UUSSLL de su territorio (art. 51, pp. 1 y 2) (59).

Como quedó sugerido más atrás, existe una clara conexión entre la programación sanitaria y la financiación del SSN, pues está previsto que el Plan sanitario nacional (de duración normalmente trianual) fije:

- el importe del Fondo Sanitario Nacional de cada año;
- los índices y *standards* sobre la base de los cuales se realiza el reparto del mismo entre las regiones, y
- las directrices a las que se deben adaptar las regiones en la distribución entre las UUSSLL de la parte del fondo que les ha sido atribuido (véase art. 53.4, letras *b*, *c* y *d*).

Por tanto, una vez determinado el importe del fondo sanitario nacional para el año concreto, viene repartido por el CIPE entre las regiones, teniendo en cuenta los índices y *standards* fijados en el plan nacional (60). Tales índices y *standards* deben tender a garantizar unos niveles de prestación uniformes en todo el territorio nacional «eliminando progresivamente las diferencias estructurales y de prestaciones entre las regiones» (artículo 51.2).

Por su parte, las regiones reparten entre las UUSSLL la cuota del fondo nacional que se les asigna, oídos los municipios y teniendo en cuenta los criterios fijados en el plan nacional. Se debe garantizar —igualmente— unos niveles de prestación uniformes en todo el territorio regional (61).

En cuanto a los ingresos de los que se nutre el SSN, hay que observar que no se ha realizado la idea que estaba en la base de las originarias propuestas de reforma, de una completa financiación a cargo del sistema tributario general, por lo cual se mantiene un sistema peculiar reflejado en el art. 69 de la ley. Las entradas más importantes del fondo sanitario nacional que se prevén en este sistema son las siguientes:

- En primer lugar, se mantienen las contribuciones que en el anterior sistema eran pagadas por los beneficiarios a los distintos seguros obligatorios de enfermedad, si bien ahora se destinan todas estas cantidades al fondo sanitario nacional (art. 69.1.a en relación con el art. 76). Se prevé la equiparación de estas contribuciones, en corres-

---

(59) Debe advertirse que el fondo sanitario nacional no refleja la cifra total del gasto sanitario público, pues en él no se incluyen los gastos realizados directamente por el Estado (Ministerio de Sanidad) ni por las Regiones.

(60) Esta distribución se realiza sobre la base de una propuesta del Ministerio de Sanidad y con audiencia del Consejo Sanitario Nacional.

(61) Vid. artículos 51.4 y 53.4.c de la ley.

Las cantidades así determinadas son transferidas a las UUSSLL al inicio de cada trimestre (art. 51.5). Para evitar que las UUSSLL superen en su gasto la cantidad que se les asigna, la ley establece (art. 51.6) que los administradores y responsables del Organismo de dirección de la USL responden solidariamente de los gastos dispuestos o autorizados por encima de la dotación que se les atribuye.

pondencia con el principio de igualdad de todos los ciudadanos ante las prestaciones del SSN (62).

- Para aquellos que no se beneficiaran de ninguna forma de seguro obligatorio de enfermedad con anterioridad a la reforma se prevé su *aseguración obligatoria* en el SSN (art. 63) (63).
- Junto a ello, se dispone el ingreso en el fondo sanitario nacional de las cantidades que con anterioridad a la reforma eran dedicadas por regiones, provincias, municipios y otros entes públicos a la financiación de las funciones ejercitadas en materia sanitaria (64).
- Por último, ingresan también en el fondo las cantidades obtenidas en las actividades de pago desarrolladas por las UUSSLL y los servicios sanitarios conectados con ellas (art. 69.1.e).

### III. EL SIGNIFICADO INSTITUCIONAL DE LA REFORMA SANITARIA: EL SERVICIO NACIONAL EN EL MARCO DE LA ADMINISTRACIÓN ITALIANA

#### 1. *La novedad de la fórmula organizativa*

La ley 833 encomienda al SSN la misión de proteger la salud como «derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad» (65), SSN definido como articulación de actividades del Estado, regiones y entes locales (66) dirigidas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud física y síquica de toda la población (vid. art. 1, pp. 1, 2 y 3).

(62) El plan sanitario nacional debe contener las normas para la unificación gradual de tales contribuciones (art. 53.f), unificación que se dispone mediante Decreto del Presidente de la República (art. 57.2).

(63) La cuantía a pagar por esta «aseguración obligatoria» prevista en el artículo 63 se determina por Decreto del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro del Tesoro, oído el Consejo Sanitario Nacional, y debe tener en cuenta las variaciones previstas en el costo medio *per capita* de los servicios sanitarios en el año precedente (art. 63.4).

Estas cantidades ingresan en el Tesoro adscribiéndose a un capítulo especial de entradas en el Presupuesto del Estado (art. 63.5). El artículo 69 —sin embargo— no las incluye entre las entradas del fondo sanitario nacional.

(64) Vid. art. 69.1.b. La cantidad a ingresar por este concepto se calculaba incrementando en un 14 por 100 las partidas dedicadas a la materia por los entes en cuestión en el año 1977.

(65) La institución del SSN conecta claramente con las propias exigencias del texto constitucional y concretamente con su artículo 32, según el cual *la República protege la salud como fundamental derecho de la persona e interés de la colectividad*, precepto del cual se venía derivando desde tiempo atrás la exigencia de construir un sistema sanitario capaz de asegurar a todos los ciudadanos una asistencia sanitaria en condiciones de igualdad. Vid., por ejemplo, en este sentido, M. PASQUINI, *La tutela della salute nell'ordinamento italiano*, «I problemi della sicurezza sociale», 1966, 2, 253 y ss., especialmente 281-282. El objetivo de extender la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos aparece formulado ya en el capítulo VII, 2, del plan de desarrollo económico 1965-1967, aprobado por ley de 27 de julio de 1976, núm. 685 (vid. *L'istituzione*, cit., pág. 175).

(66) Hay que observar en este sentido que la expresión *República* del artículo 32 de la Constitución venía siendo entendida no como poder central, sino como conjunto de los entes territoriales, viniendo a coincidir —por tanto— con lo que la

Como ha quedado ya sugerido, la idea central a la que responde el SSN es la de concentrar todas las funciones *operativas* o *reales* —esta es la terminología que se ha consolidado— en el nivel local (Municipio-Unidades Sanitarias Locales) (67), reservando para el ámbito estatal y regional competencias básicamente normativas y de programación.

Esta concentración de funciones en el ámbito municipal tiene como objetivo acercar a los ciudadanos un sector de la Administración tan vital como el sanitario. Se utiliza la institución municipal —que se considera el lugar privilegiado de encuentro entre la Administración y el ciudadano— para conectar este sector con los órganos representativos de la colectividad y facilitar la participación y la gestión por los administrados de sus propios intereses. Las UUSLL extendidas por todo el territorio nacional actúan como verdaderas «terminales del sistema» (68).

Las competencias atribuidas al Estado y a las regiones tienen por objeto garantizar la igualdad de los ciudadanos en relación con las prestaciones, la uniformidad de condiciones de salud en todo el territorio nacional y la unidad del sistema. Pero ello se trata de conseguir no con los instrumentos tradicionales de la centralización y jerarquía —el SSN no es un ente público integrado por órganos jerárquicamente subordinados— sino

---

doctrina italiana suele denominar *Estado-Ordenamiento*, expresión que engloba al conjunto de los poderes públicos y que incluye tanto al poder central (*Estado-aparato* o *Estado-persona*) como a las autonomías territoriales. Interpretación que venía confirmada en el propio texto constitucional por el artículo 117, que atribuye a las regiones competencia en materia de «asistencia sanitaria y hospitalaria».

Sin embargo, una pequeña dificultad se planteaba en relación con la materia de higiene y sanidad pública que se corresponde con la mención del artículo 32 de la Constitución a la salud como *interés de la colectividad*. La interpretación indicada de la expresión «República» podía hacer pensar en una competencia regional sobre la materia. Pero la materia de higiene y sanidad no sólo no se encuentra en el artículo 117 de la Constitución, sino que una propuesta de incluirla en tal artículo había sido rechazada en los trabajos parlamentarios de elaboración de la Constitución (vid. M. PASQUINI-D. PASQUINI PERUZZI, *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Nápoles, 1979, págs. 54-55).

Para salvar esta dificultad, el D.P.R. 616/1977 realizó una interpretación amplia del contenido de la materia «asistencia sanitaria y hospitalaria», incluyendo también aspectos de higiene y sanidad pública (vid. art. 27 del mencionado Decreto), y la ley 833/1978 confirmó esta dirección.

(67) El legislador ha saltado en buena medida el nivel regional para atribuir al ámbito local (municipal) funciones que en principio correspondían a las regiones, utilizando para ello la posibilidad que prevé el artículo 118 de la Constitución, según el cual «corresponden a las Regiones las funciones administrativas en relación con las materias enumeradas en el artículo precedente, salvo *aquellas de interés exclusivamente local*, que pueden ser atribuidas por leyes de la República a las Provincias, a los Municipios o a otros entes locales».

(68) Es preciso insistir en la amplitud con la que se conciben las funciones de UUSLL en el ámbito sanitario. Se comprenden entre ellas actividades muy distintas desde el punto de vista jurídico. A toda la amplia gama de prestaciones ofrecidas se añade la actividad de control en materia de higiene y sanidad pública (salubridad urbanística, policía sanitaria de alimentos, control sobre la contaminación, etc.), la sanidad escolar, la seguridad e higiene en el trabajo, etc. (vid. art. 14 de la ley). En realidad se incluyen todas aquellas competencias que se desarrollan en relación directa con el público.

a través del ejercicio de los niveles indicados de las competencias normativas y financieras y fundamentalmente, a través de la programación (69) (70).

A esta estructura única viene reconducida toda la materia sanitaria en su sentido más amplio, es decir, todas aquellas funciones dirigidas a la protección de la salud de los ciudadanos, incluyéndose materias que con anterioridad quedaban al margen de la Administración sanitaria.

Así configurado, el SSN constituye un *unicum* en la organización administrativa italiana que ha sido calificado —a pesar de su complejidad estructural y de la pluralidad de sujetos que concurren a él— como «organización-función» (*organizzazione-compito*), es decir, como aquella organización que traduce en sí misma un objetivo, una misión constitucional (la protección de la salud como derecho de la persona e interés de la colectividad) (PASTORI) (71).

Junto a ello hay que subrayar que se trata de una organización que —como ha explicado G. MOR— se mueve sobre dos polos: Servicio nacional y autonomía local, unidad y articulación. El primer aspecto descansa en las exigencias unitarias de la reforma; el segundo, en la ampliación de las funciones del Municipio en el ámbito sanitario. Aplicación de las funciones sanitarias del Municipio y ubicación —en definitiva— de la sanidad

---

(69) Vid. sobre ello las consideraciones de G. BERTI, «La riforma sanitaria nel quadro della programmazione», en *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Atti del Convegno di Parma sulla legge 833/1978, Milán, 1981, 65 y ss., 66-67.

(70) La reconducción a la unidad en la Administración se ha realizado tradicionalmente a través de la centralización y de la jerarquía como forma de enlace entre los órganos administrativos. Así ha sido en países como España o Italia, cuya Administración se constituye sobre el modelo francés que surge de la Revolución y se consolida con Napoleón (la referencia al estudio de E. GARCÍA DE ENTERRÍA, *Revolución francesa y administración contemporánea*, Madrid, 1972, resulta aquí obligada), modelo cuyas bases han resistido el paso del tiempo.

Para hacer frente al importante crecimiento de la Administración y al progresivo aumento de sus funciones —producido especialmente en el presente siglo—, se ha utilizado abundantemente la técnica de la llamada *descentralización funcional*, que consiste en la creación de entes dependientes del Estado con mayor o menor autonomía, pero dotados de personalidad propia. Dentro de estos entes —constituidos para ejercer una función concreta o prestar algún servicio— se reproducía también un esquema de centralización.

Con este esquema se ha querido romper decididamente con la ley 833, pues se ha huido de la creación de un gran ente nacional. En el Servicio Sanitario Nacional tratan de ser enlazados una pluralidad de centros en principios autónomos —con el reconocimiento de un ámbito de funciones propias de cada nivel— a través de la coordinación y de la programación. En particular, se asegura la autonomía legislativa regional y se parte de una opción *localista* afirmando el nivel municipal como adecuado para la gestión de unos servicios que antes quedaban sustraídos de su esfera. La mayor parte de las funciones de administración y de gestión de los servicios son atribuidas —en efecto— al ámbito municipal a través de una estructura territorial *ad hoc* conectada con la Administración municipal. Al Estado y las Regiones se encomiendan funciones que son básicamente normativas y de programación.

(71) Vid. G. PASTORI, *Diritti della persona e interesse della collettività nel servizio sanitario nazionale*, en AA. VV., *Convegno nazionale sulla riforma sanitaria*, Milán, 1977, Fassano, Milán, 1978, 35 y ss., 35-36.

En un sentido similar se expresa G. MOR, en *L'unità sanitaria locale: configurazione giuridica e competenze*, *Convegno nazionale...*, cit., Milán, 1978, 131 y ss., 132.

en la Administración local, que viene compensada en un cierto sentido por la inserción de toda la actividad municipal en materia sanitaria dentro del servicio nacional (72).

Estamos —en definitiva— ante un modelo administrativo en gran parte nuevo que puede sintéticamente expresarse a través de la fórmula «servicio nacional articulado en autonomías locales» o «Administración por servicio nacional».

De estas observaciones generales —que explican la «filosofía» que ha inspirado la reforma— resulta la definición de los dos niveles básicos en los que nos vamos a detener. El nivel de *gobierno*, distribuido entre el Estado y las regiones, y el operacional o de gestión, encuadrado en el ámbito de los municipios, quienes ejercen sus funciones a través de la UUSSLL.

## 2. El «gobierno» del SSN: la articulación Estado-regiones-entes locales

### 2.1. La reforma sanitaria en el marco del Estado descentralizado

Importa subrayar en primer lugar el significado que tiene la ley 833 en la organización territorial del Estado italiano y, concretamente, el lugar que ocupa dentro del proceso descentralizador abierto con la Constitución de 1947.

Es bien sabido que frente al modelo tradicional de Administración centralizada que procede de la unificación italiana —realizada sobre la base de la organización del Piemonte— la Constitución del 47 optó por un modelo basado en el principio de descentralización —que se plasmaba señaladamente en el establecimiento de las regiones— y en el reconocimiento de las autonomías locales (73). Modelo cuya estructura básica aparece diseñada en los importantes arts. 117 y 118 de la Constitución (74).

---

(72) Vid. G. MOR, *L'unità sanitaria, cit.*, pág. 133, quien subrayaba también la inversión de tendencia que ello significaba. Durante muchos años, la insuficiencia de las administraciones tradicionales se ha superado creando estructuras separadas cada vez más alejadas de los órganos electivos (entes personificados para gestionar servicios determinados, ejercer funciones concretas o incluso desarrollar actividades económicas). Frente a ello, la reforma sanitaria se inserta dentro de la tendencia a buscar estructuras administrativas conectadas inmediatamente con los órganos electivos reduciendo el espacio de los entes no territoriales (*Ob. cit.*, págs. 133-134).

(73) Véase especialmente artículo 5 de la Constitución.

(74) Explicando el sistema de forma esquemática, puede decirse que las Regiones (de estatuto ordinario) ejercen una competencia legislativa dentro de los principios fundamentales establecidos por las leyes del Estado (leyes-marco) en una serie de materias enumeradas en el artículo 117. Las funciones administrativas relativas a estas materias corresponden también a las Regiones «salvo las de interés exclusivamente local, que pueden ser atribuidas por leyes de la República a las Provincias, a los Municipios o a otros entes locales» (art. 118.1). Se prevé también la posibilidad de que el Estado delegue a las Regiones mediante ley otras funciones administrativas (art. 118.2).

En cuanto a los entes locales, se reconoce autonomía a las Provincias y Municipios (art. 128), que son también circunscripciones de descentralización estatal y regional (art. 129). Por ello, además de sus funciones propias determinadas por leyes

Pero —como también es sabido— el modelo constitucional permaneció mucho tiempo sin desarrollar, pues las regiones del Estatuto ordinario no se constituyeron hasta 1970 (75) y la transferencia de las funciones enunciadas en el art. 117 se operó —en un primer momento— a través de una serie de Decretos legislativos dictados en 1972 (76). Ante el carácter fragmentario e incompleto de las transferencias realizadas en este primer momento se dictó una nueva delegación legislativa (ley n. 382 de 22 de julio de 1975) que autorizó al Gobierno «a completar las transferencias de funciones administrativas, consideradas por sectores orgánicos, inherentes a las materias indicadas en el art. 117 de la Constitución» (art. 1 de la Ley 382/1975). En cumplimiento de esta delegación se dictó el D.P.R. 616/1977, de 24 de julio, que contiene en realidad una «relectura» del art. 117 de la Constitución (77).

Concretamente, en materia sanitaria el DPR 616 definía de modo muy amplio el contenido de la «asistencia sanitaria y hospitalaria» objeto de transferencia a las regiones (art. 27). Para el ejercicio de tales competencias (así como de las municipales añadidas a las que se ejercitaban con anterioridad) el DPR 616 se remitía a la ley institutiva del SSN, pero a falta de ésta, fijaba su operatividad para el 1 de enero de 1979, con lo que de algún modo señalaba un plazo para la aprobación de la reforma sanitaria (vid. art. 32).

---

de la República (art. 128), se establece la posibilidad ya aludida de que las leyes del Estado atribuyan a la Provincia, el Municipio (u otros entes locales) funciones relativas a las materias enumeradas en el artículo 117 que sean de interés exclusivamente local. Por otro lado, se establece que las Regiones ejercen normalmente sus funciones delegándolas a las Provincias, a los Municipios o a otros entes locales, o utilizando sus órganos (art. 118.3).

No tendría sentido realizar aquí una enumeración de exposiciones generales sobre el ordenamiento regional italiano y el régimen local de este país, que puede encontrarse en los diversos Manuales de Derecho Administrativo y de Derecho Público en general. Una exposición muy completa y actualizada puede encontrarse en la obra de S. BARTOLE, L. VANDELLI y F. MASTRAGOSTINO, *Le autonomie territoriali*, Il Mulino, Bologna, 1984.

(75) Concretamente, las primeras elecciones para los consejos regionales tuvieron lugar el 7 de junio de 1970. La mayoría de los estatutos fueron aprobados por sendas leyes estatales con fecha 22 de mayo de 1972.

(76) Se trata de 11 Decretos dictados por el Gobierno con fecha 14 y 15 de enero de 1972 en el ejercicio de la delegación contenida en la ley 281, de 16 de mayo de 1970, ley que había dispuesto también los recursos financieros necesarios para el establecimiento de las regiones.

(77) Las materias enumeradas en el artículo 117 Constitución —pensadas treinta años antes para un Estado que no ejercía las mismas funciones— se mantienen formalmente en el D.P.R. 616/1977, pero son «redefinidas» en un intento de dotar al sistema de una racionalización mayor y, distinguiendo cuatro sectores orgánicos, se incluyen algunos contenidos que difícilmente encajan en una interpretación incluso amplia de dicho artículo 117. Vid., en este sentido, A. SANDULLI, *Manuale di Diritto Amministrativo*, 1982, I, págs. 384-385.

Un sector doctrinal entiende que el D.P.R. 616/77 constituye en la actualidad un parámetro de constitucionalidad en relación con la distribución de competencias Estado-Regiones. Vid., en este sentido, BARBERA-BASANINI, *I nuovi poteri delle Regioni e degli enti locali*, Bologna, 1979, págs. 31 y ss., y M. S. GIANNINI, «Relazione di sintisi», en *Il Servizio*, Milán, 1981, págs. 116 y ss., el cual entiende que este texto legislativo produjo una modificación de la Constitución.

En cuanto a los entes locales, no se ha alcanzado con posterioridad a la Constitución una nueva disciplina global de los mismos, por lo que sigue vigente el ordenamiento local preconstitucional (78) objeto tan sólo de modificaciones puntuales. Entre estas modificaciones puntuales debe subrayarse ahora que el mencionado DPR 616 se sitúa dentro de un movimiento de reforma de la Administración local que tiene como una de sus ideas centrales el robustecimiento del municipio y —en consonancia con ello— operaba una ampliación notable de las competencias municipales, concretamente en materia de servicios sociales y sanitarios.

La ley 833 se presenta perfectamente alineada con estas opciones ya tomadas por el DPR 616 y no va a hacer sino completarlas estableciendo un *servicio nacional*, lo que comportaba obviamente unas exigencias unitarias y unos instrumentos de gobierno del sistema.

Con esta opción «municipalista» y con este sistema nacional de gobierno, la ley 833 trató de construir un modelo de descentralización de un sector completo en buena medida nuevo, en cuya base se sitúa no ya una separación de competencias por bloques de materias, sino la articulación y la colaboración de los diversos niveles institucionales hacia unos mismos objetivos, modelo que se pensó podía ser generalizable a otros sectores.

Vamos a referirnos ahora en concreto a los instrumentos de gobierno del sistema que establece la ley 833.

## 2.2. *Los instrumentos de gobierno del Servicio Sanitario Nacional en la ley 833*

### A) *La función normativa*

La ley 833 prevé el ejercicio de numerosas competencias normativas por el Estado, algunas de ellas mediante ley del Parlamento (79), otras mediante Decreto legislativo (80) y otras con un valor simplemente reglamentario (81). En numerosos casos se remite también a leyes regionales (82).

(78) T.U. de 3 de marzo de 1934, n. 383 (ley provincial y municipal), que en algunos puntos se remite al T.U. de 3 de febrero de 1915, n. 148.

(79) Vid., por ejemplo, el artículo 4 en relación con las condiciones uniformes de salud en todo el territorio nacional, o el artículo 29 en relación con la disciplina de los productos farmacéuticos.

(80) La ley 833 contiene —por tanto— diversas delegaciones legislativas. Vid. artículo 23 sobre la creación del Instituto Superior para la prevención y Seguridad en el trabajo; artículo 24, en relación con el texto refundido en materia de seguridad en el trabajo; artículo 37, en relación con la asistencia a los italianos en el extranjero; artículo 47, sobre el estatuto del personal de las UUSLL; etc.

(81) Así, por ejemplo, el artículo 4.2 prevé un Decreto del Presidente del Consejo de Ministros sobre los límites máximos de aceptabilidad de la contaminación; el artículo 26 se remite a un Decreto del Ministro de Sanidad para la aprobación del nomenclator-tarifario de las prótesis; también mediante Decreto del Ministro de Sanidad se aprueba el modelo de cartilla sanitaria (art. 27), el prontuario terapéutico (art. 30) y las normas sobre publicidad de productos farmacéuticos. Vid. también las previsiones de los artículos 31, 32, 39, 41, 48, 49, 57, etc.

(82) Así, se prevén leyes regionales en el artículo 10.3 en relación con los distritos sanitarios de base; en el artículo 15 *in fine*, en relación con la coordinación

En todo caso, la regla que se deduce del art. 11 es la de la competencia legislativa general de las regiones sobre la materia, salvo expresa previsión de competencia a favor del Estado.

Sin embargo, ya una primera lectura del articulado de la ley, permite detectar que las previsiones de normativa estatal son muy abundantes. Tanto es así, que puede cuestionarse si no se ha producido un vaciamiento efectivo de la potestad legislativa regional o, al menos, una reducción a límites muy estrechos. Incluso se ha sostenido (A. BARDUSCO) que el espacio legislativo del SSN estaría ocupado fundamentalmente por el Estado y —en contra de lo dispuesto en la Constitución— la normativa regional aparecería como legislación de ejecución en el sentido del art. 117.3 de la Constitución más que como legislación concurrente con la del Estado prevista en el artículo 117.1. Sería una normativa que en sustancia tendría el contenido de simple reglamento (83).

Ciertamente, en la ley 833 no se encuentra el esquema constitucional del art. 117.1. La distribución normativa prevista no responde en general al criterio de las leyes regionales de acuerdo con los principios contenidos en una ley-marco (84). Por otro lado, según se ha indicado ya, se prevén normas del Estado distintas de las leyes (Reglamentos) y actuaciones que no son propiamente normativas (directivas en relación con las regiones, programas específicos, ejercicio de funciones administrativas, etc.) (85).

Pero la superación del esquema constitucional no puede sorprender si se tiene en cuenta que la ley 833 establece un *servicio nacional*. Por un lado, la referencia del art. 117 de la Constitución a la asistencia sanitaria y hospitalaria resulta demasiado estrecha, y para asegurar una gestión unitaria de la sanidad se extiende la competencia regional a toda ella e incluso se atribuye al nivel local la gestión de la materia en un sentido más amplio del que pudiera derivar —a primera vista al menos— del conjunto de los arts. 117 y 118 de la Constitución. Pero, por otro lado, resulta obligado situar en el nivel estatal una normativa que es algo más que una legislación de principios en el sentido del art. 117 y unos poderes de dirección que permitan asegurar un gobierno nacional del servicio. La intervención estatal aparece con toda intensidad allí donde se ponen en juego temas como el logro de condiciones de salud uniformes y de niveles prestacionales simi-

---

e integración de las UUSSLL con los servicios sociales; artículo 43, en relación con la autorización y vigilancia de las instituciones sanitarias; etc. Para una enumeración completa, vid. «Prontuario delle scadenze dell'attuazione della legge 833: adempimenti regionali», en el vol. col. *Riforma sanitaria*, Edimez, Roma, 1980, págs. 211 y ss.

(83) Cfr. A. BARDUSCO, «Il Servizio sanitario nazionale. Rapporti tra stato, regioni ed altri enti locali», en *Convegno Nazionale...*, Fassano, Milán, 1978, págs. 46 y ss., 47-48.

(84) Sólo el artículo 11 de la ley 833 se acomoda al esquema constitucional al establecer unos principios a los que deben conformarse las regiones en el ejercicio de su competencia legislativa.

(85) Así, por ejemplo, el artículo 5.3 prevé la emanación de directivas por el Ministerio de Sanidad; el artículo 31.4 se refiere a la elaboración por el Ministerio de Sanidad de un programa plurianual para la información científica sobre los productos farmacéuticos; etc.

lares en todo el territorio nacional, o la igualdad básica en el estatuto del personal sanitario, o la disciplina de materias que requieren por su propia naturaleza un régimen unitario como el relativo a los productos farmacéuticos. En estas cuestiones, la potestad legislativa regional queda prácticamente vacía de contenido.

En todo caso, frente a aquellas primeras opiniones que veían en la ley de reforma una reducción de la potestad legislativa regional, se ha puesto de manifiesto con posterioridad que el espacio dejado por el legislador estatal a la ley regional es todavía amplio, especialmente en materias de organización de las UUSLL y de las Asociaciones de municipios, materia en la que el legislador se limita a enunciar algunos principios generales.

### B) *La programación*

Se ha destacado ya el papel central que corresponde a la programación en el diseño establecido por la ley 833 (86), que prevé un plan sanitario nacional y unos planes sanitarios regionales que son aprobados cada tres años por leyes del Parlamento y de las Regiones, respectivamente. Se trata, por tanto, en realidad de un aspecto de las competencias legislativas del Estado y Regiones, pero merece una mención específica.

No puede decirse que el método de la programación sea nuevo, ni siquiera en el ámbito sanitario. Especial mención ha suscitado en el Derecho público italiano el tema de la programación o planificación económica (87), pero también hay precedentes en materia sanitaria, pues la ley n. 132/1968 estableció ya un sistema de programación en el ámbito hospitalario (88). Pero lo que sí es una novedad de la ley 833 es la introducción de una programación global de todo el sector sanitario (89).

En los últimos años se ha destacado en Italia cómo el método de la programación puede servir para coordinar y articular la actuación de centros autónomos hacia el logro de determinados objetivos, y especialmente

(86) Este papel central se advierte ya en la mención del tema que realiza el artículo 3 de la ley, según el cual «el Estado, en el ámbito de la programación económica nacional, determina con el concurso de las regiones los objetivos de la programación sanitaria nacional».

(87) Sobre la noción de programación (en la práctica intercambiable por la de planificación), véanse las observaciones de M. S. GIANNINI, *Istituzioni di diritto amministrativo*, Milán, 1981, págs. 618 y ss., quien sostiene que no tiene ningún sentido una teoría jurídica general de la programación, pues ésta se presenta en los ordenamientos positivos en numerosas formas concretas.

Entre estas formas concretas cabe destacar la programación del territorio, la programación económica y hoy la programación sanitaria. Particular atención ha suscitado en Italia los aspectos jurídicos de la programación económica. Sin embargo, la programación general de la economía carece de realidad hoy en Italia.

(88) Vid. L. VANDELLI, *Art. 53, Il Servizio*, págs. 550 y ss., con abundantes indicaciones bibliográficas.

(89) A. PREDIERI ha subrayado que la característica más relevante de la programación sanitaria —frente a otros tipos de programación— no es tanto su instrumentación jurídica como el objetivo que asume, que no es otro que el de la igualdad de las prestaciones. Vid. *Le leggi regionali di attuazione della riforma sanitaria*, en AA. VV., *Riforma sanitaria*, Edimez, Roma, 1980, págs. 211 y ss., 211-212.

en materia de coordinación entre el Estado y las Regiones. Concretamente es éste el significado que asume la programación en el art. 11 del DPR 616/1977, referido a la programación económica (90).

Desde esta perspectiva —como instrumento de coordinación entre el Estado y las regiones— se ha analizado la programación sanitaria en la ley 833, criticándose el escaso papel que en ella se atribuye a las regiones, a pesar de que el art. 3 declare que la programación se realiza «con el concurso de las regiones» (91).

Ciertamente es escaso el papel que se atribuye a las regiones en la programación, porque el art. 53 no alude a las mismas para la elaboración del plan nacional. Las regiones sólo intervienen en fase de ejecución, a través de los planes sanitarios regionales, pero éstos «deben uniformarse a los contenidos y a las directrices del plan sanitario nacional» (art. 55). Ello significa, en definitiva, que prima el criterio de la unidad de dirección del sistema sobre la función de coordinación a la que, en principio, cabría asociarla.

Pero al margen de este aspecto, debe decirse que eran muchas las expectativas que se habían concentrado en torno a la programación sanitaria como método para conseguir un progresivo avance en la línea de los objetivos del SSN enumerados en el art. 2, un progresivo avance hacia una organización equilibrada de los servicios en todo el territorio nacional y una mejora gradual en los niveles mínimos de prestación garantizados a todos los ciudadanos (art. 53).

Sin embargo, es preciso señalar ya que la programación sanitaria tal como queda diseñado en la ley de reforma —a pesar de este papel central dentro del SSN— ha carecido de realidad hasta el momento, pues el Parlamento no ha conseguido aprobar el primer plan sanitario nacional (que según el art. 54 de la ley hubiera debido regir para los años 1980-1982). En su ausencia, algunas regiones han elaborado y aprobado sus propios planes.

### C) *Materia financiera*

La materia financiera ha quedado en manos del Estado y de las regiones —según quedó indicado ya más atrás— y fundamentalmente en

(90) El contenido de este precepto es concretamente el siguiente:

«El Estado determina los objetivos de la programación económica nacional con el concurso de las regiones.

Las regiones determinan los programas regionales de desarrollo, en armonía con los objetivos de la programación económica nacional y con el concurso de los entes locales territoriales según las modalidades previstas en los estatutos regionales.

En los programas de desarrollo regionales las intervenciones de competencia regional se coordinan con las del Estado y con las de competencia de los entes locales territoriales.

La programación constituye un punto de referencia para la coordinación de la Hacienda Pública».

(91) Véase, en este sentido, L. VANDELLI, *Art. 53, Il Servizio*, págs. 556 y ss.; COLMBINI-VERONESI, *Art. 51, id.*, págs. 521-523, y F. A. ROVERSI-MÓNACO, «Il piano sanitario nazionale nel coordinamento del servizio sanitario nazionale», en el vol. col. *L'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*, Ragno, 1981, págs. 15 y ss

manos del Estado. Estos poderes se articulan a través de la determinación del fondo sanitario nacional y su distribución entre las regiones de acuerdo con el plan sanitario nacional. Las regiones distribuyen entre las UUSSLL el fondo sanitario regional (92).

Esta articulación legal queda explicada si se tienen en cuenta las finalidades que pretende la ley en esta materia. Por un lado, la igualdad de todos los ciudadanos en los niveles de prestación y una organización equilibrada de los servicios sanitarios en todo el territorio nacional. De otra parte, el control del crecimiento del gasto público en materia sanitaria. Y resulta obvio que ambos objetivos sólo pueden conseguirse con un control estatal de la materia financiera complementado por la intervención del nivel regional (93).

D) *La función de orientación y coordinación*  
(«*indirizzo e coordinamento*»)

El art. 17 de la ley 281/1970 había previsto ya una potestad estatal de orientación y coordinación de las regiones en el ejercicio de sus funciones administrativas, que encontró aplicación en los decretos legislativos de 14 y 15 de enero de 1972. Esta técnica recibió una nueva fórmula en la ley 382/1975 (94). Sobre la misma se abrió un amplio debate doctrinal a pesar de ser muy escasamente utilizada por la práctica (95).

---

(92) Vid. sobre el tema L. COLOMBINI, *Aspetti finanziari della riforma sanitaria*, en AA. VV., *Convegno sulla riforma sanitaria in Parlamento*, Milán, 1980, págs. 61 y ss., con algunas observaciones críticas del sistema. También, COLOMBINI-VERONESI, *Art. 51, Il Servizio*, págs. 518 y ss. Un estudio de la financiación del SSN en sus primeros años de funcionamiento puede verse en M. CAMELLI, «Il finanziamento del servizio sanitario nazionale», en el vol. col. *L'organizzazione*, cit., págs. 53 y ss.

(93) La contención de los gastos como un objetivo a lograr aparente con toda claridad si se observa el rigor con que la ley 833 establece la limitación de los gastos de las UUSSLL a la cuantía transferida: el artículo 51.6 determina la responsabilidad personal de los administradores de las UUSSLL por los gastos autorizados por encima de las dotaciones que les corresponden.

(94) El artículo 3 de esta ley formula esta función en los términos siguientes: «La función de orientación y coordinación de las actividades administrativas de las regiones de estatuto ordinario responde a exigencias de carácter unitario, también con referencia a los objetivos de la programación económica nacional y a los compromisos derivados de las obligaciones internacionales y comunitarias. Dicha función corresponde al Estado y es ejercitada, fuera de los casos en los que se realice con ley o con acto con fuerza de ley, mediante acuerdo del Consejo de Ministros, sobre propuesta del Presidente del Consejo, de acuerdo con el Ministro o los Ministros competentes».

(95) Concretamente, se ha discutido sobre su fundamento constitucional, sobre los límites de su ejercicio y también sobre los destinatarios de esta potestad, así como sobre la eficacia jurídica de los actos de orientación y coordinación. Vid. un excelente resumen, con indicaciones bibliográficas, en L. VANDELLI, *Art. 5, Il Servizio*, págs. 35-40.

Debe subrayarse que el ejercicio de esta función definida en las citadas disposiciones legales no agota las posibilidades de actuaciones que materialmente suponen orientación y coordinación. Sobre la función de orientación (*indirizzo*) véanse unas observaciones generales en M. S. GIANNINI, *Istituzioni*, págs. 607-613. En relación

Esta función de orientación y coordinación fue recogida por la ley 833 —concretamente en su art. 5— en unos términos del todo similares a los de la ley 382/1975, si bien con algunos matices (96). En todo caso, resulta obvio que esta técnica no agota todas las posibilidades de actuaciones que asuman materialmente el contenido de coordinación en el ámbito del SSN. Así, por ejemplo, las *directivas* que puede emanar el Ministerio de Sanidad con apoyo en el art. 5.3 pueden servir también como instrumento de coordinación (97).

### E) Otros instrumentos

La ley 833 prevé otros instrumentos de dirección y gobierno del SSN como reflejo de técnicas establecidas con carácter general por el ordenamiento, o bien de carácter específico para la materia sanitaria. Entre los primeros deben ser mencionados los relativos a las funciones delegadas por el Estado a las regiones como son las *directivas* que el Ministerio de Sanidad puede dirigir a las regiones en relación con tales materias (98) y el *poder sustitutivo* del gobierno en relación con las regiones que no ejerciten las funciones delegadas (99).

En algunas materias se prevén instrumentos de gobierno y coordinación específicos del SSN. Podemos mencionar entre ellos la obligación del Ministro de Sanidad y de las regiones de procurarse recíprocamente la información solicitada (art. 5.5) (100), los supuestos muy numerosos en que es necesario un trámite previo de audiencia a órganos consultivos como el Consejo Sanitario Nacional, o a las regiones y municipios en actuaciones estatales, etc. (101).

---

con la función de coordinación véase V. BACHELET, *Coordinamento*, «Enciclopedia del Diritto», t. X, Milán, 1962, págs. 530 y ss., así como M. S. GIANNINI, *Istituzioni*, págs. 613-618.

(96) El artículo 5 de la ley 833 refiere esta función a todas las regiones (no sólo las del estatuto ordinario) y la relaciona también con exigencias de rigor y eficacia de los gastos sanitarios.

(97) Debe subrayarse también que la función de orientación y coordinación sólo está expresamente prevista en la ley 833 para el Estado en relación con las regiones. Pero algunas leyes regionales han introducido la posibilidad de su utilización por las regiones en relación con las UUSSLL. Vid. sobre ello G. SCOCA, «Il Governo regionale del Servizio Sanitario Nazionale», en el vol. col. *L'organizzazione*, cit., págs. 40 y ss., 51-52.

(98) Artículo 5.3 de la ley 833. De forma general, vid. artículo 4.3 del D.P.R. 616/1977.

(99) Artículo 5.4 de la ley 833. De forma general, vid. art. 4.3 del D.P.R. 616/1977 en relación con el artículo 2 de la ley 382/1975.

La ley 833 no prevé, en cambio, unos poderes semejantes de la región en relación con las UUSSLL, pero algunas leyes regionales han introducido una previsión en este sentido.

(100) Se rompe aquí el criterio general —establecido en el art. 3.4 de la Ley 382/1975— de realizar la comunicación Administración del Estado-regiones a través del Comisario del Gobierno.

(101) Vid. también el artículo 23, párrafos 4 a 7, donde se establecen fórmulas de colaboración del Instituto superior para la prevención y la seguridad en el trabajo, o el artículo 9 que prevé la colaboración del Instituto Superior de Sanidad con las regiones.

F) *Los controles*

En la ley de reforma no hay una disciplina especial de los controles de legalidad de los actos. Ninguna regla especial existe en relación con el control del Estado sobre las regiones, por lo que se aplican las reglas generales, y el control sobre las UUSSLL se sitúa en los «comités regionales de control», siguiendo también las reglas generales, contenidas en el art. 130 de la Constitución y en la ley n. 62, de 10 de febrero de 1953 (102).

Se introduce —sin embargo— una modalidad adicional en los párrafos 4 y 5 del art. 49: los municipios y las Comunidades de Valle deben presentar anualmente al Presidente de la Junta Regional un informe anexo al presupuesto de las UUSSLL «sobre los niveles asistenciales alcanzados y sobre las exigencias que se han manifestado en el curso del ejercicio». Por su parte, el Presidente de la Junta debe presentar anualmente al Consejo Regional un informe general sobre la gestión y la eficiencia de los servicios sanitarios. Este informe es transmitido a diversos Ministerios (entre ellos el de Sanidad) junto con un resumen de los balances de las UUSSLL (103).

2.3. *Consideración general*

A la vista de estos instrumentos previstos en la ley 833 resulta claro que frente al esquema general de separación entre el Estado, las regiones y los entes locales en el ámbito de sus respectivas competencias, se intenta crear un marco para la colaboración en la línea de unos mismos objetivos. De otra parte, se observa la tendencia a configurar la región como ente intermedio en un sistema en el que el Estado se relaciona con las regiones y éstas con las UUSSLL (en la programación, en la financiación, en el control, etc.), evitándose en general una relación directa Estado-UUSSLL.

---

(102) Esto último es lo que establece el artículo 49, remitiéndose a lo que disponga en materia de controles la futura reforma de la Administración local.

Conforme a las reglas de la ley 62/1953 correspondería a las Secciones y no propiamente al Comité Regional el control de los actos de las UUSSLL, dado el carácter subprovincial de éstas; pero el artículo 13 de la ley financiera de 1982 (ley núm. 181, de 26 de abril de 1982) lo sitúa en el Comité Regional incluyendo en dicho Comité un representante del Ministerio del Tesoro.

Sobre el régimen general del control sobre las regiones y los entes locales, véanse G. BERTI-L. TUMIATI, *Controlli amministrativi*, «Enciclopedia del Diritto», t. X, Milán, 1962, págs. 298 y ss., 313-315; C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, II, Padua, 1976, págs. 981 y ss., y 1008 y ss.; A. SANDULLI, *Manuale*, I, págs. 462 y ss. En relación con el control sobre los entes locales, véase recientemente la exposición de L. VANDELLI en S. BARTOLE-F. MASTRAGOSTINO-L. VANDELLI, *Le autonomie territoriali*, cit., págs. 327 y ss.

(103) La previsión de estos informes va en la línea de un *control de gestión* o control de eficiencia, figura reclamada doctrinalmente desde hace tiempo y que parece debe complementar el control de legalidad sobre los actos en una actividad en la que el papel central lo ocupa la prestación de servicios. No se especifican sin embargo en la ley las medidas que pueden ser adoptadas como consecuencia de tales informes.

Sobre este punto, vid. A. DE LORENZO, «Finanziamento e controlli delle unità sanitarie locali», en el vol. col. *Unità sanitarie e istituzioni*, cit., págs. 69 y ss., 69-79.

Pero en realidad el concreto cuadro de instrumentos de gobierno del sistema resulta menos novedoso de lo que la referencia a un sistema nuevo de *Administración (por servicio nacional)* podría hacer pensar. Efectivamente, si exceptuamos la materia financiera —que ha quedado fundamentalmente en manos del Estado de una manera bastante rígida— y la normativa de desarrollo de la ley 833 —repartida entre el Estado y las regiones— y si tenemos en cuenta que la programación sanitaria no ha funcionado en la forma prevista, nos quedan como poderes de dirección y gobierno una serie de fórmulas y técnicas ya implantadas anteriormente con un alcance general (función de orientación y coordinación, poder sustitutivo y de emanar directivas en relación con las funciones delegadas, etc.).

Pero ha ocurrido además que tampoco los instrumentos de gobierno existentes han sido utilizados en la práctica desde el nivel estatal. Quizá por el hecho de faltar un adecuado soporte orgánico en el nivel central al no haberse transformado el Ministerio de Sanidad de acuerdo con el nuevo papel asignado al Estado en la ley 833, y por la falta de unos adecuados instrumentos informativos de todo el sistema sanitario. Por su parte, las regiones —una vez dictada la normativa de desarrollo de la ley de reforma— tampoco han tenido posibilidades efectivas de intervenir en el gobierno del sistema, a falta de la puesta en marcha de la programación sanitaria.

En la práctica, el gobierno del SSN se ha realizado desde la perspectiva financiera, rígidamente controlada desde el centro y con unos condicionamientos externos a lo que es propiamente el sistema sanitario. Incluso se ha producido en el ámbito financiero una tendencia a relacionarse directamente el Estado (Ministerio del Tesoro) con las UUSLL, «saltando» el nivel regional en contra de lo que fue el modelo legislativo.

Estas consideraciones explican que se haya producido una crisis de la idea de *Administración por servicio nacional* como modelo nuevo de Administración superador de esquemas tradicionales que habría estado en la base de la reforma y que hubiera podido servir como modelo para otros sectores de la actividad pública.

En todo caso, debe señalarse que la constatación del funcionamiento defectuoso del sistema de gobierno, o su no funcionamiento, no significa rechazar la idea que está en la base del mismo. Simplemente se afirma que no se han hallado los instrumentos adecuados para hacerla operativa en el contexto italiano actual.

### 3. Las unidades sanitarias locales. Reforma sanitaria y reforma local

#### 3.1. Planteamiento general

La idea de unas Unidades sanitarias locales como articulación territorial de un Servicio Sanitario Nacional para la protección surge ya con los primeros documentos sobre la reforma (104). Aceptándose la necesidad de

(104) Véanse los documentos presentados en diciembre de 1967 en la comisión gubernativa de estudio para la reforma sanitaria (*L'istituzione*, cit., I, págs. 195 y ss.). El capítulo VII del plan de desarrollo económico 1965-1969 (ley de 27 de

que las mismas estén dotadas de representatividad democrática y aceptándose también su carácter relativamente homogéneo (en cuanto a la población atendida), no se concreta todavía suficientemente su inserción en la Administración Local. En todo caso, la homogeneidad a la que se ha aludido lleva a prever que el ámbito territorial de la USL coincidirá en algunos casos con un Municipio, pero en otros será sub o supramunicipal (105).

Posteriormente, las propuestas se irán perfilando a lo largo de un debate político y doctrinal que se desarrolla de forma paralela al debate general sobre la reforma de la Administración local que tiene lugar en los años 70, debate sobre la reforma local que no alcanzará a plasmarse en un texto legislativo pero que influirá notablemente sobre la reforma sanitaria.

Fueron, en efecto, distintas las circunstancias que contribuyeron a suscitar en aquellos años un amplio debate sobre la reforma de la Administración local (106) que tuvo su punto álgido en los años 1976 y 1977

---

junio de 1967, núm. 685) preveía ya un SSN articulado en distintos niveles en el que las Unidades sanitarias locales cubrirían la asistencia sanitaria de base (*L'istituzione*, cit., I, págs. 175 y ss.).

(105) No se concretan, en cambio, las concretas figuras organizativas ni se excluye que la provincia pueda asumir funciones operativas. Vid. el punto III del documento presentado por el Prof. A. SEPPELLI (*L'istituzione*, págs. 283 y ss.) y el punto IV del documento presentado por los Profs. G. C. BRUNI, S. BELLI, E. BORTOLOTTI y A. CAPPELLI (*L'istituzione*, pág. 227). Véase también el proyecto del Ministerio de Sanidad comentado por G. DE CESARE, *La configurazione giuridica delle unità sanitarie locali*, «Il Foro Amministrativo», 1971, III, págs. 670 y ss.

(106) Al margen del hecho de que el ordenamiento local preconstitucional —sólo puntualmente modificado— había quedado fuera de contexto, fue el establecimiento de las regiones de estatuto ordinario lo que hizo que el debate se avivara. Se puso de manifiesto que la reforma regional no debía traducirse sólo en la introducción de un nivel de gobierno añadido a los ya existentes, sino que era necesario adecuar la Administración del Estado y llevar a cabo una reforma global del régimen local coherente con el nuevo ordenamiento regional.

Concretamente, se puso de manifiesto la dificultad de aplicar el modelo constitucional que prevé en su artículo 118 la atribución y delegación de funciones por el Estado y las regiones a los entes locales. Las dificultades se planteaban por la presencia de un ente como la provincia, escasamente vitalizado, y de unos municipios que sí se mostraban como una comunidad viva, pero que en muchos casos tenían unas dimensiones tan reducidas y unos recursos financieros tan escasos que resultaban unas entidades inadecuadas para beneficiarse de una profunda descentralización.

Por otro lado, la experiencia del establecimiento por las regiones de los *com-prensorios* —circunscripciones de tipo comarcal intermedio entre Municipio y provincia— había hecho más imperiosa la necesidad de un nuevo diseño global de la Administración local.

La amplitud del debate hace que la bibliografía sobre la materia sea muy amplia. Una visión general puede alcanzarse con la consulta del trabajo de L. PALADÍN, *Due progetti di riforma dell'amministrazione locale*, «Le Regioni», 1977, págs. 408 y ss., así como las diversas contribuciones que integran el número monográfico de la Revista «Le Regioni» dedicado al tema (núm. 34 de 1978). Una completa información sobre la evolución del debate se obtiene en las sucesivas ediciones del *Annuario delle Autonomie Locali*, edizione delle autonomie, Roma, en las voces sobre *Riforma comunale e provinciale*, elaboradas por G. FALCON. La versión en lengua española de

con la elaboración de una serie de proyectos legislativos (107). Este movimiento de ideas no logrará plasmarse —como hemos advertido— en una reforma global de los entes locales, pero influye decisivamente en el DPR 616/1977 y en la reforma sanitaria del 78.

Entre las ideas de las que entonces se parte podemos destacar algunas como las más relevantes a nuestros fines.

En general, se acepta en aquellos años el papel central que corresponde al municipio en la Administración local y se le piensa dotar de mayores funciones y medios económicos. La propia expresión de *gobierno local*, neologismo de origen inglés que se introduce en el lenguaje (108) y que supone una valoración positiva de la autonomía local y especialmente municipal, es significativa en este sentido. Para superar el problema del reducido tamaño de la mayoría de los Municipios italianos se descarta una operación de fusiones generalizadas y obligatorias y se piensa más bien en fórmulas de colaboración y asociación entre Municipios.

Mayores diferencias existían en torno a la futura configuración de la provincia que, para algunos, debería reforzarse como ente de fines generales y dotado de una representatividad directa de las respectivas comunidades, y que, para otras fuerzas políticas, debería desaparecer como tal, sustituyéndose por un espacio intermedio de carácter asociativo entre municipios y, por tanto, con representatividad sólo de segundo grado (109). En todo caso, estaba generalizado el propósito de que no existieran más de dos niveles de gobierno por debajo de las regiones —el Municipio y un «ente intermedio» entre éste y la región— por lo que la provincia habría de desaparecer como tal si se creaba un nuevo nivel territorial.

En este contexto de ideas se inserta el DPR 616/1977 que —aunque no pretende incidir directamente sobre el régimen local—, incorpora una concreta visión de la temática y condiciona de algún modo su desenvolvimiento posterior. En este decreto legislativo se dota a los Municipios de importantes funciones de administración y gestión en determinadas materias (art. 25: asistencia y beneficencia; art. 32: asistencia sanitaria y hospitalaria) apareciendo la provincia como un nivel intermedio de mera programación, carente de funciones administrativas y de competencias para

---

algunos trabajos sobre la materia fue publicada por la Revista «Documentación Administrativa», núm. 192 (1981), págs. 191 y ss.

Sobre la experiencia de los «compensorios» véase U. POTOTSCHNIG, *Il comprensorio e il riassetto generale dell'amministrazione locale*, «Le Regioni», 1977, 426 y ss.; F. P. PUGLIESE, *Le attuali prospettive dei comprensori*, «Rivista trimestrale di Diritto Pubblico», 1977, 1095 y ss.; L. PALADIN, *Diritto regionale*, Padua, 1979, págs. 374 y siguientes.

(107) Un estudio de los distintos proyectos legislativos puede encontrarse en el libro de L. VANDELLI, *La autonomie locali verso la riforma*, Rimini, 1981, que incluye además los diversos textos.

Entre estos textos especial difusión y relevancia tuvo el denominado «Proyecto de Pavía», fruto de los trabajos de un grupo de expertos realizados por encargo de la región Lombardía. El articulado del proyecto con un informe previo explicativo puede verse en el libro *Legge generale sull'amministrazione locale*, CEDAM, Padua, 1977.

(108) Este dato lo destaca F. P. PUGLIESE, *Le attuali prospettive*, cit., pág. 1095.

(109) Vid. L. VANDELLI, *Le autonomie locali*, cit., págs. 18-19.

gestionar servicios. Para superar la reducida dimensión del espacio municipal en muchos casos, se prevén *formas incluso obligatorias de asociación entre los Municipios* a establecer por las regiones en la búsqueda de un espacio adecuado para la gestión de los «servicios sociales y sanitarios» (art. 25.2 y 3) en el sentido amplio que esta materia tiene en el DPR 616 (110).

En una línea de derivación directa de estos planteamientos se encuentran las opciones básicas de la ley 833 en la configuración de las UUSLL, opciones que quedan perfectamente explicadas en el contexto reseñado.

Por un lado, las UUSLL se configuran como articulación territorial de un SSN unitario al que no se ha querido renunciar en nombre de la autonomía local, pues se mantiene el objetivo de lograr la igualdad de todos los ciudadanos en cuanto a condiciones de salud se refiere.

Por otro lado, las UUSLL aparecen plenamente insertadas en el ámbito municipal. Se parte, por tanto, de una opción «municipalista» que explica que los órganos de gobierno de las UUSLL sean órganos municipales o de derivación municipal. Pero junto a ello, la necesidad de una gestión separada de lo sanitario —fruto también de su inserción en un servicio nacional— explica la autonomía funcional y operativa de que se dota a las UUSLL (111).

Por último, la USL va a constituir un espacio demográfico homogéneo

(110) Sobre el planteamiento que en materia de entes locales recoge el D.P.R. 616/1977, vid. las observaciones de L. VANDELLI, *Le autonomie locali*, cit., págs. 19-22.

(111) Se acepta en buena medida un modelo organizativo contenido en el aludido «Proyecto Pavía» que hacía referencia a una *organización estelar* del Municipio o de la provincia en el sentido de que en el centro de la organización del Municipio o de la provincia debían situarse «los órganos de gobierno, a los que corresponden todas las decisiones políticas..., y en torno a ellos, los demás elementos del sistema (unidades administrativas y unidades de gestión)». En particular la figura de la *unidad de gestión* estaba prevista para todas aquellas actividades que «exigen la aplicación de ciencias o de técnicas... o que requieren de alguna forma una autonomía de gestión, aun no tratándose propiamente de servicios de carácter industrial: es el caso de los servicios sociales o de los de asistencia sanitaria». El punto de partida en el que se sitúa dicho proyecto en este punto es la necesidad de «superar las actuales disfunciones de una administración construida en el siglo pasado cuando a la misma no se le exigían intervenciones en el campo económico y social», por lo que es preciso «separar lo que afecta a la función de decisión y lo que afecta a la función de gestión, de forma que esta última... pueda desarrollarse con autonomía organizativa». Vid. *Legge generale*, págs. 70-71, y arts. 91 y ss. del Proyecto.

De estas «unidades de gestión» serían un reflejo, para la materia sanitaria, las UUSLL, que están dotadas de «autonomía técnico-funcional» (art. 15.9.1 de la ley 833) en el marco fijado por unos órganos de gobierno que están vinculados a los órganos municipales. Vid. en este sentido G. MOR, «L'unità sanitarie locale: configurazione giuridica e competenze», en *Convegno Nazionale...*, Fassano, Milán, 1978, págs. 131 y ss., 136-137, y G. PASTORI, *Le unità sanitarie locali*, en *Convegno su la riforma sanitarie in Parlamento*, Milán, 1980, págs. 45 y ss., 48-49.

La inspiración del modelo de organización de las UUSLL en el Proyecto de Pavía puede observarse comparando el artículo 15 de la ley 833 con las indicaciones formuladas en el informe previo (*Legge generale*, cit., págs. 70-76) y con los artículos 91, 95 y 96 del articulado. Así, la negación del principio de jerarquía y la afirmación de la colegialidad como forma de coordinación que se mantenía en el Proyecto de Pavía (*Legge generale*, pág. 72) parece estar presente en la organización de la USL (Comité de gestión, Organismo de gestión, etc.).

distribuido por todo el territorio nacional utilizando la figura de la Asociación obligatoria de Municipios introducida en el DPR 616/1977, espacio que por el momento se refiere a los servicios sanitarios, pero que se considera extensible a otros servicios (art. 11, párrafos 5 y 6) (112). En todo caso, la figura de la Asociación de Municipios queda escasamente perfilada en la ley 833 y su concreción se remite a la legislación regional de desarrollo (art. 15) (113).

Estas indicaciones sobre la USL que muestran sus diferentes aspectos (articulación de un Servicio Nacional, unidad de gestión de los municipios o de las asociaciones de los mismos, espacio homogéneo en todo el territorio nacional para la gestión de diversos servicios) ayudan a comprender las precisiones de la ley 833 sobre la misma.

Se dice, por un lado, que «la gestión unitaria de la protección de la salud se realiza de modo uniforme sobre todo el territorio nacional mediante una red completa de unidades sanitarias locales» (art. 10.1), afirmación que destaca la configuración de la USL como articulación territorial de un Servicio nacional. Pero a continuación se define la USL como «una estructura operativa de los municipios, aislados o asociados, y de las Comunidades de Valle» (art. 15), afirmándose que los municipios ejercen las funciones de su titularidad a través de las UUSLL (art. 13) (114).

En cuanto a la provincia, la incertidumbre que predomina sobre su futuro en el momento de aprobarse la ley de reforma hace que apenas se le mencione en la misma y que quede prácticamente marginada de la materia sanitaria.

---

(112) Párrafos 5 y 6 del artículo 11 que se refiere a los servicios sociales y a los de enseñanza.

(113) Parece que se busca con ello un espacio homogéneo que sustituya a la heterogeneidad en las dimensiones reales que subyace dentro de la institución municipal. Por un lado, superación del pequeño municipio en el ámbito rural y búsqueda de un espacio mayor para determinados servicios. Por otro lado, «desagregación» del Municipio en las grandes ciudades que se trata de coordinar con la figura de los «consejos de barrio» introducido por la ley núm. 278, de 8 de abril de 1976.

En este sentido, G. PASTORI ha hablado de la necesidad de crear nuevos sujetos políticos de administración sobre la base de la zona. La ley 833 va en la línea de sustituir la uniformidad institucional existente sobre la idea del municipio (en contraste con la disparidad de sus dimensiones reales) por el «polimorfismo institucional» de los Municipios-zona. Tales Municipios-zona pueden asumir la forma de Comunidad de Valle, de asociación intermunicipal, de Municipios o de consejos de barrio (vid. *Le unità*, cit., pág. 48).

(114) G. PASTORI ha explicado cómo en la base de la discusión parlamentaria sobre la USL está la contraposición entre dos ideas distintas. En primer lugar, la USL como articulación territorial de un SSN —organización sectorial dirigida a la protección de la salud en sus diversos aspectos—; de otra parte, la USL como estructura de la Administración Local para el ejercicio de las funciones sanitarias, conectada, por tanto, con órganos políticamente responsables a nivel local. En los sucesivos proyectos de reforma se produce un acercamiento entre los dos planteamientos hasta llegar a una forma de composición: la USL como estructura de los Municipios, a través de las cuales éstos desarrollan las actividades que se les encomiendan en el marco del SSN (vid. G. PASTORI, *Le unità*, cit., págs. 45-47). A la contraposición entre estas dos ideas alude también M. S. GIANNINI (*Natura giuridica e struttura dell'USL*, en el vol. col. *Problemi giuridici della riforma sanitaria*, Nápoles, 1983, págs. 67 y ss.).

### 3.2. Régimen de las unidades sanitarias locales. La polémica sobre su naturaleza jurídica

Acabamos de indicar que la ley 833 define a las UUSSLL como *estructuras operativas de los Municipios*. Junto a ello se les caracteriza en otro lugar como «conjunto de dependencias, de órganos y de servicios de los municipios aislados o asociados y de las Comunidades de Valle que desarrollan las funciones del servicio sanitario nacional a que se refiere la presente ley, en un ámbito territorial determinado» (art. 10.2). Formulaciones que parecen destacar su instrumentalidad con respecto a las entidades locales correspondientes y que parece presuponer la falta de personalidad de las mismas.

Pero se habla a continuación de *órganos de las USL*, expresión ésta —la de órgano— que alude como es bien sabido a centros de competencias a los que el ordenamiento atribuye la posibilidad de imputar su actividad al ente en el que se integran. Podría entenderse —y así lo ha hecho algún autor— que, si las UUSSLL tienen órganos, nos encontramos ante un ente público dotado de personalidad.

Estos órganos de la USL son —como ya nos consta— la Asamblea general y el Comité de gestión (115). A la Asamblea se le atribuye una serie de actuaciones de especial trascendencia y las demás —«todos los actos de administración»— corresponden al Comité de gestión. El gobierno de la USL se atribuye —por tanto— a órganos colegiados de carácter representativo, cuyos componentes no tienen carácter técnico —o no deben tenerlo necesariamente—, sino político (116).

Algunas indicaciones más contiene el art. 15 (117), pero en lo demás debe estarse a lo dispuesto en la legislación regional a la que remite la

(115) La Asamblea general de la USL está constituida por el Consejo municipal (nuestro «Ayuntamiento pleno») —en el caso de USL de ámbito municipal o inframunicipal— o bien por la Asamblea de la Asociación de municipios o de la Comunidad de valle. En el caso de UUSSLL inframunicipales la ley prevé la posibilidad de que el Municipio establezca modalidades de participación de los consejos de barrio previstos en la ley de 8 de abril de 1976 en la actividad de las UUSSLL o incluso atribuyan todos sus poderes al consejo de barrio (art. 15.3).

Los miembros del Comité de gestión son nombrados por la Asamblea y éstos eligen entre ellos al Presidente.

(116) Esta configuración es consecuencia del objetivo que impregna la reforma de conectar con órganos representativos la gestión de actividades que antes eran encomendadas a estructuras burocráticas (los entes de previsión).

Los riesgos de esta opción fueron advertidos por G. MOR (*L'unità sanitaria locale*, cit., pág. 135), quien se refirió a la posibilidad de una excesiva politización y «desprofesionalización» del sistema sanitario.

(117) La ley prevé la «autonomía técnico-funcional de los servicios de la USL» y un Órgano (*Ufficio*) de dirección que se ocupa de la organización, coordinación y funcionamiento de todos los Servicios y de la dirección del personal.

Sobre la organización de las UUSSLL puede verse en la doctrina los trabajos de G. PASTORI, *Struttura organizzativa e funzionamento dell'unità sanitaria locale*, «Le Regioni», 1979, págs. 863 y ss.; del mismo autor, *Il processo decisionale nell'unità sanitaria locale fra organi politici e strutture burocratiche*, en el vol. col. *L'organizzazione*, págs. 223 y ss. También N. SPERANZA, *Gli organi dell'unità sanitaria locale*, Milán, 1982.

G. PASTORI ha distinguido «cuatro momentos funcionales» en el modelo organizativo de las UUSSLL (correspondientes a la Asamblea, el Comité de Gestión, Or-

propia ley 833. Tales leyes regionales han determinado, al instituir las UUSSLL, los distintos Servicios en que se articulan —que suelen corresponder a las distintas funciones que se atribuyen a la USL—, individualizando también los criterios para el establecimiento de los distritos sanitarios de base (118).

Debemos subrayar aquí que a las UUSSLL se les atribuye la gestión de los hospitales ubicados en su territorio que pertenecían a entes que se suprimen en virtud de la reforma (arts. 17 y 61), así como la de los llamados «servicios multizona», es decir, aquellos centros que por el grado de su especialización desarrollan su actividad en el ámbito de más de una USL (art. 18) (119).

Para ello, todos los bienes muebles e inmuebles pertenecientes a los entes suprimidos (entes de previsión, entes hospitalarios, etc.) destinados preferentemente a servicios sanitarios son transferidos al Municipio competente territorialmente, el cual los afecta a la USL correspondiente. Del mismo modo se procede con los bienes de las provincias o consorcios de entes locales dedicados a servicios higiénico-sanitarios (arts. 65 y 66). La fórmula empleada es en ambos casos la misma: los bienes muebles e inmuebles «son transferidos al patrimonio de los Municipios competentes en el territorio, con vínculo de destino a las unidades sanitarias locales» (120).

En materia de control de los actos de las UUSSLL se aplican —como también hemos indicado— las reglas generales sobre el control de los actos de los entes locales (art. 130 Constitución y ley n. 62 de 10 de febrero de 1953) con muy pequeñas peculiaridades (121). Por último, la ley 833

---

gano de dirección y Servicios) en los que se reproducirían los trazos de organización de una sociedad privada: asamblea de accionistas, Consejo de administración, dirección general y estructuras operativas (vid. *Struttura...*, págs. 867 y ss.; *Il processo*, págs. 224 y ss.). En este aspecto ha insistido también G. B. VERBARI («Il comitato di gestione della USL», en el vol. col. *Problemi giuridici*, págs. 195 y ss.), para quien el modelo de organización interna de la USL presente en la ley 833 —la legislación regional se aparta en algún punto de dicho modelo— no se inspira en ningún esquema conocido en el Derecho Público, sino en las sociedades de Derecho Privado.

(118) Las leyes regionales pueden consultarse en el libro de N. SPERANZA, *Gli organi*, págs. 255 y ss.

(119) En relación con estos servicios (por ejemplo, hospitales muy especializados dotados de una avanzada estructura técnica) se planteaba la siguiente alternativa. O bien se atribuía su gestión a un ente superior, rompiendo el principio de la atribución de todos los servicios operativos a las UUSSLL, o bien se encomendaba a la USL del territorio en que se ubica, lo que significaba atribuir a una USL un servicio que interesa a varias de ellas. El artículo 18 de la ley optó por esta segunda solución, pero encomendando a la ley regional las previsiones necesarias para asegurar la coordinación con las demás UUSSLL.

Se hace notar en este punto la ausencia en el diseño global de la ley 833 de un «ente intermedio» de ámbito superior a la USL con funciones operativas que hubiera podido ser el soporte adecuado para estos servicios.

(120) Sobre el patrimonio afecto a las UUSSLL puede verse el estudio de A. AZZENA, «La gestione del patrimonio fra Comune e Unità sanitaria locale», en el vol. col. «L'organizzazione», cit., págs. 150 y ss.

(121) Vid. artículos 49 de la ley 833 y 13 de la ley de 26 de abril de 1982, número 181.

dicta algunas reglas sobre la contabilidad de las UUSSLL estableciendo que las cuentas de las UUSSLL figuren como anexo a los presupuestos municipales (122).

Estos datos normativos pueden explicar que la cuestión de la calificación jurídica de las UUSSLL haya resultado difícil y controvertida, discutiéndose —en particular— si tienen o no personalidad jurídica (123). La ley 833 no sólo evita una concreta calificación de estos «organismos» —empleo una expresión deliberadamente ambigua—, sino que les da un régimen muy peculiar difícilmente identificable con alguna de las figuras organizativas conocidas en el ámbito del Derecho público. Estas dificultades se hacen mayores ante la variedad tipológica de las UUSSLL (de ámbito municipal, infra y supramunicipal) y ante el ejercicio por parte de las regiones de la competencia legislativa que la ley 833 les atribuye, lo cual hace que el cuadro normativo sea más complejo.

No se ha alcanzado en realidad —como vamos a ver— una construcción que pueda explicar satisfactoriamente los diversos aspectos de este régimen jurídico peculiar. Aunque no tendría sentido entrar aquí en el detalle de las numerosas propuestas doctrinales que se han formulado, sí procede explicar los polos principales entre los que se ha movido la polémica.

A) Según un primer punto de vista, la USL sería una persona jurídico-pública y no un simple órgano del Municipio. Esta es la tesis que sostuvo decididamente M. PASQUINI con base en el hecho de que la ley hablase de *órganos de la USL* (y no del Municipio) y de actos de las UUSSLL —sometidos al control correspondiente— y no de actos que se imputan a los Municipios (124).

(122) Vid. artículo 50 de la ley 833. También artículo 13 de la ley núm. 181/1982.

Sobre el tema de la contabilidad de la UUSSLL, vid. F. MASTRAGOSTINO, *Servizio sanitario Nazionale e ordinamento contabile*, Rimini, 1982.

(123) Frente a la posición de quienes quitaban importancia a la cuestión de si las UUSSLL tienen o no personalidad jurídica aduciendo la crisis y superación de este concepto (CERULLI IRELLI, cit. por L. MAZZAROLLI, «Profili funzionali del Servizio Sanitario Nazionale», en el vol. vol. *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Milán, 1981, páginas 49 y ss., 52; E. CASSETTA, *Relazione introduttiva, id.*, págs. 1 y ss., 8) se ha puesto de manifiesto posteriormente que no se trata sólo de una cuestión teórica, puesto que numerosos aspectos de su régimen están en función de que se les atribuya o no personalidad.

Así, se han suscitado dudas en algunas cuestiones planteadas ante los Tribunales. Concretamente, ha suscitado dudas el tema de la inelegibilidad al cargo de consejero municipal (concejal) del personal dependiente de las UUSSLL habida cuenta de que el D.P.R. de 16 de mayo de 1960, núm. 570, declaró inelegibles a «quienes reciben una remuneración o salario del Municipio o de entes, institutos o haciendas dependientes, subvencionados o sometidos a vigilancia del mismo Municipio» (sobre el tema vid. C. BOTTARI-G. CAIA, *Ineleggibilità et incompatibilità per i componenti degli organi dell'USL*, «Sanità Pubblica», 1981, 611 y ss.). También se ha planteado la cuestión de la legitimación y representación procesal de las UUSSLL; en particular, si corresponde al Alcalde o al Presidente del Comité de gestión. Sobre las sentencias recaídas en estas materias, vid. G. FALCON, *Ipotesi dottrinali e giurisprudenziali sulla natura giuridica delle unità sanitarie locali*, «Le Regioni», 1981, págs. 372 y ss., 391-400.

(124) Vid. M. PASQUINI-D. PASQUINI PERUZZI, *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Nápoles, 1979, págs. 269-271.

Esta caracterización de la USL como ente público encontraría también dificultades para insertarla en la tipología de los entes públicos. Así, si de una parte la naturaleza de su actividad (prestación de servicios sanitarios y, en general, todas las funciones «operativas» en materia sanitaria), junto con la afectación a la misma de unos medios materiales y personales nos harían pensar en un ente de carácter *institucional*, el hecho de la pertenencia obligatoria de los residentes en su territorio y su gobierno a través de órganos que son representativos de la respectiva colectividad obrarían en favor de su configuración como ente *corporativo* (125).

B) Este planteamiento ha quedado aislado, porque la doctrina mayoritaria y también la jurisprudencia han seguido una orientación distinta que niega la personalidad jurídica de las UUSSLL.

Para esta orientación mayoritaria, el legislador no habría querido crear un nuevo ente público para no separar la materia sanitaria de la órbita estrictamente municipal, lo que explicaría las definiciones legales de la USL a las que hemos aludido más atrás (estructura operativa de los Municipios...; conjunto de órganos y de servicios de los Municipios...).

Las UUSSLL constituirían un conjunto de órganos administrativos, de servicios y medios materiales integrados en el Municipio (o en la Comunidad de Valle o en la Asociación) —carentes, por tanto, de personalidad jurídica— pero dotados de individualidad y autonomía. Los matices de este planteamiento son muchos y las denominaciones utilizadas distintas— (*órgano complejo, hacienda autónoma, administración autónoma*), pero las ideas a las que responden tienen esta base común (126). En particular, se

(125) En un intento de perfilar las características de este nuevo ente público, señalan M. PASQUINI y D. PASQUINI PERUZZI que se trata de entes públicos *instrumentales*, porque no tienen autonomía de *indirizzo*, de carácter *institucional*, porque tienen fines no generales, *no territorial*, porque el territorio no se toma en consideración como elemento constitutivo del ente sino tan sólo como límite a su competencia, *necesario* por deber ser establecido obligatoriamente por las regiones, y de pertenencia coactiva, porque se adscriben a ellos necesariamente los ciudadanos residentes en el territorio (*Ob. cit.*, págs. 274-275).

(126) Véase L. MAZZAROLLI, *Profili funzionali*, cit., pág. 52, que habla de «administración autónoma»; G. PASTORI, *Struttura organizzativa*, cit., págs. 866-867, que habla de «órgano-complejo», «órgano-hacienda» o «unidad de gestión»; F. CIPOLLA, *Prime riflessioni su servizio sanitario nazionale e autonomie locali*, «Le Regioni», 1979, págs. 101 y ss., 119, y Andrea SANDULLI, *Primi orientamenti giurisprudenziali sulla natura giuridica della Unità Sanitarie locali*, «Giurisprudenza italiana», p. III, S.I., págs. 23 y ss., 26, que hablan de «administración autónoma». En este sentido, también A. SANDULLI, *Manuale...*, págs. 902 y 904-905, y M. S. GIANNINI, *Istituzioni...*, pág. 215.

Este último autor prefiere utilizar —en relación con las UUSSLL infracomunales— la expresión «administración autónoma» frente a la de «hacienda autónoma» si esta última se refiere a órganos públicos cuya actividad tiene carácter de empresa porque las UUSSLL ejercen funciones que implican ejercicio de autoridad junto a la prestación de servicios (vid. M. S. GIANNINI, *Natura giuridica*, cit., págs. 70 y ss.).

Sobre el significado de los términos «hacienda autónoma» y «administración autónoma», vid. G. TREVES, *Azienda (diritto pubblico)*, «Enciclopedia del Diritto», IV, Milán, 1959, págs. 741 y ss., y A. SANDULLI, *Manuale...*, págs. 345-347 y 452 y ss.

En el ámbito municipal se habla de *haciendas municipalizadas*, institución de gran tradición en Derecho italiano, como técnica para la gestión de servicios pú-

ha comparado a las UUSSLL con la institución de gran arraigo en Italia de las *Haciendas municipalizadas* (127).

Es evidente, según este punto de vista, que el legislador ha querido separar la USL de la Administración municipal y dotarla de autonomía de gestión —dentro del control municipal y con sujeción a su *indirizzo*—, pero de ninguna norma resulta que se les haya querido atribuir personalidad jurídica (128).

C) Esta caracterización ha sido contestada por G. FALCON, quien somete a crítica la aplicación de estos conceptos (hacienda autónoma, administración autónoma) a las UUSSLL tanto con apoyo en la configuración de su relación con la Administración en la que se encuadran como por el tipo de actividad desarrollada (129). En su lugar ha propuesto la calificación de *ordenamiento especial o diferenciado* del Municipio, una idea sin duda

---

blicos (vid. texto único de 15 de octubre de 1925, núm. 1278). Vid. sobre ello F. BASSI, *Natura giurídica della azienda municipalizzata*, Milán, 1957, quien mantenía —en contra de la opinión dominante— la tesis de la personalidad jurídica de las «haciendas municipalizadas».

(127) Vid., por ejemplo, en este sentido, F. BASSI, «Profili strutturali del servizio sanitario nazionale», en el vol. col. *Il Servizio...*, Milán, 1981, págs. 39 y ss., 41-43. Para este autor la USL presenta notables analogías con las haciendas especiales para la gestión de los servicios públicos en los entes locales, aunque no faltan elementos de diferenciación. Así, en ambos casos existe un órgano de gestión para los actos de «ordinaria administración», y en cuanto a los actos de «extraordinaria administración», en ambos casos los órganos de gobierno tienen sólo un poder de propuesta en relación con la entidad en la que se encuadran.

(128) Vid. en este sentido Andrea SANDULLI, *Primi orientamenti*, cit., pág. 26, según el cual la falta de personalidad de la USL se deduce de la inexistencia de una norma que expresamente la atribuya.

En esta dirección se aduce el hecho de que la USL opere con un patrimonio cuya titularidad corresponde al municipio, así como las normas de contabilidad del artículo 50. La referencia de la ley a los «órganos de la USL» (art. 15) es interpretada desde este punto de vista como referida a órganos del Municipio —o de la Asociación o de la Comunidad de Valle— que ejercen funciones en relación con la USL (así lo hacen G. PASTORI, *Struttura organizzativa*, pág. 867, y N. SERANZA, *Gli organi*, pág. 22).

(129) Según este autor, los caracteres básicos del concepto de hacienda autónoma o administración autónoma pueden considerarse dos. En primer lugar, una posición de subordinación con respecto a un ente público territorial que señala el *indirizzo* (orientación), conservando la «hacienda» una autonomía en la gestión. En segundo lugar, el tipo de actividad desarrollado, que viene caracterizado como preferentemente «técnica», «económica» o «industrial», es decir, actividad de «gestión», frente al ejercicio de potestades administrativas (que pueden ejercerse también, pero con carácter instrumental), «servicio público» frente a lo que se entiende por «función pública» en sentido propio.

En relación con lo primero, observa FALCON que no hay propiamente separación entre una gestión encomendada a la USL y un *indirizzo* determinado desde fuera. El Comité de gestión y la Asamblea contribuyen a formar el *indirizzo*, y esta última es también órgano de la USL; no es algo exterior a la misma. Respecto al tipo de actividad, se trata del ejercicio de funciones públicas propiamente tales junto a la prestación de servicios (vid. G. FALCON, *Ipotesi dottrinali*, pág. 404; más ampliamente, «L'istituzione unità sanitaria locale», en el vol. col. *L'organizzazione*, págs. 126 y ss., 127-145).

sugestiva, según la cual la USL sería el propio ente local revestido de una forma especial para el ejercicio de sus funciones en el ámbito sanitario (130).

D) Otros autores mantienen —por último— que no es posible deducir de la ley 833 una configuración unitaria de las UUSSLL y distinguen, por un lado, las UUSSLL de carácter municipal o inframunicipal en las que es posible encontrar la relación de instrumentalidad con el Municipio a que se refiere la ley y, por otro, las UUSSLL supramunicipales, que vienen a constituir una realidad de alguna forma «supraordenada» con respecto a los Municipios (131).

En todo caso, debe subrayarse que la línea doctrinal predominante tiende a ver en las UUSSLL una administración separada del Municipio, pero carente de personalidad jurídica: si, por un lado, se afirma su carácter diferenciado y autónomo, no por ello deja de considerarse englobado en la Administración municipal. Ideas que —sin embargo— encuentran dificultades para su concreción ante la imposibilidad de asimilación con alguna figura organizativa consolidada (132). También la jurisprudencia producida hasta el momento sigue esta orientación y refleja la misma ambigüedad (133).

Particulares problemas de calificación se presentan en el caso de la USL que corresponde a una Asociación de Municipios porque en muchos

(130) Vid. *Ipotesi dottrinali*, págs. 404 y ss. Para este autor la USL es una institución «en cierta medida autoconsistente y completa», pero no por ello tiene una propia personalidad jurídica. En realidad, no es sino una particular modalidad operativa del Municipio, una especialización funcional, organizativa y contable que podría definirse como *ordenamiento especial o diferenciado* del Municipio (de la Asociación o de la Comunidad de Valle). En otro lugar (*L'istituzione*, págs. 146 y ss.) habla de ordenamiento *paralelo* del ente local: la USL es el mismo ente local (entre ellos no puede haber relaciones jurídicas) que ejercita sus funciones en el ámbito sanitario a través de una particular *veste* (ropaje o forma exterior) que se le impone normativamente.

(131) Vid. en este sentido M. P. CHITI, «Natura giuridica delle UUSSLL: Aspetti problematici», en el vol. col. *Unità sanitarie e istituzioni*, cit., págs. 21 y ss., 36 y ss. También parte de esta distinción F. BASSI (*Profili strutturali*, cit., págs. 40-41 y 46), para el cual en el supuesto de USL que corresponde a una Asociación de Municipios, la USL es un ente personificado.

M. S. GIANNINI distingue también ambos supuestos: sólo en el caso de USL inframunicipal se puede hablar de «administración autónoma», mientras que las Asociaciones-Unidades sanitarias son los futuros grandes Municipios; el único elemento unificador de estas dos realidades institucionales diversas es el funcional: el ejercicio de las mismas funciones en el campo sanitario (*Natura giuridica*, págs. 75-76).

(132) Así, se afirma la superación del esquema persona jurídica-órgano como válido para explicar los fenómenos organizativos de las Administraciones públicas (en este sentido, M. P. CHITI, *Natura giuridica*, pág. 23, afirma que la reforma sanitaria ha producido una sacudida sustancial al ya vacilante sistema de organización pública y que, en particular, el binomio persona jurídica-órgano no parece capaz de encajar las novedades introducidas con las UUSSLL). Pero no se ha conseguido alumbrar un esquema conceptual consistente para la nueva realidad institucional.

(133) Vid. sobre ello G. FALCON, *Ipotesi dottrinali e giurisprudenziali*, págs. 391 y ss., especialmente 398-400. De los datos jurisprudenciales existentes emerge la imagen de una organización que está dentro del ente local —en este sentido es unánime la negación de la personalidad jurídica—, pero a la vez con una diferenciación respecto al mismo, hablándose de «administración autónoma», «unidad de gestión» o «hacienda».

casos la Asociación no tiene consistencia propia al margen de la USL, sino que es un mero soporte de la misma. Esta falta de consistencia real del ente de referencia hace difícil hablar de órgano (sería un órgano de una entidad que viene a identificarse con el propio órgano) y hace difícil también hablar de un «ordenamiento particular o diferenciado» de la Asociación, que vendría a ser en definitiva su única manifestación. En cualquier caso, la configuración concreta de la relación entre la Asociación y las UUSLL presenta notables diferencias en la legislación regional, lo que hace más difícil una caracterización general (134).

### 3.3. *Influencia de la reforma sanitaria sobre el régimen local. En particular, las Asociaciones de Municipios*

Hemos indicado ya que la reforma sanitaria se sitúa dentro de un determinado contexto de ideas sobre la reforma de la Administración local. Había plena consciencia de que en buena lógica la reforma local hubiera debido preceder a la reforma sanitaria, pero en relación con la primera de ellas no se había producido todavía el consenso suficiente, y condicionar a la misma la realización de la reforma sanitaria, hubiera significado su aplazamiento *sine die*.

En todo caso, no cabe duda de que la ley 833 —así como el precedente DPR 616/1977— significaba en algunos aspectos una ruptura del vigente ordenamiento local. Ruptura que venía dada no sólo por el incremento de las competencias del municipio en materia sanitaria (ya previsto en el DPR 616/1977), sino también por otros datos:

- La creación de un espacio supramunicipal en las zonas no urbanas en todo el territorio nacional haciendo uso de la figura de la Asociación obligatoria de municipios introducida por el art. 25 del DPR 616.
- La práctica eliminación de la provincia en el ámbito sanitario como resultado de la incertidumbre sobre lo que en el futuro sería el «ente intermedio» entre municipio y Región.
- La incorporación de un nuevo modelo de organización de los servicios municipales previsto de forma general en alguno de los proyectos de reforma local (el proyecto de Pavía) del que las UUSLL son una manifestación (135).

Con todo, la importancia de la implicación entre reforma local y reforma sanitaria había sido en cierto modo rebajada en el informe de la mayoría parlamentaria que acompañaba al texto del proyecto de reforma

(134) Hay determinadas gestiones que dan a la Asociación una fisonomía propia como la Toscana, las Marcas o la Lombardia, que expresamente atribuye a la Asociación personalidad jurídica de Derecho público. En otras regiones la Asociación es un mero instrumento para proporcionar un órgano a la USL (la Asamblea), apareciendo sólo esta última como verdadero ente.

(135) Véase sobre ello nota 111.

sanitaria (136). En cambio, algunos autores subrayaron la incidencia que la reforma sanitaria había de tener sobre el régimen local. Así, F. LEVI discrepaba del criterio manifestado en el informe mencionado (137) y señalaba que la reforma rompía definitivamente el criterio de la uniformidad institucional de los municipios tendiendo a crear centros de poder y administración de ámbito submunicipal en las zonas urbanas y de ámbito supra-municipal en las zonas rurales (138). Por su parte, M. S. GIANNINI afirmaba que debía considerarse un aspecto medular de la reforma sanitaria el haber imaginado organismos que anticipan la reforma municipal, constituyendo lo que en el futuro sería el Municipio de la República (139).

¿Qué es lo que puede decirse de estas cuestiones a la vista de la legislación regional de desarrollo de la ley 833 y de la efectiva institución de las UUSLL en todo el territorio?

En primer lugar, debe destacarse que se observa la tendencia a consolidar un nuevo espacio territorial comprensivo de diversos municipios en las zonas no urbanas con un contenido competencial más amplio que el estrictamente sanitario e incluso en el socio-sanitario (140). Ello sucede sobre todo en aquellas regiones que configuran a la Asociación como ente al que se atribuye un claro carácter polifuncional y a la USL como un aspecto de la misma —por hoy, el más importante—. Pero también en las regiones que refuerzan la USL como institución se prevé la gestión en este nuevo espacio de los servicios socio-sanitarios al menos (141).

En ambos casos se ha observado cómo el fenómeno asociativo comporta el paso de funciones del pequeño municipio a una institución distinta,

(136) Se señalaba allí que la reforma sanitaria no prejuzgaba con la institución de las UUSLL el papel que en el futuro asumiría el «ente intermedio». Cit. por F. LEVI, *L'unità sanitaria locale e l'amministrazione locale*, «Le Regioni», 1978, págs. 362 y ss., 364-365.

(137) Para este autor, la institución de las UUSLL impediría atribuir en el futuro una función en el sector sanitario al «ente intermedio», porque el sistema no es susceptible de reformas frecuentes. Vid. F. LEVI, *L'unità...*, págs. 363-365.

(138) Subrayaba en particular cómo en las zonas rurales se crearían centros de administración por encima de los pequeños municipios con una notable autonomía respecto al primer nivel de gobierno (*Ob. cit., lug. cit.*). Vid. también en este sentido F. CIPOLLA, *Prime riflessioni su servizio sanitario nazionale e autonomie locali*, «Le Regioni», 1979, págs. 101 y ss., 117.

(139) Vid. M. S. GIANNINI, «Relazione di sintesi», en *Il Servizio...*, Milán, 1981, pág. 122.

(140) Vid. una constatación en este sentido a la vista de la legislación regional en F. ROVERSI-MÓNACO, *Aspetti problematici della legislazione per l'attuazione delle unità sanitarie locali*, «Regione e governo locale», 1980, págs. 46 y ss., 47, y también en A. MARTINO, *Associazioni intercomunali e Unità Sanitarie locali: alcuni dati*, «Regione e governo locale», 1982, 2, págs. 30 y ss., 33 y 39 y ss., quien destaca el carácter «al menos dual de las funciones que corresponden a la forma asociativa».

(141) En el primer caso se atribuyen a la Asociación unas funciones amplias y una organización propia, cosa que no sucede en las regiones que optan por el segundo tipo de modelo. Ejemplo paradigmático del primero es la ley toscana de 17 de abril de 1979, núm. 37, que regula las Asociaciones al margen de la normativa de las UUSLL.

Véase la contraposición entre ambos modelos en G. FALCON, *L'associazione dei comuni e l'unità sanitaria locale*, «Le Regioni», 1980, págs. 849 y ss., 854 y ss. También en A. MARTINO, *Associazioni intercomunali*, cit., págs. 34-36.

aunque conectada con ellos. El Municipio se ve «empobrecido» frente a la mayor importancia política de la Asociación (142). Aunque no puede decirse que las UUSSLL supra-municipales se hayan separado totalmente del municipio (143), se confirma la tendencia a consolidarse unos nuevos centros de Administración local. En esta línea se ha señalado (M. P. CHITI) que, anticipándose a la nueva ordenación de los entes locales, se han puesto las bases de una profunda reforma municipal, por la cual —hacia abajo— el municipio se articula en circunscripciones y —hacia lo alto— la Asociación busca una gestión de los servicios en un espacio más adecuado que el de los pequeños municipios; en este último caso estamos en presencia de un tipo «fuerte» de USL que viene a representar un nuevo *poder local* (144).

Debe destacarse también que a través de la legislación regional de desarrollo de la reforma sanitaria se ha producido una incidencia de la región en la configuración del régimen local, introduciéndose diferencias en esta materia. Hay que recordar a este respecto que la legislación en materia de régimen local no corresponde a las regiones sino al Estado (145). A aquéllas les corresponde legislar en materia de organización y funcionamiento de las UUSSLL y de sus Servicios (art. 15 de la ley 833), pero ante la falta de una normativa estatal en materia de Asociaciones de municipios (que se limita tan sólo a la escueta previsión del art. 25 DPR 616/1977), las leyes regionales han procedido a una regulación de las mismas (146).

(142) Vid. en este sentido G. FALCON (*L'associazione*, cit., págs. 872-873), para quien la implicación entre el proceso asociativo estimulado por la reforma sanitaria y el sistema de las autonomías locales no se produce sólo en los casos en que la Asociación sea concebida como ente de carácter general. Para este autor, en todo caso el desarrollo de la reforma sanitaria supone una notable interferencia en el sistema de los municipios tradicionales, los cuales se ven obligados a ceder una parte de sus funciones a una institución asociativa.

Por su parte, F. ROVERSI-MÓNACO ha insistido en la separación que existe entre el Municipio y la USL en el caso de USL supra-municipal, cuestionándose si no hay que hablar de un nuevo «poder local». Subraya la falta de poderes sustanciales del municipio en relación con las UUSSLL y el carácter formal de la atribución de las competencias sanitarias al municipio en estos casos. Vid. ROVERSI-MONACO, *Regioni ed enti locali nel SSN*, en AA. VV., *Problemi giuridici della riforma sanitaria*, cit., págs. 161 y ss., 164-165.

(143) Lo que puede observarse analizando los poderes que en la legislación regional se atribuyen a la Asamblea en relación con el Comité de gestión y al Municipio individual dentro de la Asociación. Vid. un detenido examen de estos poderes en G. MOR, *Poteri e funzioni comunali nei confronti dell'unità sanitaria locale*, en AA. VV., *L'organizzazione*, cit., págs. 91 y ss., especialmente 102 y ss.

(144) En opinión de este autor, sobre esta base asociativa está surgiendo un verdadero «ente intermedio» localizado bien en una asociación intermunicipal o en una USL de tipo «fuerte». Vid. M. P. CHITI, *Natura giuridica delle UUSSLL: aspetti problematici*, en AA. VV., *Unità sanitarie e istituzioni*, cit., págs. 21 y ss., 39, 57 y 59.

(145) Vid. artículos 117 y 128 Constitución. El primero no prevé una competencia regional en esta materia, salvo la relativa a la fijación de las demarcaciones municipales; el segundo remite a una ley general de la República para la regulación del régimen local.

(146) Señala G. MOR (*Poteri e funzioni comunali*, cit., págs. 109-112) que no existe una potestad legislativa regional en esta materia y que la mayoría de las regiones han ido más allá de lo necesario para dar cumplimiento al artículo 15 de la ley 833, por lo que es posible una intervención de la Corte Constitucional que rechace esta legislación regional.

Esta es la vía a través de la cual las regiones han operado en materia de Administración local adelantándose de alguna manera a la reforma general de los entes locales.

No son de extrañar en esta situación las observaciones que se formulan en el *Rapporto sullo Stato delle autonomie* de 1982 (147) a propósito de la reforma sanitaria. Concretamente, al ocuparse dicho informe de la futura reforma del ordenamiento local (148) se afirma la urgencia de una legislación estatal que defina el régimen de las Asociaciones de Municipios y sus relaciones con los municipios asociados. Y ello porque la discrecionalidad dejada en este punto al legislador regional conduce a resultados distintos que comprometen en buena medida las propias opciones de la reforma local. Junto a ello, se considera de gran importancia la regulación de las relaciones entre la Asociación y los municipios asociados, porque «la gestión asociada de las funciones se traduce en la práctica en una marginación de los municipios de las funciones de que se trata, y de las cuales son titulares oficialmente, y en la creación de instituciones que pueden llegar a ser a la vez separadas y sectoriales» (149).

El principal punto a decidir —señala por último el informe— es el relativo a la configuración de una institución asociativa como «nivel *general* de referencia» capaz de atraer otras funciones además de las sanitarias (asistencia social, urbanismo, obras públicas, etc.). En todo caso «la introducción de un 'modelo' de Asociación de municipios, única para un determinado territorio, obligatoria y plurifuncional, a la que correspondería la prestación de todos los servicios que los Municipios no pueden ejercer aisladamente es y permanece parte integrante del programa del Gobierno» (150).

---

(147) Se trata del *Rapporto 1982 sullo Stato delle autonomie*, Roma, 1982, elaborado bajo los auspicios del Ministro para los asuntos regionales A. Aniasi.

(148) El informe identifica algunos aspectos básicos que deberán contenerse en la ley de reforma local, sobre la base del consenso que ya se ha alcanzado en el debate sobre la misma. En primer lugar se habla de abandonar el criterio de la uniformidad reconociendo una amplia autonomía estatutaria a los municipios y un régimen diferenciado para las áreas metropolitanas. Por otro lado, se reconoce la necesidad de prever una dimensión general asociativa intermunicipal para la gestión de diversos servicios, y también la exigencia de un «nivel intermedio de gobierno, programación y coordinación que, según la opinión mayoritaria en las fuerzas políticas, deberá recaer en una provincia renovada en sus dimensiones, estructuras y funciones». Junto a ello se alude también a una modificación y aligeramiento de los controles sobre los entes locales. Vid. *Rapporto*, págs. 107 y ss.

Sobre los desarrollos recientes del debate sobre la reforma local, véanse U. POTTSCHNIG, *La riforma delle autonomie locali nel progetto governativo*, «Le Regioni», 1983, págs. 135 y ss.; L. PALADIN, *Il problema delle «nuove province»*, «Le Regioni», 1984, págs. 65 y ss., trabajo en el que puede encontrarse una excelente síntesis sobre las ideas en torno a la institución provincial en el debate de la Asamblea constituyente y su evolución en la experiencia republicana. En este último trabajo puede leerse cómo se ha restablecido el clima de favor en torno a las provincias pensándose hoy en el mantenimiento de la actual organización provincial y en el reforzamiento de sus funciones.

(149) Vid. *Rapporto*, págs. 114-115. En otro lugar (pág. 108) se habla de una «separada y potente administración local de sector».

(150) Vid. *Rapporto*, pág. 115.

#### 4. *La actividad privada en materia sanitaria*

La actividad asistencial sanitaria ha sido desarrollada tradicionalmente por una pluralidad de sujetos públicos y privados. La importancia de estos últimos —profesionales liberales, instituciones privadas de beneficencia, centros eclesiásticos, clínicas privadas, etc.— ha venido siendo grande en Italia, al igual que en nuestro país, y ha ido disminuyendo —en términos relativos al menos— con el crecimiento de la actividad pública en materia de asistencia sanitaria. Con todo, una parte muy importante de la asistencia sanitaria estaba en manos privadas en el momento de realizar la reforma.

En relación con este tema —alternativa entre un sistema público de asistencia y un sistema privado— parece que cabía pensar en tres opciones:

- En primer lugar, establecer un sistema de asistencia exclusivamente público, sin perjuicio de la existencia de una actividad privada al margen del servicio nacional. Esta solución no resultaba viable por la dificultad de asegurar la protección de la salud de toda la población sin contar con la red asistencial de entes privados en cuyas manos se encuentra una parte importante de los recursos sanitarios existentes. Hubieran sido necesarias importantes inversiones por un lado, y por otra parte, se habría producido la infrautilización de una red ya existente.
- Para evitar esto último, se hubiera podido disponer la «publicación» de todos los centros sanitarios existentes estableciendo un sistema sanitario exclusivamente público, sin lugar alguno para la actividad privada. Pero —al margen de los problemas de constitucionalidad que ello hubiera podido plantear (151)— no apuntaban en esa dirección las fuerzas políticas en el proceso de gestación de la reforma por lo que no ha sido esa la opción en la que se sitúa la ley 833, la cual, ya en los principios que enuncia el art. 1.º establece un sistema no exclusivamente público.

---

(151) La Constitución italiana no establece ninguna regla específica sobre la materia, pues el artículo 32 se limita a encomendar a la República la protección de la salud sin incluir una mención al tema.

A mi juicio, la actividad privada sanitaria debe ser objeto de una distinción a estos efectos, en función de que se realice o no con fines de lucro. En relación con el primer supuesto, el artículo 41.1 Const. establece la libertad de iniciativa económica privada —dentro de los límites que se señalan en los párrafos 2 y 3 de dicho artículo—, y el artículo 43 dispone la posibilidad de reservar o transferir determinadas empresas o categorías de empresas que se refieran a servicios públicos esenciales —entre otros supuestos— al Estado, a entes públicos o a comunidades de trabajadores o usuarios. Las actividades sanitarias sin fines de lucro deben reconducirse —en cambio— al artículo 38 de la Constitución, donde establece (párrafo 5) que «la asistencia privada es libre». Naturalmente, ello no excluye cualquier poder del Estado en relación con las mismas, pero sí su prohibición general con *monopolio estatal*.

Creo —por tanto— que sería posible constitucionalmente una exclusión de la «iniciativa económica» en materia sanitaria, pero no de la actividad asistencial, esto es, de la realizada sin fines de lucro.

- Estas dos exclusiones nos conducen al sistema establecido por la ley de reforma. En ella se prevé la inserción de una parte de las instituciones sanitarias privadas en el SSN a través de la celebración de los oportunos *concertos*. Mediante tales *concertos*, determinados centros privados se benefician de una financiación pública y prestan asistencia sanitaria por cuenta del SSN, pero conservando una identidad propia. El sistema presenta además una continuidad con las soluciones ya previstas en el ordenamiento anterior (152).

Como ya sabemos, la ley 833 integró en el SSN como «estructuras propias» una serie de centros y servicios pertenecientes a entes públicos (entes hospitalarios, entes de previsión social, centros de las provincias, etc.), cuyos bienes fueran transferidos a los Municipios con vínculo de destino a la correspondiente USL. No sucedió así con otros entes públicos que disponen de un ordenamiento autónomo —en algunos casos, garantizado constitucionalmente (153)—, con los cuales se prevé la celebración de los oportunos *concertos*: se trata concretamente de las clínicas universitarias y de los entes de investigación (arts. 39 y 40 de la ley). El mismo instrumento —la celebración de *concertos*— se prevé en relación con una serie de centros privados (los que hayan sido reconocidos) que se integran, por tanto, en la actividad del SSN, si bien con un carácter voluntario, al menos formalmente.

También sabemos que la utilización de la técnica del *concerto* no es una novedad introducida por la ley 833. La novedad estriba en el carácter necesario que tiene en muchos casos (en los que su celebración es un derecho-deber para el sujeto en cuestión), en su conexión con la programación sanitaria y en su generalización a muy numerosos supuestos (154). Efectivamente, la técnica es empleada con profusión por la ley 833, pues al margen de su utilización para proveer a la asistencia sanitaria a través

---

(152) La posibilidad de celebrar *concertos* para prestar la asistencia sanitaria pública a través de centros privados estaba ya prevista en la ley de 12 de febrero de 1968 —denominada de reforma hospitalaria— y en la ley de 17 de agosto de 1974, núm. 386. Así, en el primer caso (art. 53.3 y 4) se preveían *concertos* a celebrar por los entes de previsión social para asistir a sus beneficiarios. En la segunda ley (vid. art. 18) estaba prevista la posibilidad de que las regiones celebrasen *concertos* para la asistencia hospitalaria.

Sobre tales *concertos* con anterioridad a la ley 833, vid. M. E. SCHINAI, *Le convenzioni in materia di assistenza ospedaliera*, «Foro amministrativo», 1975, II, págs. 163 y ss., 164-169; F. ROVERSI-MÓNACO, Art. 39, en AA. VV., *Il Servizio*, págs. 368 y ss., 370-373, y G. SANVITI, *Le convenzioni in materia ospedaliera*, «Foro amministrativo», 1975, II, págs. 573 y ss.

(153) Vid. artículo 33 de la Constitución cuyo párrafo 6 dispone que «las instituciones de alta cultura, universidades y academias tienen derecho a dictar ordenamientos autónomos con los límites establecidos por las leyes del Estado».

(154) Vid. algunas observaciones en este sentido en L. ACQUARONE, *Gli strumenti*, cit., págs. 77 y ss.; G. SAPORITO, *Attuazione del Servizio Sanitario Nazionale: programmazione e convenzioni*, en AA. VV., *Il Servizio*, Milán, 1981, págs. 159 y ss.; G. ABBAMONTE, *Le convenzioni tra enti secondo la legge n. 833/78*, en AA. VV., *I rapporti tra la USL e i presidi sanitari ed il sistema delle convenzioni in attuazione della legge di riforma sanitaria*, Milán, 1982, págs. 7 y ss.

de instituciones públicas y privadas, está prevista con carácter general para la asistencia farmacéutica (art. 28) y también como una forma especial de relación con el personal sanitario que presta sus servicios en el marco del SSN (155).

Sobre la configuración general de la técnica del concierto (*convenzione*) en el Derecho público italiano no es posible hacer muchas precisiones. Se trata de una expresión no científica que se ha acuñado en la práctica refiriéndose en general a actos de carácter bi- o plurilateral que comprometen a dos entes públicos en la prestación de un servicio, o suponen un acuerdo mediante el cual un ente público desarrolla una actividad propia a través de otra entidad pública o privada (156).

Un esfuerzo por ofrecer una elaboración jurídica sobre el concierto en el ámbito de la asistencia hospitalaria fue realizado por G. SANVITI (157), si bien sobre la base de la legislación anterior a la ley 833. Para este autor los conciertos en materia hospitalaria tienen una estructura muy similar a los actos que suponen una concesión administrativa y a los de otorgamiento de subvenciones —actos de carácter unilateral—, aunque formalmente se presenten como acuerdos entre sujetos que se sitúan al mismo nivel. Destaca la necesidad de observar en ellos el principio de igualdad de trato y la más rigurosa imparcialidad (158).

En todo caso, es preciso dejar constancia de la ambigüedad de los perfiles de esta figura que carece de una regulación legal, y en relación con la cual es difícil proceder a una elaboración dogmática a partir de los datos de Derecho positivo por la heterogeneidad de los supuestos y situaciones a los que se aplica. Esta ductilidad ha permitido que el legislador de la reforma sanitaria lo emplee en casos muy distintos como fórmula de composición de voluntades que permite insertar en el ámbito del SSN a sujetos situados en principio al margen del mismo a través de un instrumento formalmente negocial (159).

(155) Sobre el régimen del personal «concertado» —cuya disciplina se basa en los principios generales del empleo público— véase, además de la bibliografía citada *supra*, II, 4, MOR-PALEOLOGO-SPERANZA, *Il personale delle UUSSLL*, Milán, 1982.

(156) En este sentido se expresa M. S. GIANNINI, *Diritto amministrativo*, 1970, I, págs. 395 y ss.

(157) Vid. G. SANVITI, *Le convenzioni*, cit., págs. 573 y ss.

(158) Vid. *Ob. cit.*, págs. 575 y ss.

Realizaba también algunas observaciones en relación con su contenido —normalmente obligatorio sólo para las partes, aunque a veces también preceptivo en relación con terceros— y con su carácter vinculante. En relación con esto último, analizaba las reglas a observar en la solución de los conflictos entre las partes, observando que en general éstas tienden a autotutelar sus posiciones suspendiendo la ejecución de sus propios compromisos cuando se produce un incumplimiento por la otra parte.

En general trataba de aplicar principios de derecho común a situaciones que se caracterizan por la concurrencia de una finalidad de servicio público, e incluso el carácter público de los entes en cuestión.

(159) La doctrina ha insistido en que el carácter negocial de los conciertos en la ley 833 es más formal que sustancial, ya que el contenido de los mismos viene fijado de forma unilateral, sin que apenas quede espacio para la negociación. Vid. en este sentido G. SAPORITO, *Attuazione*, cit., pág. 162; G. ABBAMONTE, *Le convenzioni*, cit., págs. 14, y A. PIZZI, *Le strutture*, cit., págs. 146-147.

Es preciso hacer referencia —por último— a distintos tipos de actividad privada en el SSN, dejando al margen ahora el supuesto del personal sanitario «concertado».

A) La ley 833, tras regular los conciertos con las clínicas universitarias (art. 39) y con los entes de investigación (art. 40) se refiere a los conciertos con «instituciones sanitarias reconocidas que prestan asistencia pública» (art. 41). Se trata de centros no estatales *reconocidos* (160), que de alguna forma quedan comprendidos en el ámbito público, prestando *asistencia pública*. En relación con ellos se afirma que sus relaciones con las UUSSLL se rigen por los correspondientes conciertos, celebrados de acuerdo con el esquema-tipo aprobado por el Consejo de Ministros (art. 41.2 y 3).

Se admite de forma unánime en la doctrina que el concierto se configura en estos casos como un *acto debido*, teniendo tales instituciones un verdadero derecho a beneficiarse de un concierto con las UUSSLL, esto es, a prestar asistencia por cuenta del SSN disponiendo de la financiación correspondiente (161).

Se trata de instituciones sin fines de lucro y normalmente de carácter religioso que vienen a quedar incorporadas por esta vía a las actividades del SSN.

B) Las instituciones sanitarias privadas no reconocidas se regulan en los arts. 43 y 44 de la ley. Estas «pueden conseguir» de la región que sus hospitales sean considerados servicios de la USL en cuyo territorio están ubicados, cuando así lo prevea el plan sanitario regional. En este supuesto, por tanto, no se garantiza legalmente el concierto, sino que se hace depender de una decisión caso por caso, en función de las necesidades del SSN de acuerdo con lo establecido en el plan sanitario regional.

Parece observarse, por tanto, una especie de orden de preferencia en materia de conciertos: primero, las Universidades y entes de investigación (entes públicos); después, las instituciones privadas reconocidas, y en un tercer nivel, los demás centros privados (162).

---

(160) Son los institutos y entes eclesiásticos civilmente reconocidos, los hospitales de los cultos acatólicos a que se refiere la ley de 26 de noviembre de 1973, número 817, que hayan obtenido la clasificación en el sentido de la ley de 12 de febrero de 1968, núm. 132, del hospital «Galliera» de Génova y del Soberano Orden Militar de Malta.

(161) Esta es la posición de F. ROVERSI-MÓNACO, *Art. 41*, en AA. VV., *Il Servizio*, págs. 390 y ss., 395; M. PASQUINI, *Il Servizio*, pág. 182; F. D'ONOFRIO, *L'iniziativa privata nel servizio sanitario nazionale*, en AA. VV., *La riforma sanitaria*, Edimez, Roma, 1980, págs. 311 y ss., 316-317; L. ACQUARONE, *Gli strumenti*, cit., pág. 91.

(162) Con todo, la falta del reconocimiento en la ley 833 de un derecho de las instituciones privadas a obtener un concierto, no permite afirmar que las regiones puedan actuar con total discrecionalidad, pues deberán operar de acuerdo con lo previsto en el plan sanitario regional, el cual a su vez debe adecuarse a los contenidos y a las orientaciones del plan sanitario nacional (art. 55).

En este sentido, F. BASSI afirma (*I rapporti tra la unità sanitarie locali e i presidi sanitari privati «Case di cura private»*), en AA. VV., *I rapporti*, cit., págs. 59 y ss., 63-64), que un plan sanitario regional sería ilegal si a pesar de tener la región una disponibilidad de camas de hospitalización inferior a los índices normales fija-

C) El art. 45, en correspondencia con el último párrafo del art. 1, reconoce la función de las asociaciones de voluntariado libremente constituidas, cuya finalidad concorra a los fines institucionales del SSN (163). Las relaciones de estas asociaciones con las UUSSLL se regulan también a través de conciertos en el ámbito de la programación y de la legislación sanitaria regional (art. 45.5).

Aunque no reciben en la ley una regulación propiamente tal y ni siquiera queda clara la noción misma de «asociaciones de voluntariado» de la que se parte (164), parecen recibir un trato de favor (165).

D) Por último, la ley establece en su art. 46 que la mutualidad voluntaria es libre.

Esta escueta referencia limitada a establecer su admisibilidad permite entrever una valoración negativa del fenómeno de la ley. Este «desfavor» con que el legislador ve las mutuas o seguros libres —que suponen la quiebra del principio de igualdad en las prestaciones afirmado por la ley— se manifiesta en la prohibición, contenida en el 2.º párrafo del artículo, de que los entes y empresas públicas contribuyan a financiar las mutualidades libres cuya finalidad sea realizar prestaciones complementarias a las del SSN (166).

En definitiva, el cuadro normativo de la ley 833 prevé, junto a la posibilidad de una Medicina privada al margen del SSN, un conjunto de supuestos en los que la iniciativa privada puede concurrir a las actividades del mismo, como son el caso de la prestación de asistencia sanitaria por centros privados concertados y la participación de las asociaciones de voluntariado. En este cuadro, cabe una mayor o menor publicación efectiva

---

dos por el plan sanitario nacional, no preveyese el concierto con instituciones sanitarias privadas existentes dotadas de los requisitos técnicos exigidos.

Incluso se ha mantenido (M. PASQUINI-D. PASQUINI PERUZZI, *Il Servizio*, cit., página 184) que del conjunto de la normativa se deduce un criterio de prohibición de la creación de nuevos centros públicos, cuando las necesidades pueden ser cubiertas mediante el recurso a instituciones sanitarias ya existentes, dotadas naturalmente de un equipamiento técnico-organizativo adecuado.

(163) Se incluyen aquí las entidades de carácter asociativo, cuyas actividades se fundan en prestaciones voluntarias y personales de los socios. Las configuradas como Instituciones de Asistencia Pública y Beneficencia (IPAB) se excluyen de su transferencia a los Municipios, operada por el artículo 25 D.P.R. 616/1977.

Para D'ONOFRIO, se trata de un tipo de iniciativa privada que se caracteriza por una fuerte connotación de «solidarismo interpersonal» que la hace difícil de situar en la dicotomía público-privado (*L'iniziativa privata*, cit., pág. 318).

(164) En opinión de P. TESTA, quedan aquí comprendidos dos grupos de supuestos distintos entre sí: por un lado, las asociaciones de fines caritativos o filantrópicos, que tienen un gran arraigo, y, por otra parte, las asociaciones de defensa de la salud como interés colectivo, es decir, protección frente a aquellas agresiones que sobrepasan la incidencia individual. En relación con este segundo grupo señala que frente a los supuestos de participación de representantes de intereses colectivos en las estructuras del SSN, se trata aquí de una «colaboración desde el exterior». Vid. P. TESTA, *Art. 45*, en AA. VV., *Legge 23 dicembre 1978*, núm. 833, en «Le nuove leggi civili commentate», 1979, págs. 1189 y ss., 1283 y ss.

(165) Este trato de favor parece desprenderse ya del propio artículo 1 de la ley. Una manifestación concreta del mismo puede verse en el artículo 71.

(166) Vid. en este sentido F. D'ONOFRIO, *L'iniziativa privata*, cit., págs. 318-319.

en función de las concretas opciones asumidas en la programación sanitaria.

La ley 833 no opera, por tanto, una «publicación» del sistema sanitario, al menos entendida ésta en sentido tradicional. Si por un lado subsiste la actividad sanitaria privada, al margen del sistema público, por otro lado, muchos son los supuestos en los que las actividades del SSN se realizan a través de estructuras o instituciones no públicas.

La novedad es la creación de un cuadro organizativo unitario y de una programación general que engloba tanto a actividades «públicas» como «privadas». Los esquemas tradicionales de la «gestión de un servicio público mediante concesión» o de «ejercicio privado de funciones públicas» resultan explicativos —a mi juicio— sólo en muy escasa medida (167).

##### 5. *La posición del ciudadano-usuario ante el Servicio Sanitario Nacional*

Más atrás hemos expuesto los principios que inspiran la regulación de las prestaciones. Hemos hablado así, de la *universalidad e igualdad* en el derecho de los ciudadanos a beneficiarse de las prestaciones y de la posibilidad de que las prestaciones se realicen tanto a través de medios propios del SSN como a través de concertos con medios ajenos (168).

Frente al sistema anterior, centrado sobre todo en la asistencia hospitalaria y en las prestaciones farmacéuticas, ahora se pretende ofrecer —en

---

(167) La concesión de servicio público ha solido conectarse con la atribución a un particular del derecho al ejercicio de una actividad sustraída en principio a la esfera privada y declarada de titularidad pública. El ejercicio privado de funciones públicas se refiere a actividades que implican el ejercicio de poder público, de poderes soberanos (en la expresión italiana, actividades que tienen carácter *autoritativo*).

Sobre estos conceptos véanse los trabajos de G. ZANOBINI, «L'esercizio privato delle funzioni e dei servizi pubblici», en el *Tratado* de ORLANDO, Milán, V. II, P. III, págs. 233 y ss.; G. MIELE, *Funzione pubblica*, «Novissimo Digesto Italiano», VII, Turin, 1961, págs. 686 y ss.; V. POTOTSCHNIG, *I servizi pubblici*, Padua, 1964, y F. MERUSI, *Servizio pubblico*, «Novissimo Digesto Italiano», XVII, Turin, 1970, págs. 215 y ss., y las exposiciones sintéticas de C. MORTATI, *Istituzioni*, I, págs. 223 y ss., y A. SANDULLI, *Manuale*, 1982, I, págs. 498 y ss. En nuestra doctrina véase el completo estudio de F. SAINZ MORENO, *Ejercicio privado de funciones públicas*, núm. 100-102 (vol. 2.º) de esta REVISTA, 1983, págs. 1699 y ss.

Es obvio que el ejercicio de actividad sanitaria por los particulares en el ámbito del SSN no implica el ejercicio de funciones públicas en sentido propio, ni tampoco supone una *concesión* —esto es, atribución *ex novo* de un derecho— para el ejercicio de tal actividad, puesto que la misma puede ser ejercitada al margen del SSN.

(168) Solamente en relación con las prestaciones de especialidad y las de diagnóstico instrumental y de laboratorio, hay una clara preferencia de la ley, que prima las realizadas en centros propios de las UUSSLL sobre las realizadas a través de centros privados concertados. Para esta clase de prestaciones, el artículo 3 de la ley núm. 12/1982, de 26 de enero, resultado de la convalidación del Decreto-ley 678/1981, ha precisado en qué casos el usuario puede acceder a los centros privados concertados, previa solicitud en un centro de la USL. Sobre el tema, véase C. BOTTARI, *Il ruolo dei presidi sanitari privati nella legge di riforma sanitaria*, «Sanità pubblica», 1981, págs. 30 y ss.; R. MARTELLI, *Sulla legittimità costituzionale dell'art. 3 D.L. 678/81 conv. in L. 12/82*, en AA. VV., *Problemi giuridici della riforma sanitaria*, cit., págs. 341 y ss.

coherencia con los principios inspiradores del SSN— un cuadro completo de prestaciones en el que destaca la asistencia de medicina general y el papel asignado a la prevención y la rehabilitación.

Junto a ello, el principio de *respeto a la libertad y dignidad de la persona* inspira la regulación de las prestaciones en la ley. Se manifiesta concretamente en el reconocimiento de un derecho a la libre elección del médico y del lugar de curación «dentro de los límites objetivos de la organización del servicio», o en la regulación de la cartilla sanitaria, cubierta por el secreto profesional y que puede ser requerida sólo «en exclusivo interés de la protección de la salud del interesado», o en la regla general de la voluntariedad de los reconocimientos y de los tratamientos sanitarios (art. 33).

Debe recordarse —por último— que el *quantum* concreto de las prestaciones que se aseguran a todos los ciudadanos queda remitido a un momento posterior (a la ley 833), concretamente a la programación sanitaria (vid. arts. 3.2, 53.f, y 57). Tampoco se garantiza la gratuidad de todas las prestaciones, siendo posible, por tanto, que en determinados casos se establezcan cantidades a pagar por el usuario (pensemos, por ejemplo, en determinadas prótesis o en los productos farmacéuticos, etc.).

Con este planteamiento normativo ha quedado superado el sistema anterior de los «seguros sociales». En él, una relación de *seguro social* venía a establecerse entre el trabajador y el ente asegurador operando sobre el presupuesto de una previa relación laboral. Se trataba de una relación configurada sobre la base del esquema del contrato de seguro, si bien establecida con carácter obligatorio y gestionada por un ente público. En aquel sistema, además, convivían una pluralidad de regímenes y de entidades gestoras, sin que, por otro lado, quedara integrada toda la población.

Parecería que se ha pasado a un sistema de *servicio nacional* del tipo inglés —*National Health Service*— o de *servicio público*, dando a esta última expresión un sentido no riguroso —que nos permite prescindir ahora de los numerosos problemas dogmáticos que se han conectado con la misma— como sistema abierto a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad y financiado básicamente por el sistema tributario general.

Pero a pesar de que ésta ha sido el modelo presente en el movimiento de reforma, no ha podido ser totalmente implantado, al menos por el momento. Sin renunciar a su ulterior transformación en un sistema financiado por el sistema tributario general (arts. 53.f y 76.1) se ha mantenido la *contribución social* por enfermedad de los antiguos seguros (arts. 69.a y 76), si bien disponiendo su progresiva equiparación, de acuerdo con el criterio de igualdad en las prestaciones (arts. 53.f y 57.2), y estableciendo la *aseguración obligatoria* para aquellos sujetos que con anterioridad a la ley no se beneficiaran de ningún seguro social de enfermedad.

A la vista de esta configuración normativa del aspecto financiero parecería que nos encontramos ante un sistema de *seguro social único obligatorio* para toda la población. La diferencia con la situación anterior sería su generalización a todos los ciudadanos bajo un régimen y una gestión unitaria que asegure la igualdad de los ciudadanos.

Pero de un análisis más detenido de la normativa, resulta que tampoco esta formulación daría razón completa del sistema establecido. No se trata de un seguro obligatorio y general porque no existe propiamente una relación en la que la contribución del sujeto y el derecho a las prestaciones estén en posición de reciprocidad (169). Se trata en realidad de un sistema que en el aspecto de las prestaciones ofrece un servicio abierto a toda la población en condiciones de igualdad —como proyección del derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 32 de la Constitución—, pero que en el aspecto financiero ha mantenido el sistema anterior, con algunas modificaciones: se conserva la contribución por seguro social de enfermedad, si bien disponiendo su equiparación y se crea una contribución para aquellos que no estuvieran asegurados en el sistema anterior (170.)

En ambos casos resulta obvio que se trata de exacciones de carácter tributario. Más dificultades ofrece su inserción en alguna de las categorías de los tributos: impuestos, tasas o contribuciones especiales, dificultades que se han venido planteando desde hace tiempo en relación con la naturaleza de las contribuciones de los seguros sociales. Si se aceptase la tesis según la cual éstas constituyen verdaderos impuestos, habría que mantener que las contribuciones previstas en la ley 833 son también verdaderos impuestos (171). Desde esta perspectiva habría que criticar la regla de la igualdad absoluta —en función del coste medio «per cápita» del servicio sanitario— establecido en el art. 63 para la contribución por aseguración obligatoria, en cuanto que no respetaría el principio de capacidad contributiva establecido en el art. 53 de la Constitución (172).

Sin embargo, parece que lo acertado metodológicamente es partir de la regulación en su conjunto y deducir, si ello es posible, una calificación jurídica. En este sentido, la vinculación al coste que hace el art. 63 parecería acercar la contribución a la figura de la tasa. Pero otros datos nos hacen excluir esta calificación: se trata de un coste medio global desconectado del coste concreto ocasionado por el sujeto y la obligación del pago opera con

---

(169) En realidad el polo de la relación es distinto en ambos casos: la USL de residencia para la realización de las prestaciones, por un lado, y por otro, el INPS (Instituto Nacional de Previsión Social; art. 76) o el Tesoro (en el supuesto de «aseguración obligatoria» del art. 63) para el pago de la contribución. Junto a ello hay que señalar que no coincide exactamente el colectivo de beneficiarios —toda la población— con el de sujetos obligados al pago de la contribución. En el supuesto de la «aseguración obligatoria» del artículo 63 sólo deben pagar aquéllos que están obligados a presentar la declaración de la renta a efectos del IRPEF (Impuesto sobre la renta de las Personas Físicas). Ambas relaciones operan además con independencia, pues el derecho a las prestaciones nace directamente de la ley —concretándose en los planes sanitarios— y la inscripción en la USL tiene efectos meramente declarativos. Vid. en este sentido E. FERRARI, *Art. 19*, en AA. VV., *Il Servizio*, págs. 221 y ss., 230-231 y 243-244.

(170) Obligación que es exigible —conforme se ha indicado en la nota anterior— a quienes deban presentar declaración en el Impuesto sobre la Renta.

(171) A favor de este criterio se expresan M. PASQUINI-D. PASQUINI PERUZZI, *Il Servizio*, pág. 267.

Naturalmente, se trataría de un impuesto afectado al fondo sanitario nacional en el caso de las contribuciones pagadas al INPS (vid. art. 69, a).

(172) Vid. en este sentido M. PASQUINI-D. PASQUINI PERUZZI, *Ob. cit.*, págs. 267-268.

independencia de que haya un uso efectivo del servicio (en la figura de la tasa, normalmente el pago de la misma está vinculado a la obtención de un servicio o prestación solicitado voluntariamente por el particular).

Llegaríamos así —con E. FERRARI— a la conclusión de que se trata de una contribución especial porque «el legislador ha decidido atribuir en todo caso al ciudadano una situación de ventaja, y de esta situación deriva la obligación de pagar» (173), tesis que me parece la menos insatisfactoria de las tres posibles.

Una última cuestión a considerar —todavía no planteada en la doctrina— hace referencia al tipo de relación jurídica que se establece entre los centros sanitarios y los beneficiarios de las prestaciones. Parece obvio que en los casos en los que estas prestaciones se realizan en una estructura pública, se trata de relaciones jurídico-públicas disciplinadas por la ley. En concreto, la regulación de las mismas se realiza por un bloque normativo que parte de la ley 833, se completa con la programación sanitaria y la legislación regional y llega hasta los reglamentos de las UUSLL. Ningún espacio, por tanto, para la autonomía de la voluntad y ningún aspecto que pueda aproximarla al vínculo contractual.

Menos claro resulta el supuesto de centros privados concertados, pero entiendo que debe llegar a la misma conclusión teniendo en cuenta que el régimen de la prestación es el mismo y que el concierto produce la inserción del centro privado en el sistema organizativo del SSN.

Partiendo de esta calificación, hay que convenir que las cantidades a pagar por los usuarios que se establecen en algunos supuestos constituyen verdaderas *tasas*, esto es, exacciones públicas impuestas por la ley con ocasión de la utilización de un servicio o del dominio público.

Sería adecuado por tanto hablar en estos supuestos de *tasas sanitarias* utilizando una terminología perfectamente arraigada en el ámbito del Derecho público. Sin embargo, se observa que el legislador habla simplemente de «participación de los asistidos» (vid., por ejemplo, art. 12 de la ley financiera de 1982 —ley 181/1982—) y en el lenguaje ordinario se ha impuesto la expresión anglosajona *tickets*, que tiene una cierta implantación internacional.

#### IV. LA APLICACIÓN DE LA LEY DE REFORMA Y LOS PROBLEMAS FUNCIONALES DEL SERVICIO SANITARIO NACIONAL

##### 1. *Introducción*

Examinada ya la profunda novedad institucional que representa la ley 833, procede ahora cambiar la perspectiva de estudio y plantearse la operatividad del SSN y el alcance de los objetivos hacia los que se orienta la ley de reforma a la vista de la experiencia de los años transcurridos.

(173) Vid. E. FERRARI, *Art. 63*, en AA. VV., *Il Servizio*, págs. 610 y ss., 615.

Como punto de partida debe señalarse que, transcurridos algunos años desde la aprobación de la ley, se ha extendido con generalidad una conciencia de fracaso de la reforma. Menos acuerdo existe —en cambio— en relación con las causas de este resultado negativo: mientras algunos lo hacen descansar en los propios defectos de la ley, otros lo atribuyen más bien a un defectuoso proceso de ejecución y aplicación de sus previsiones.

Lo cierto es que no puede decirse que la institución del SSN haya supuesto mejora alguna en la sanidad pública, en los servicios que recibe el ciudadano, a pesar de que el nivel anterior no podía calificarse de bueno. Incluso, en algunos aspectos el nivel asistencial ha empeorado. Ciertamente, se ha conseguido generalizar la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos y establecer unas mismas prestaciones para toda la población. Pero no se ha avanzado significativamente en la uniformación efectiva de los niveles prestacionales porque los mecanismos de redistribución no han funcionado todavía: la infraestructura sanitaria ha seguido adoleciendo de los mismos desequilibrios que tenía con anterioridad a la reforma —incluso en algunos casos tales desequilibrios se han acentuado— y ello comporta obviamente una diferencia en la calidad de las prestaciones (174).

Se ha observado además un grado de conflictividad muy alto entre los diversos niveles institucionales del sistema (Estado, regiones, UUSSLL); el nivel de eficacia en la gestión de las UUSSLL ha sido bajo en muy numerosos casos; el personal sanitario y especialmente los médicos han encontrado frecuentes motivos de insatisfacción, contestación y huelga; la protección sanitaria legalmente otorgada a los ciudadanos no siempre ha sido efectiva en la práctica, como lo prueba la existencia de unas largas listas de espera en algunos hospitales, etc. (175).

Por otro lado, no se ha podido mantener un principio de gratuidad total en las prestaciones, pues en algunos casos se ha establecido el pago de determinadas cantidades a cargo de los usuarios, como única fórmula para frenar un crecimiento desmesurado en la demanda de algunas prestaciones.

Estos datos —que podrían ser largamente ejemplificados— son suficientes para poner de manifiesto la situación enormemente crítica que vive hoy la Sanidad en Italia, situación como consecuencia de la cual se reclaman cambios en la organización del SSN.

Vamos a tratar de identificar a continuación los problemas que han determinado que la reforma haya producido tan escasos frutos a pesar de haberse realizado con una conciencia general de su necesidad y haber suscitado tantas expectativas. Nos referiremos brevemente antes al proceso de desarrollo y aplicación de la ley.

---

(174) No son por ello infrecuentes las salidas de los italianos de su residencia habitual para procurarse asistencia sanitaria y —en particular— son abundantes los desplazamientos que se producen desde el Sur hacia el Norte, mejor dotado en equipamiento sanitario.

(175) La expansión de la Medicina privada que se ha producido en algunos campos de la actividad sanitaria —de forma contraria a lo que hubiera sido lógico prever— es una clara manifestación de las deficiencias e insuficiencias del Servicio Nacional. Ante estas insuficiencias se ha producido —en efecto— una «huida» hacia los servicios sanitarios privados e —incluso— hacia el extranjero.

## 2. Desarrollo y ejecución de la ley de reforma

La ley 833 constituyó un punto de partida que puso en marcha todo un amplio proceso de actuaciones estatales y regionales consistentes tanto en la emanación de disposiciones como en operaciones organizativas (176). Precisamente se ha observado que una de las causas de las dificultades surgidas en el período transitorio ha sido el gran volumen de actuaciones encomendadas a los diversos niveles institucionales que, generalmente, no se han cumplido en los plazos previstos o simplemente no se han cumplido (así ha sucedido con el primer plan sanitario nacional que hubiera debido ser aprobado por Ley del Parlamento para el bienio 1980-1982, según establece el art. 52 de la Ley).

En el nivel regional especial importancia tuvieron las leyes de constitución de las UUSSLL que se fueron dictando entre octubre de 1979 —ley regional del Véneto de 25 de octubre de 1979, n. 78— y marzo de 1981 —ley regional de Cerdeña de 16 de marzo de 1981— (177).

En el ámbito estatal se dictaron una serie de Decretos legislativos de desarrollo de la ley 833 (178), pero el bloque más importante de normas y medidas sobre el SSN ha venido produciéndose a través de una larga serie de Decretos-ley que se inicia con el Decreto-ley de 30 de diciembre de 1979, n. 663 (179) y que han regulado numerosos aspectos y entre

(176) Concretamente se preveían numerosas leyes estatales y regionales para el desarrollo de la reforma. Así, en el ámbito regional, las leyes de constitución de las UUSSLL fijando sus demarcaciones territoriales y dictando sus normas de organización y funcionamiento en el marco de los principios fijados en el artículo 15 (el art. 61 fijaba como límite el 31 de diciembre de 1979 para la constitución de las mismas). En el ámbito estatal destaca la delegación al Gobierno para dictar un decreto legislativo en materia de personal (art. 47).

También se establecía un régimen transitorio (arts. 64 y ss.) y se preveía una nueva disciplina sustantiva de diversas materias.

Junto a ello, existían una serie de provisiones de actuaciones no estrictamente legislativas ni reglamentarias: programación sanitaria, determinación de los fondos sanitarios (nacional y regionales), determinación de esquemas-tipo de conciertos, etc.

Una relación completa de las actuaciones previstas para el desarrollo de la reforma sanitaria puede verse en el Apéndice 4 del vol. col. *Il Servizio Sanitario Nazionale* (dirigido por F. ROVERSI-MÓNACO), Milán, 1979, págs. 786 y ss.

(177) La colección completa de las leyes regionales puede verse en N. SPERANZA, *Gli organi*, cit., págs. 255-681.

(178) Así, las normas sobre el estatuto jurídico del personal del SSN fueron aprobadas por el D.P.R. de 20 de diciembre de 1979, núm. 761, Decreto que contiene también algunas normas de organización de las UUSSLL (especialmente art. 8 sobre el Órgano de dirección).

Con fecha 31 de julio de 1980 se aprobaron los D.P.R. 613, 614, 618 y 619, relativos, respectivamente, a la reorganización de la Cruz Roja italiana, sanidad exterior, asistencia sanitaria a los italianos en el exterior e institución del Instituto Superior para la prevención y seguridad en el trabajo.

(179) Este Decreto-ley contenía normas sobre la contribución social de enfermedad (art. 3), sobre concreción de las prestaciones sanitarias a falta del Plan Sanitario nacional (art. 5), normas de financiación y algunas modificaciones de detalle de la ley 833, disponiendo, por ejemplo, la prohibición de nuevas construcciones sanitarias en tanto no se aprobase el plan sanitario nacional. Este Decreto-ley fue convalidado con modificaciones por la ley de 29 de febrero de 1980, núm. 33.

ellos especialmente los relativos a la concreción de las prestaciones sanitarias que ha tenido que producirse por esta vía en ausencia de la programación sanitaria (180).

Algunos de estos Decretos-Ley han sido convalidados por el Parlamento —generalmente con modificaciones (181)—, pero otros han sido reinsertados por el Gobierno en la *Gazzetta Ufficiale* ante la falta de convalidación cada sesenta días —que es el plazo establecido por la Constitución para su convalidación, transcurrido el cual se produce su decadencia—, reproduciendo a veces literalmente el mismo texto, o introduciendo algunos cambios en otras ocasiones.

Para la determinación del Fondo Sanitario Nacional en el año 1979 se tomó como base de partida los «gastos históricos» de 1977, tal y como establecía el art. 52 de la ley 833. Pero el mismo procedimiento se ha repetido posteriormente, aunque con algunas correcciones, ante la ausencia

---

(180) Así, otro Decreto-ley (1 de julio de 1980, núm. 285) establecía una disciplina transitoria de la asistencia sanitaria en las UUSSLL, también con algunas modificaciones de la ley 833, señalándose además (art. 1.3) que la falta de aprobación por las regiones de las disposiciones para la institución de las UUSSLL podía ser valorada a los efectos del artículo 126 de la Constitución, amenazándose, pues, con la disolución del Consejo regional. Este Decreto-ley fue convalidado también con modificaciones por ley de 8 de agosto de 1980, núm. 441. Por su parte, las regiones reclamaban del Estado la aprobación del primer Plan sanitario nacional en ausencia del cual carecían de cuadro de referencia seguro para su actuación. Vid. una constatación en este sentido en A. MARTINO (*Sanità*, en el *Annuario 1981 delle autonomie locali*, Roma, 1981, págs. 518 y ss., 520 y ss.).

Vid. también:

-- D.L. de 22 de diciembre de 1980, núm. 900, estableciendo una gestión transitoria en materia sanitaria a través de un comisario único regional. (En el mismo sentido, D.L. de 28 de febrero de 1981 y D.L. de 30 de abril de 1981, finalmente convalidado por ley de 27 de junio de 1981, núm. 331).

-- D.L. de 28 de mayo de 1981, núm. 247, estableciendo la congelación de las plantillas de las UUSSLL. (En el mismo sentido, D.L. de 29 de julio de 1981, n. 400; D.L. de 29 de septiembre de 1981, núm. 538; D.L. de 26 de noviembre de 1981, finalmente convalidado por ley de 26 de enero de 1982, núm. 12).

-- D.L. de 28 de mayo de 1981, núm. 250, sobre participación económica de los beneficiarios en el coste de la asistencia farmacéutica, también reproducido posteriormente en la *Gazzetta Ufficiale*.

-- D.L. de 29 de mayo de 1981, núm. 252, sobre las prestaciones de curación realizadas por el SSN, norma que establecía una participación económica de los beneficiarios de la asistencia de especialidad en centros privados concertados. En la misma materia, aunque con un contenido parcialmente distinto, incidía el D.L. de 29 de julio de 1981, núm. 398, que extendía esa participación a la asistencia de especialidad prestada en centros públicos.

-- D.L. de 25 de enero de 1982, núm. 16, de medidas urgentes en materia de prestaciones complementarias (especificaba las prestaciones complementarias hidrotermales, ortopédicas, prótesis, etc.), convalidado con modificaciones por ley de 25 de marzo de 1982, núm. 98.

-- Etcétera.

(181) Es preciso observar en este punto que no existe en Italia la distinción —presente en el art. 86 de nuestra Constitución— entre el Decreto-ley convalidado (art. 86.2 Const.) —convalidación que se otorga o se rechaza globalmente— y el Decreto-ley que se tramita como proyecto de ley (art. 86.3 Cons.), cuyo resultado será una Ley de Cortes. Frente a ello, en Italia la convalidación (*conversione*) da lugar siempre a una ley del Parlamento que puede aceptar íntegramente el texto del Decreto-ley o introducir modificaciones.

del Plan Sanitario Nacional (182). No se ha puesto en práctica todavía, pues, el procedimiento de determinación del Fondo Sanitario Nacional previsto en la ley, de acuerdo con la programación sanitaria.

Junto a ello, importantes prescripciones en materia sanitaria se han introducido, anualmente a través de las leyes financieras (183) algunas de las cuales han modificado aspectos puntuales de la ley 833. Así la ley financiera de 1982 (ley de 26 de abril de 1982, n. 181), establecía diversas prescripciones dirigidas a un mayor control de los gastos en materia farmacéutica introduciendo una participación de los beneficiarios al coste de las prestaciones de diagnóstico instrumental y de laboratorio (art. 12) (184). En su art. 13, además de dictar reglas sobre el control financiero de las regiones sobre las UUSLL y modificar algunos aspectos de la disciplina del control de los actos de estas últimas prevista en el art. 49 de la ley 833, añadía a los órganos de las UUSLL ya establecidos (asamblea general y comité de gestión) uno nuevo: un *colegio de revisores* compuesto por tres miembros, uno de los cuales es nombrado por el Ministerio del Tesoro (185).

Esta escueta exposición puede ser suficiente ya para dar cuenta de los retrasos producidos y de las dificultades surgidas en la primera fase de aplicación de la ley 833. El grueso de las medidas dictadas por el Estado responden a una preocupación financiera y se deben a exigencia del Ministerio del Tesoro en aplicación de una política de contención del déficit público.

### 3. Los problemas planteados en la aplicación de la reforma

Voy a tratar de resumir a continuación los principales problemas operativos que se han planteado en los primeros años de funcionamiento del SSN y que explican el fracaso de la reforma.

(182) Sobre la determinación del fondo sanitario nacional en los primeros años de funcionamiento del SSN, vid. M. CAMMELLI, *Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale*, en AA. VV., *L'organizzazione*, cit., págs. 53 y ss.; S. GIANNINI, *Conflitti finanziari nel «Governo» del Servizio Sanitario Nazionale*, «Sanità Pubblica», 1982, 10, págs. 1062 y ss., y A. SCHREIBER, *Il finanziamento della sanità: un'occasione per ripensare ai rapporti Stato-regioni nel dilemma fra supremazia e collaborazione*, «Sanità Pubblica», 1983, págs. 1250 y ss., especialmente págs. 1257 y ss. Explica este último autor cómo se han utilizado en la determinación del Fondo Sanitario Nacional alguno de los documentos preparatorios del Plan Sanitario Nacional sometidos a examen por el Parlamento y cómo ya en 1980 se destinaron algunas cantidades a la creación de puestos de hospitalización en las regiones peor dotadas.

(183) La práctica de aprobar anualmente una *ley financiera* fue introducida en Italia por ley de 5 de agosto de 1978, núm. 468. La ley financiera es una ley «sustancial» (vid. A. M. SANDULLI, *Manuale*, II, pág. 854) que fija el límite máximo de recurso al mercado financiero e introduce las modificaciones necesarias en otras leyes que puedan suponer gasto público.

(184) El porcentaje fijado fue el 15 por 100 de la tarifa, con unos límites máximos y mínimos. Se exime del pago de esta cantidad a las personas que tengan unas rentas inferiores a un nivel determinado.

(185) Vid. también —junto a otros aspectos— el artículo 16, que encomendaba al Gobierno la potenciación del «Órgano central para la programación sanitaria» fijando a tal efecto determinados principios.

A) Un primer aspecto en el que debemos insistir es la falta de realidad de la programación sanitaria de la forma prevista en la ley 833 a la que hubiera debido corresponder —como más atrás se indicó— un papel central en el SSN. La ausencia de un plan sanitario nacional supone la inaplicación de una parte de la ley de reforma y ha incidido negativamente en el funcionamiento del sistema al impedir que las regiones elaboren y aprueben los planes regionales dentro de un marco de referencia seguro, que el fondo sanitario nacional realice su función correctora de los desequilibrios sanitarios, que se avance en la línea de los objetivos señalados en el art. 2, etc.

B) Un grupo importante de problemas se ha planteado en relación con lo que usualmente se denomina «gobierno» del SSN.

En el estudio del proyecto de reforma se había puesto de manifiesto ya (ROVERSI-MONACO) la falta de una definición clara de los *vértices* del SSN. Al margen del reparto de competencias legislativas y de la repetición de fórmulas ya consolidadas (como el poder de «orientación y coordinación»), no se definían con claridad los poderes, las competencias y las relaciones de los diversos niveles institucionales: el Ministerio de Sanidad está situado teóricamente al vértice pero sin posibilidades de desarrollar una orientación global y tampoco las regiones están dotadas de un papel relevante en la programación y en la orientación del sistema, con lo que el «gobierno» del sistema estaba destinado a caer a nivel de USL (186).

La experiencia de estos años ha puesto de manifiesto —en efecto— la falta de un sistema de gobierno del SSN que asegurase su unidad. Ha ocurrido, además, que ni siquiera los instrumentos existentes han sido debidamente utilizados (187) a lo cual ha contribuido sin duda el hecho de que no se haya procedido a la exigida reforma del Ministerio de Sanidad de acuerdo con las funciones que se le encomiendan en el nuevo diseño organizativo (188).

(186) Vid. F. ROVERSI-MONACO, *Introduzione sui profili giuridico-istituzionali del progetto di riforma*, en AA. VV., *Convegno su la riforma sanitaria in Parlamento*, Milán, 1980, págs. 11 y ss.

(187) Vid. en este sentido G. U. RESCIGNO, M. P. GUERRA y M. A. RIZZO, *Il governo del SSN*, Módena, 1982, ejemplar mecanografiado, págs. 5 y ss., 10 y 329 y ss., donde se pone de manifiesto cómo el sistema de gobierno del SSN es incompleto y disarmonico y apenas es utilizado en la práctica, faltando, por otro lado, organismos dirigentes del sistema tanto a nivel central como intermedio (regional).

(188) La reorganización del Ministerio de Sanidad estaba prevista en el artículo 59 de la ley 833 a través de una ley del Estado que debía dictarse antes del 30 de junio de 1979, pero que no ha sido todavía dictada.

Establecía también dicho artículo la constitución de un *Organo central de la programación sanitaria* para estudiar y preparar las actuaciones legislativas y administrativas conectadas con la institución del SSN. A la espera de la ley a la que se ha hecho referencia, se autorizaba a constituir dicho Organo provisionalmente mediante Decreto del propio Ministro de Sanidad. Tal órgano ha sido efectivamente constituido, viniendo a yuxtaponerse a la organización ya existente.

La desaparición de la organización periférica del Ministerio de Sanidad y el profundo cambio de sus funciones que implicó la ley 833 hubiera debido traducirse sin duda en una reforma de su estructuración. En este punto de la falta de adaptación de la estructura organizativa del Ministerio a sus nuevas funciones ha insistido L. VANDELLI, *Amministrazione centrale e Servizio sanitario*, Rimini, 1984, especialmente págs. 66 y ss., donde se hace un detallado examen de las distintas posibilidades de reforma.

El instrumento preferentemente utilizado en la dirección del SSN ha sido —como hemos visto— el decreto-ley, instrumento al que se ha acudido con profusión para cubrir los huecos producidos por la falta de un desarrollo orgánico de la reforma (189). Seguramente el Gobierno no ha tenido otra alternativa que acudir a este expediente para resolver determinadas situaciones, pero ello no deja de suponer un alejamiento del modelo de programación previsto en la ley, en cuyo lugar se introducen unas intervenciones fragmentarias que responden fundamentalmente a exigencias financieras, del mismo modo que responden a exigencias de este orden las medidas que se dictan a través de las leyes financieras. Se trata de unas intervenciones que proceden del Ministerio del Tesoro —situado al margen de lo que es propiamente el SSN— en las que se observa además la tendencia a crearse una relación directa Estado-UUSSLL que prescinde del nivel regional, contrariando los principios de la ley 833.

Por su parte, las regiones no han podido desarrollar tampoco un papel efectivo en el gobierno del SSN, aunque en algunas materias dispongan de una amplia potestad legislativa (190). Se ha echado en falta en este punto —como ya hemos advertido— el plan sanitario nacional como marco de referencia para la programación sanitaria regional.

Puede explicarse con todo ello que se haya podido llegar a decir (F. MERUSI) que el SSN es un sistema de «financiación rígida y gestión anárquica» (191).

En general, el desarrollo de la reforma ha puesto de manifiesto el excesivo número de actuaciones que han sido encomendadas a órganos no específicamente sanitarios, a órganos políticos de competencia general. Y ello tanto a nivel central (Parlamento y Gobierno) como regional (192). El caso del Plan sanitario nacional, a aprobarse cada tres años mediante ley del

---

(189) No puede dejar de advertirse la grave incorrección que desde el punto de vista constitucional supone la repetición periódica de los Decretos-ley. Sobre este tema —conocido como «reiteración» de los Decretos-ley— véase V. LIPPOLIS, *La reiterazione dei decreti-legge*, «Diritto e Società», 1981, págs. 241 y ss.; S. LABRIOLA, *Regolamento parlamentare e forma di governo*, id., 1982, págs. 645 y ss.

(190) Vid. F. ROVERSI-MONACO, *La funzione di coordinamento nell'ambito dell' y G. SCOLA, Il governo regionale del Servizio Sanitario Nazionale*, en AA. VV., *L'organizzazione*, cit., págs. 40 y ss., quien subraya la ausencia de una función de gobierno propiamente tal en el SSN.

También se ha puesto de manifiesto que allí donde las regiones han tenido una amplia potestad legislativa, como en materia de organización de las UUSSLL, no han hecho un uso adecuado de ella, ocupándose sólo de determinados aspectos y dejando lagunas importantes. Así, las leyes regionales de desarrollo del artículo 15 de la ley 833 se han preocupado de la constitución de los órganos de las UUSSLL, especialmente de la Asamblea, pero se han ocupado en menor medida de la organización interna de las mismas. Vid. en este sentido M. S. GIANNINI, *Natura giuridica*, cit., págs. 68-69, y F. ROVERSI-MONACO, *Regioni ed enti locali nel SSN*, en AA. VV., *Problemi giuridici*, cit., págs. 161 y ss., 163; M. S. GIANNINI observa también (*ob. ult. cit.*, pág. 78) que ninguna ley regional ha introducido un control de resultados o control de gestión sobre las UUSSLL.

(191) F. MERUSI, *Introduzione*, en AA. VV., *Unità sanitarie e istituzioni*, cit., págs. 9 y ss., 13.

(192) En este aspecto ha insistido el estudio de G. U. RESCIGNO y otros, *Il Governo*, cit., págs. 326-327.

Parlamento, es significativo a este respecto. Sin duda, se han querido vincular las decisiones básicas a órganos dotados de representatividad política para evitar un alejamiento excesivo de la materia sanitaria del control político, pero ello ha dado lugar a notables inconvenientes: estos órganos no han sido capaces de dedicar a la materia sanitaria la atención que ésta hubiera requerido para un desarrollo completo de la ley y no han cumplido en los plazos previstos las numerosas actuaciones que les habían sido encomendadas. El contexto en el que se ha desenvuelto el desarrollo de la reforma —que no se caracteriza precisamente por una fuerte estabilidad política— ha dificultado también estos cumplimientos (193).

Por último, una de las carencias más importantes advertidas en estos primeros años ha sido la de un sistema de información adecuado que permitiera un completo conocimiento de los datos normativos y de hecho de los diversos niveles del sistema como presupuesto para una intervención eficaz (194).

C) Una parte importante de la responsabilidad en los defectos del SSN cabe atribuirla al bajo nivel de eficacia que en general se advierte en las UUSSLL y que es denunciado con generalidad.

En particular, se ha subrayado el defectuoso funcionamiento de los Comités de gestión por la excesiva politización de los mismos y la falta de profesionalidad de sus componentes. En su nombramiento se ha procedido —en efecto— más por reparto de cargos entre los partidos que en la búsqueda de su profesionalidad. Además, en muchos casos los Comités no se han limitado a administrar sino que se han repartido funciones por áreas de materias, marginando al Órgano de dirección (195). Hoy se pide la reducción del número de sus miembros y su mayor profesionalidad.

Otros inconvenientes se encuentran en la organización interna de las UUSSLL. Como se indicó en su momento, los aspectos básicos de esta organización venían determinados en el art. 15 de la ley, aunque con bastante generalidad: unos Servicios dotados de autonomía técnico-funcional

(193) La materia sanitaria es sin duda una de las más importantes en las que está comprometida la actividad pública. Pero parece que la ley 833 parte de una sobrevaloración del peso relativo que le corresponde dentro del conjunto de los asuntos encomendados a los órganos políticos y no estima correctamente sus posibilidades reales.

(194) En general, la necesidad de un sistema informativo adecuado se acentúa en un modelo de gestión ampliamente descentralizado como es el SSN. Véanse algunas propuestas en este sentido en G. U. RESCIGNO, *Il Governo*, cit., págs. 301 y ss.

En este punto ha incidido el artículo 15 de la ley financiera de 1982 (ley núm. 181/1982) al autorizar al Ministerio de Sanidad a celebrar un concierto para confiar a una sociedad de participación estatal mayoritaria las tareas de análisis, proyecto y apoyo de la Administración sanitaria central y Consejo Sanitario Nacional con vistas al establecimiento del sistema informativo sanitario.

(195) Vid. unas observaciones en este sentido en M. S. GIANNINI, *Rapporto preliminare sui problemi istituzionali*, Informe para el Ministro de Sanidad no publicado, núm. 3, así como el mismo autor, *Natura giuridica*, cit., págs. 68 y 77-78; S. PADERNI, *Ombre e luci della riforma sanitaria: una occasione di politica sociale da non perdere*, «Sanità Pubblica», 1982, 8/9, págs. 914 y ss., pág. 922. Vid. también VERBARI, *Il comitato di gestione, della USL*, en AA. VV., *Problemi giuridici*, cit., pág. 200 y ss.

y un Órgano de dirección cuya concreta composición fue determinada por el art 8 del D.P.R. de 20 de diciembre de 1979, n. 761. Estableció concretamente este precepto que forman parte del mismo todos los responsables de Servicio y los dos coordinadores: el administrativo y el sanitario (196).

Esta última norma ha sido criticada por contradecir el espíritu de la ley 833 que había pensado en un colegio de dos o tres personas (ROVERSI-MONACO) (197), y, en general, se ha observado a la vista de la legislación regional sobre las UUSSLL una excesiva presencia del principio de *colegialidad* en su dirección, es decir, la existencia de un excesivo número de estructuras horizontales de coordinación (198).

Alguna observación es preciso hacer también en relación con el ámbito funcional de las UUSSLL.

Ya nos hemos referido a la amplitud con que se conciben sus funciones que conciernen a todo el amplio campo de la intervención pública en materia sanitaria (además de la asistencia sanitaria, protección del ambiente frente a la contaminación, control sanitario de alimentos, sanidad veterinaria, etc.). Esta amplitud —consecuencia del principio de globalidad de las intervenciones— fue ya objeto de reservas antes del funcionamiento efectivo de las UUSSLL (199). La experiencia de estos años ha puesto de relieve que —en efecto— el ámbito territorial de las UUSSLL es demasiado pequeño para el ejercicio de determinadas funciones. Pensemos en el escaso sentido que tiene que en una ciudad haya una decena de organismos que se ocupan de la contaminación de las aguas y de las inmisiones industriales sobre la atmósfera, o de la sanidad alimentaria, o las dificultades que existen para que en las áreas rurales las UUSSLL puedan contar con los medios técnicos y el personal necesario para el ejercicio de tan amplias funciones (200).

También se ha mostrado desafortunada —por último— la decisión del legislador de confiar la gestión de los «servicios multizona» a la USL en la que se ubican porque en la práctica se detecta una tendencia a que estén únicamente al servicio de las USL que los administra. Se propaga por ello el sacar tales servicios de la órbita de las UUSSLL (201).

(196) Vid. sobre este precepto G. MOR, G. PALEOLOGO y N. SPERANZA, *Il personale*, cit., págs. 57 y ss.

(197) Vid. F. ROVERSI-MONACO, *La funzione di coordinamento nell'ambito dell'unità sanitaria locale*, «Sanità Pubblica», 1982, págs. 280 y ss., y también *Regioni ed enti locali*, cit., pág. 168. Critica también este autor la ambigüedad con la que se configura la función de los coordinadores en el artículo 8 del D.P.R., núm. 761/1979, frente a la relevancia que les pretendía atribuir la ley 833.

(198) Vid. F. ROVERSI-MONACO, *La funzione di coordinamento*, cit., págs. 283 y ss.

(199) Vid. M. S. GIANNINI, «Relazione di sintesi» en el vol. col. *Il Servizio*, Milán, 1981, págs. 123-124.

(200) Vid. en este sentido F. G. SCOCA, *Profili funzionali della USL*, en AA. VV., *Problemi giuridici*, cit., págs. 79 y ss., 92-93.

(201) Véase sobre este punto L. MAZZAROLI, *Problemi e prospettive della riforma sanitaria*, «Sanità Pubblica», 1981, págs. 1100 y ss., 1112-1113, y también M. S. GIANNINI, *Rapporto*, cit., núm. 5. Para un estudio de la gestión de los «servicios multizona» en la legislación regional, véase G. FALCON, *I presidi e servizi multizonali*, «Regione o governo locale», 1980, 2-3, págs. 66 y ss.

D) En cuanto al sistema de organización de la asistencia médica propiamente tal, no me parece que pueda decirse que en abstracto es inadecuado (202). Así, asegura una cercanía suficiente a los usuarios (pensemos en la subdivisión de las UUSSLL en distritos sanitarios de base), otorga un papel central al médico general o de cabecera (203), garantizando la libre elección del médico y del lugar de curación por el usuario, y permite una movilidad dentro del territorio nacional, etc. Con todo, los problemas a que se ha hecho referencia no han dejado de repercutir sobre el funcionamiento real de esta asistencia médica.

Debe decirse en todo caso que en materia de prestaciones la ley trazaba un cuadro demasiado ambicioso al prever un nivel prestacional —a concretar por la programación sanitaria— ciertamente elevada, sin hacer una valoración realista de las posibilidades del Estado a partir de los medios existentes. No se hizo —en efecto— una previsión y una dotación de los recursos necesarios para hacer frente al previsible aumento de la demanda de servicios sanitarios que había de producir la propia institución del SSN —al margen de otros factores de crecimiento que se observan en Italia y en muchos otros países—. La correspondiente insuficiencia se ha puesto de manifiesto con posterioridad y ha sido necesario introducir restricciones (pago de los usuarios por acto médico o prestación farmacéutica, limitación de las prestaciones a cargo del SSN, etc.). Frente a un cierto optimismo ingenuo de la ley han prevalecido últimamente los límites presupuestarios y las exigencias de moderación en el «consumo» sanitario.

E) Un par de observaciones me parecen destacables —por último— en relación con la financiación del SSN.

Como se ha indicado ya, la realidad se ha separado también aquí del modelo legal, puesto que no se ha procedido según las previsiones de la ley que conectan la determinación de los fondos sanitarios con la programación sanitaria. En realidad, no sólo no se ha avanzado en la línea redistributiva anunciada en la ley, sino que se afirma —incluso— que los desequilibrios se han acentuado (204).

El hecho de que no se haya llegado a determinar unos criterios de distribución de la financiación sanitaria distintos de los «gastos históricos» supone obviamente penalizar a las regiones peor dotadas con anterioridad

---

(202) La bibliografía sobre los sistemas de organización de la asistencia médica que se han ido configurando en los diversos países es abundantísima. Una excelente exposición se realiza en el libro de M. ROMER, *Organización de la asistencia médica en los regímenes de Seguridad Social*, OIT, Ginebra, 1969. Una abundante información puede encontrarse en el estudio promovido y publicado por la Cámara de Diputados italiana, *Modelli italiani e stranieri di assistenza sanitaria*, Roma, 1975.

(203) Sin duda, el modelo de organización de la asistencia médica introducido con la reforma sanitaria se inspira en el modelo inglés. Así, se observa que se ha pretendido dar importancia al médico de familia o general, en relación con el cual se asegura la libertad del ciudadano de elegir y cambiar, que los médicos generales tienen una retribución en función de las personas que se les adscriben con fijación de un techo máximo de personas que pueden ser atendidas por un solo médico, que ellos son los que abren el paso a los otros niveles de asistencia que se prestan previa solicitud del médico general, salvo casos de urgencia, etc.

(204) Vid. A. SCHREIBER, *Il finanziamento della sanità*, cit., pág. 1260.

a la reforma, y —por otro lado— premiar a aquellas que habían sido menos diligentes en la contención de los déficits públicos en materia sanitaria (205).

En el aspecto de los gastos se ha observado que uno de los efectos de la ley 833 ha sido el de incrementar la función de mera transferencia del presupuesto del Estado operando un fuerte aumento de las partidas que se destinan a otras administraciones públicas. Este hecho ha sido criticado por comportar una escisión entre quien tiene la responsabilidad de captar los recursos —soportando el «precio» político conectado a ello— y quien realiza el gasto recibiendo el correspondiente «beneficio» político (206). La tensión entre «centro» y «periferia» que ello produce explicaría —según este punto de vista— la conflictividad manifestada durante estos años entre los diversos niveles institucionales del SSN (207).

En cuanto a los ingresos que fluyen del fondo sanitario nacional, se ha detectado una fuerte desigualdad en la *contribución social* por enfermedad entre diversos colectivos y concretamente entre trabajadores dependientes y trabajadores autónomos (208).

(205) Vid. L. D. BROWN, *Health reform, italian style*, «Rivista trimestrale di Diritto Pubblico», 1984, págs. 688 y ss., 696.

(206) Vid. S. GIANNINI, *Conflitti finanziari*, cit., págs. 1065 y ss., quien alude a un «principio de responsabilidad» afirmado en el Informe Layfield sobre haciendas locales en Gran Bretaña, según el cual «quien es responsable de las decisiones de gasto debería ser responsable también de la exacción de los tributos necesarios».

Esta autora compara la situación creada en la sanidad con la que se viene observando desde hace años en Italia en materia de finanzas locales. Mientras los entes locales reclaman financiación del Estado ante su propia insuficiencia financiera, éste trata de evitar que la decisión de su déficit dependa de las decisiones que se toman por aquéllos.

Vid. también en este sentido F. GAVAZZUTI-S. GIANNINI, *La riforma malata*, Bologna, 1982, págs. 138 y ss.

(207) Es cierto —en efecto— que ello ha producido no pocas tensiones en torno a la determinación de los fondos sanitarios y, en general, en los aspectos financieros de esta materia. El Estado ha intentado por todos los medios evitar los déficits en las UUSLL y limitar el aumento de los gastos sanitarios (por ejemplo, a través de la prohibición general de nuevas construcciones sanitarias —art. 13 Decreto-ley 633/1979, convalidado por ley 33/1980— o la congelación de las plantillas del personal sanitario de las UUSLL con expresa prohibición de contratación de nuevo personal), y las regiones y UUSLL han hecho todo lo posible por eludir estas medidas.

Me parece —sin embargo— que no cabe pensar que esta tensión pueda evitarse sin comprometer una de las opciones de reforma, que ha introducido en el propio sistema de financiación del SSN mecanismos tendentes a asegurar la igualdad de todos los ciudadanos en los niveles prestacionales y el equilibrio territorial en los recursos sanitarios.

(208) A este respecto se refieren también F. GAVAZZUTI-S. GIANNINI, *La riforma malata*, cit., págs. 29 y ss.

Más atrás indicamos que el objetivo de la completa financiación de los servicios sanitarios con cargo al sistema tributario general fue abandonado por el momento y en su lugar se estableció un sistema peculiar en el que se conservaban las contribuciones sociales que en el sistema anterior eran pagados a los entes de previsión.

No se ha conseguido en este punto una total equiparación y se mantienen algunas diferencias en función del ente extinguido que gestionaba cada seguro. Estas diferencias plantean problemas de constitucionalidad porque —en el actual sistema sanitario— resultan contrarias a los principios de igualdad y capacidad contributiva.

4. *Las propuestas de modificación en la organización del Servicio Sanitario Nacional*

A la vista de estas dificultades se viene afirmando desde hace algún tiempo la necesidad de introducir algunas rectificaciones en la ley 833. Naturalmente, no se trata de introducir un sistema de nueva planta —la organización sanitaria no admitiría otra reforma global en tan corto espacio de tiempo—, sino de modificar determinados aspectos organizativos del SSN.

Algunos artículos de la ley 833 han sido ya modificados —como se ha visto— mediante Decreto-ley o por las leyes financieras, pero en general se trata de aspectos puntuales que no afectan al diseño organizativo del SSN. En cambio, las propuestas a las que nos vamos a referir ahora pretenden introducir algunos retoques en este diseño, a la vista de los primeros años de funcionamiento del SSN.

A) En primer lugar, ante las dificultades surgidas para que el Parlamento apruebe el plan sanitario nacional se reclama hoy de forma unánime la supresión de la regla según la cual el plan sanitario nacional debe ser aprobado por ley del Parlamento (209). Se sugieren en este punto fórmulas procedimentales intermedias como sería la comunicación del Plan al Parlamento con la facultad del mismo de hacer observaciones vinculantes en un plazo determinado (210).

B) Un segundo grupo de propuestas se refieren al sistema de «gobierno» del SSN. Hay una conciencia generalizada de que se trata de un aspecto central en la reforma sanitaria que presenta muy importantes deficiencias, pero las propuestas no alcanzan aquí un suficiente grado de concreción.

Como se ha puesto ya de relieve, el SSN se gobierna a través de una rígida financiación determinada desde el centro, de los decretos-leyes empleados con profusión y de las leyes financieras, pero no funciona la programación y la coordinación previstas legalmente como instrumentos de gobierno del sistema. Algunas actuaciones para mejorar este aspecto fueron ya dispuestas por la ley financiera de 1982, en concreto, en relación con

---

Según ha explicado R. BRACCINI (*Profili problematici di costituzionalità del c.d. contributo sociale di malattia*, en AA. VV., *Problemi giuridici*, cit., págs. 249 y ss., especialmente págs. 260-261), se trataría de un supuesto de «inconstitucionalidad sobrevenida» o «irrazonabilidad sobrevenida» de normativa en origen válida, porque tal regulación de las contribuciones sociales tenía sentido en el sistema anterior de los seguros sociales, pero no lo tiene al uniformarse las prestaciones sanitarias: el cambio del contexto normativo hace que esta regulación originariamente válida sea ahora inconstitucional. Las normas en cuestión son las mismas y la Constitución tampoco se ha modificado, pero el cambio en el sistema sanitario hace que hoy resulten aplicables unos parámetros que antes no lo eran (igualdad y capacidad contributiva).

(209) Vid. M. S. GIANNINI, *Rapporto preliminare*, cit., núm. 10, y también G. U. RESCIGNO, M. P. GUERRA, M. A. RIZZO, *Il Governo*, cit., págs. 326-327.

(210) M. S. GIANNINI, *Rapporto preliminare*, id.

el Organó central de la programación sanitaria y con el sistema informativo sanitario (vid. arts. 15 y 16).

En esta línea se ha propuesto el reforzamiento de la acción de impulso, coordinación y orientación del SSN por el Ministerio de Sanidad (A. GIOVANNARDI) (211), subrayándose, por otro lado, que el Ministerio de Sanidad, en su organización actual, no está preparado para asumir las funciones que la ley 833 encomienda al Estado, por lo que resulta necesario proceder a su reestructuración (212) (213).

En relación con el Consejo Sanitario Nacional se observa el elevado número de asuntos sobre los que debe pronunciarse, dada su progresiva ampliación por la legislación posterior a la ley 833 y por la propia praxis (214), lo que produce una notable congestión en este órgano. Sobre su composición se formulan también algunas críticas (215).

C) En cuanto a la organización de las UUSSLL, los importantes defectos advertidos en su funcionamiento (216) han dado lugar a que el Gobierno aprobara un proyecto de ley, con fecha 7 de noviembre de 1984, por el que se pretende modificar numerosos aspectos de ésta (217). En concreto,

(211) Vid. A. GIOVANNARDI, *Medici di famiglia e medici specialisti nell'assistenza sanitaria di base: il difficile decollo del servizio sanitario nazionale*, «Sanità Pubblica», 1981, págs. 596 y ss., 604-606.

(212) Vid. M. S. GIANNINI, *Rapporto preliminare*, cit., núm. 1, y L. VANDELLI, *Amministrazione centrale*, cit., especialmente págs. 79 y ss.

(213) Se ha propuesto también el reforzamiento de los instrumentos «informales» de gobierno, ya que los «instrumentos jurídicos formalizados» encuentran el límite insuperable de la implicación en el SSN de centros decisionales de autonomía garantizada. Vid. G. U. RESCIGNO y otros, *Il Governo*, cit., especialmente págs. 318 y ss. Con tales instrumentos jurídicos —se afirma— el SSN no podrá alcanzar la eficacia necesaria, propia de un ente unitario, y, por otro lado, la utilización de instrumentos no jurídicos se está produciendo en la práctica, aunque de forma asistemática. Añaden estos autores que falta un Organó de dirección capaz no sólo de programar, sino también de coordinar (de modo informal), aconsejar y ayudar a los muchos centros del SSN en su gestión cotidiana.

(214) Vid. en este sentido M. CAMELLI, *La collaborazione fra Stato e Regioni alla prova dei fatti: Il Consiglio sanitario nazionale*, «Le Regioni», 1981, págs. 1163 y ss. También, M. S. GIANNINI, *Rapporto*, cit., núm. 2.

(215) En particular señala M. CAMELLI *La collaborazione*, cit., pág. 1178, que en el Consejo Sanitario Nacional se mezcla impropia mente una representación política y una representación burocrática que además es incompleta en ambos aspectos. En relación con la primera, faltan representantes de los Municipios, y en el segundo aspecto, resalta la ausencia de los Directores Generales del Ministerio de Sanidad.

(216) Ya se ha aludido a la insistencia con la que se ha reclamado la reducción del número de miembros de los Comités de gestión y su profesionalización. También se ha afirmado la necesidad de una separación clara entre las funciones del Comité y las del Organó de dirección de forma que aquél no absorba las funciones de éste. Vid. en este sentido M. S. GIANNINI, *Natura giuridica*, cit., págs. 68 y 77-78; *Rapporto preliminare*, cit., núm. 3.

En esta línea, F. ROVERSI-MÓNACO había propuesto reforzar la posición del Organó de dirección y en concreto reforzar la posición de los coordinadores respetando el espíritu de la ley 833 en este punto (*Regioni ed enti locali nel SSN*, cit., pág. 170).

(217) Un articulado sustancialmente coincidente con este proyecto puede verse publicado en «Sanità Pubblica», 1984, págs. 1227 y ss., como apéndice al trabajo de A. MARTINO, *L'assetto istituzionale dell' U.S.L. nel recente schema di disegno di legge del Ministero della sanità*, id., págs. 1211 y ss.

se prevé la supresión de la Asamblea General como órgano de las UUSSLL, encomendándose algunas de sus funciones a los Municipios o a las Asociaciones de éstos y otras al Comité de Gestión, se fija un número reducido de miembros de los citados Comités, exigiéndose una determinada cualificación para las personas que formen parte de los mismos, y se señala que el Órgano de dirección está formado por el coordinador sanitario y el coordinador administrativo, a los que se exigen también determinados requisitos. Junto a ello, se establece una nueva distribución de funciones entre los diversos órganos y cargos con responsabilidad. Por último, algunas previsiones específicas se contienen en relación con los «servicios multizona» (218).

Por lo demás, no debe pasarse por alto el dato de que la propia Corte Constitucional se haya hecho eco de la necesidad de poner remedio al estado de cosas al que se ha llegado en la sanidad italiana. Con ocasión de un recurso de inconstitucionalidad interpuesto por varias regiones contra las disposiciones sanitarias de la ley financiera de 1984 y empleando un talante que entre nosotros resultaría sorprendente ha afirmado «la exigencia de que el Parlamento reconsidere orgánicamente el ordenamiento del servicio sanitario nacional». Tras aludir a la insuficiencia del intento gubernativo de reformar la organización de las UUSSLL —al que acabamos de referirnos— y a la necesidad de deslindar con claridad las competencias que corresponde a cada organismo responsable evitando en particular «la excesiva multiplicación de centros de autonomía», insiste en que «no sirven a tal efecto las leyes financieras ni otras actuaciones de carácter urgente o en todo caso contingente: allí donde están en juego funciones y derechos constitucionalmente previstos y garantizados, es indispensable superar la perspectiva de la mera contención del gasto público, para asegurar la certeza del Derecho y el buen funcionamiento de la Administración Pública, mediante disciplinas coherentes y destinadas a durar en el tiempo» (sentencia de 30 de octubre-5 de noviembre de 1984, n. 245).

## V. CONSIDERACIÓN FINAL

Me parece oportuno resaltar, por último, las evidencias que más claramente se desprenden de cuanto se ha expuesto sobre esta experiencia reformista.

1. Creo concretamente que el contraste entre el diseño legislativo y la realidad permite detectar algunos errores organizativos en la ley 833, permite observar el carácter antitético de algunas opciones presentes en la misma, cuya tensión no se ha acertado a resolver adecuadamente y permite también apreciar unos resultados contrarios a los pretendidos por el legislador en determinados aspectos.

En este proyecto se define a las UUSSLL como *haciendas especiales* de los Municipios —aislados o asociados— y de las Comunidades de Valle.

(218) Vid. artículo 8. En la doctrina, algunas propuestas sobre el tema pueden verse en L. MAZZAROLLI, *Problemi e prospettive della riforma sanitaria*, «Sanità Pubblica», 1981, págs. 1100 y ss., 1112-1113, y M. S. GIANNINI, *Rapporto*, cit., núm. 5.

A) En el primero de los aspectos mencionados, los defectos se encuentran —como se ha visto— tanto en el ámbito de las funciones estatales y regionales, como en el ámbito de las UUSLL. En este último aspecto, puede hablarse de un *fracaso de la gestión política de la sanidad* —hay que decirlo con todo énfasis, porque los datos obligan a ello—. En un país como Italia, en el que existe una fuerte tendencia por parte de los partidos a apropiarse de las instituciones públicas y a repartirse el poder en ellas, ha resultado extremadamente grave el no haber separado nítidamente las funciones de gobierno y control político de las de administración y gestión. La ley 833 parece partir —ingenuamente— de que la democratización de la Administración es suficiente para asegurar una gestión administrativa eficiente; la experiencia ha demostrado —en cambio— que determinadas fórmulas de democratización pueden amenazar seriamente el buen funcionamiento administrativo.

También resulta discutible —por otro lado— la idea de situar todas las funciones «operativas» en las UUSLL. Concretamente puede decirse que este espacio resulta demasiado pequeño para el ejercicio de las funciones de higiene y sanidad pública y también para la gestión de los grandes hospitales y centros altamente especializados (los llamados «Servicios multizona»). En todo caso no parece que esta opción sea hoy —como tal— cuestionable en Italia, en la medida en que implicaría un replanteamiento de las bases mismas de la reforma (219), y, además, no creo que a ella le sean imputables los problemas que padece la sanidad en ese país.

Con todo, quiero subrayar que la constatación de estos defectos de la reforma no significa rechazar sus objetivos. En particular, no puede ponerse en duda que la generalización de la asistencia sanitaria a toda la población en condiciones de igualdad sea un objetivo de los modernos Estados sociales. Ni tampoco parece reprochable la búsqueda de un espacio adecuado y homogéneo para la gestión de los servicios sanitarios. Ni por supuesto, lo es el intento de organizar un servicio nacional con gestión descentralizada al que se reconducen todas las actividades relacionadas con la protección de la salud. Otra cosa es la fortuna habida en el intento.

B) En el segundo de los aspectos aludidos —opciones de alguna forma antitéticas— es preciso aludir en primer lugar al intento de compatibilizar la descentralización en materia sanitaria con el logro de la igualdad de los ciudadanos a través de una financiación centralizada de los servicios sanitarios. Y es que —en efecto— el énfasis que la ley 833 puso en la descentralización se compagina mal con la opción por una financiación controlada por el Estado de forma bastante rígida.

El principio de descentralización hubiera debido traducirse —para alcanzar una efectividad plena— en algún grado de autonomía en el volumen de gasto por parte de las regiones y entes locales —o incluso en la finan-

---

(219) Una idea sin duda central en la ley 833 es la de la «globalidad» en las intervenciones sanitarias, idea que ha llevado a atribuir a las UUSLL todas las funciones operativas. Cualquier otro espacio territorial que se eligiera para situar en él todas estas funciones presentaría probablemente algún aspecto para el cual resultaba demasiado pequeño o demasiado grande.

ciación por el presupuesto propio de estos entes—, en cuyo caso el objetivo de la igualdad hubiera debido ser perseguido a través de mecanismos de redistribución externos a la financiación sanitaria. Pero no fue esa la opción acogida por la ley 833, ni, por supuesto, tampoco la de crear un ente nacional unitario —en el que hubiera encajado perfectamente el objetivo del logro de la igualdad a través de una financiación centralizada, pero que no hubiera sido coherente con el principio de descentralización— y el intento de compatibilizar descentralización e igualdad a través de una financiación centralizada ha producido un estado de conflicto casi crónico en el sistema sanitario.

Junto a ello, no puede dejar de advertirse que las genéricas afirmaciones de derechos y prestaciones a favor de todos y la formulación de unos objetivos muy ambiciosos en la ley 833 se compaginan mal con las finalidades de contención del gasto público sanitario que están presentes en la propia ley y que se corresponden con una tendencia observada en los últimos años en la generalidad de los Estados occidentales desarrollados. Efectivamente, tras una etapa de rápida expansión en el gasto público sanitario, diversas circunstancias —crisis económica y necesidad de reducir los déficits del sector público, crecimiento potencialmente ilimitado de la demanda de servicios sanitarios, etc.— han determinado la adopción de políticas restrictivas en esta materia en diversos países. Estas exigencias de moderación en el gasto son las que han prevalecido también en Italia en la práctica, de modo que muchas declaraciones legales han quedado en mera retórica legislativa (220).

C) Los resultados producidos por la reforma han sido, en realidad —como se ha sugerido ya—, muy distintos a los queridos por el legislador en aspectos medulares.

Así, frente al objetivo de establecer un sistema sanitario equilibrado —en cuanto a prestaciones y condiciones ambientales de salud— ha sucedido que las diferencias de partida se han consolidado, e incluso, se han acentuado.

Frente al intento de establecer un sistema sanitario unitario y armónico, al que se reconducen —superando el anterior estado de cosas— todas las acciones públicas en materia sanitaria, no se ha conseguido en la realidad implicar la forma armoniosa a los diversos entes y órganos competentes en la materia y los procesos de decisión legalmente previstos han estado bloqueados en la práctica. Como consecuencia de ello, no ha sido posible articular una verdadera política sanitaria a través de los mecanismos previstos en la ley 833 para el gobierno del SSN, en cuyo defecto se han

---

(220) Al menos en este aspecto de la contención en el crecimiento del gasto público sanitario la reforma ha producido algunos frutos, si hacemos caso de las conclusiones a que llegan los estudios disponibles sobre la evolución del gasto público a partir de 1979 (vid. por ejemplo, S. GIANNINI, *Conflitti finanziari*, cit., pág. 1069).

La experiencia italiana se suma aquí a la experiencia inglesa y permite inducir una regla en base a la cual los sistemas de Servicio Nacional de Salud son más eficaces en la contención del gasto sanitario que los de Seguro Social Obligatorio.

multiplicado las intervenciones fragmentarias (Decretos-leyes y leyes financieras).

Frente al intento de mejorar los niveles prestacionales de los servicios públicos sanitarios, las numerosas dificultades surgidas, a las que hemos hecho referencia, han producido un fuerte deterioro de la asistencia sanitaria pública que ha provocado el recurso al sector privado por parte de muchos ciudadanos. Ello comporta, naturalmente, una distinción entre ciudadanos en función de sus medios económicos y, en definitiva, un retroceso en la línea del art. 3.2 Constitución (igualdad sustancial de los ciudadanos).

2. En todo caso, no cabe duda de que —al margen de los defectos de la ley— los resultados de la reforma han estado condicionados por el contexto institucional —político y administrativo— de la Italia de los últimos años, contexto que presenta numerosos e importantes problemas en el funcionamiento de las instituciones públicas. Aspectos tales como la inestabilidad política y debilidad de los Gobiernos; los defectos inherentes a un sistema calificado como «partitocracia»; el corporativismo profesional; los problemas del Gobierno y del Parlamento para desarrollar sus propias funciones, y un largo etcétera, presentes en el contexto en el que ha debido ejecutarse la reforma, no han dejado de incidir negativamente en la misma.

Estos temas se encuentran implicados en un amplio debate abierto hoy en Italia —el debate en torno a la llamada «reforma institucional»—, que ha tenido ya como fruto un importante informe elaborado por una Comisión parlamentaria *ad hoc*, que deberá servir como base para una reforma constitucional y, naturalmente, no es posible entrar en ellos en este lugar.

Simplemente es preciso dejar constancia de la implicación del fracaso de esta experiencia reformista con un contexto determinado. Un contexto que, por un lado, es responsable en buena medida de este fracaso y que, por otro lado, ha producido este diseño legislativo defectuoso, cuyos defectos hay que calificar como tales a la vista de su aplicación en un determinado contexto (es posible que en otro lugar determinadas opciones no hubieran planteado problemas, o que éstos hubieran sido menos importantes y habrían podido corregirse, etc.).

3. De otro lado, me parece que en esta experiencia reformista se ha puesto de relieve una separación entre la cultura política y jurídica que ha alimentado la reforma, basado en unos grandes principios (autonomía, democracia, igualdad, participación, programación, coordinación, etc.) y la concreta realidad sobre la que se ha tratado de incidir: por un lado, una reforma formada en el clima de unos principios y, por otro lado, una estructura administrativa y política que no ha asimilado el impulso reformista derivado de tales ideas, por lo que las mismas han quedado exclusivamente en el papel. Ha fallado algún eslabón en la cadena que hubiera debido llevar a la realidad administrativa la fuerza derivada de estos principios.

Puede pensarse, por ello, que habría sido más operativo buscar formas pragmáticas y progresivas de incidir sobre tal realidad. En esta línea, me

pregunto si no es demasiado ambiciosa la reforma intentada con la ley 833. es decir, si no pretende hacer demasiadas cosas a la vez. Recordemos que se trataba de:

a) pasar de un sistema de seguros sociales de enfermedad a un servicio sanitario nacional abierto a todos en condiciones de igualdad;

b) implantar un modelo descentralizado, no sólo a través de la atribución a las regiones de importantes competencias sobre la materia, sino también mediante la «municipalización» de todas las competencias operativas;

c) junto a esta operación descentralizadora, la reforma sanitaria se adelanta de alguna forma a la reforma de la Administración local en la búsqueda de un espacio óptimo para la gestión de los servicios atribuidos en vía de principio a la órbita municipal. Ello le lleva, por un lado, a superar el pequeño municipio —dando un empuje definitivo a la figura de la Asociación de Municipios introducida en el D.P.R. 616— y, por otro lado, a romper en alguna medida la unidad del gran municipio (221);

d) además, la ley de reforma pretendió incorporar una nueva concepción de la actividad del Estado en materia sanitaria basada en la unidad de la función sanitaria (222) y que sitúa en el centro a la actividad preventiva y a la asistencia de medicina general;

e) por último, la ley 833 prometió una nueva disciplina sustancial de buena parte de las materias que se incluyen en la sanidad, iniciando con ello un importante proceso de renovación legislativa. En muchos casos la ley 833 estableció unos principios generales remitiendo a una legislación posterior de desarrollo.

La pobreza de los resultados de tan ambicioso proyecto hace pensar que probablemente habría sido mejor proceder a una reforma gradual del sector. Comenzando por una reforma de los seguros sociales de enfermedad, que hubiera transformado el sistema en un régimen unitario —general para todos los ciudadanos e igual—, para proceder después al tránsito hacia un sistema descentralizado y programado. Con todo, cabe preguntarse si este modo de proceder habría encontrado el clima de continuidad y estabilidad necesario para poder realizarse, con lo que de nuevo aparecen los aludidos problemas del contexto.

(221) Junto a la aparición de este nuevo espacio *zonal* —que se piensa generalizable a otros servicios—, la reforma sanitaria da entrada a una nueva concepción de la organización municipal que se propugna doctrinalmente y se plasma en alguno de los proyectos de reforma de la Administración local (el llamado proyecto de Pavía) que prevé *unidades de gestión* dotadas de autonomía funcional para las distintas actividades que se traducen en gestión económica y en prestación de servicios.

(222) Una función sanitaria que se entiende en un sentido muy amplio, comprendiendo todas aquellas actividades que tienen que ver con la salud de los ciudadanos.

La unidad de esta función sanitaria significa que se ha pasado de un sistema en el que una pluralidad de entes públicos y centros administrativos ejercían unas competencias aisladas y fragmentadas en relación con enfermedades determinadas o con grupos concretos de población a una organización unitaria que tiene como misión global la protección integral de la salud física y psíquica de la personal.

4. Una última reflexión que me sugiere la experiencia de la reforma sanitaria italiana se refiere a la configuración del derecho constitucional a la salud como derecho social.

Ya tuvimos oportunidad de subrayar cómo la ley 833 tenía como objetivo primario la garantía efectiva del derecho a la salud reconocido en el art. 32 de la Constitución italiana, desarrollando ampliamente este derecho y creando una organización cuya misión es precisamente su protección.

También es sabido que la configuración jurídica de los derechos constitucionales sociales ha venido estando unida tradicionalmente al concepto de «normas constitucionales programáticas» necesitadas de desarrollo legislativo, oponiéndose dicha categoría a los «clásicos derechos de libertad» cuyo contenido es una exclusión o un «no hacer» frente al contenido prestacional de los derechos sociales. Hoy, en cambio, se observa la tendencia a huir de una rígida contraposición entre ambas categorías (223).

A mi juicio, la consideración de experiencias como la de la reforma sanitaria italiana pone de manifiesto la importante diferencia estructural que existe entre unos y otros derechos.

Tenemos aquí un derecho social ya no sólo recogido en la Constitución sino también desarrollado por la legislación ordinaria en unos términos muy amplios, como «derecho subjetivo perfecto». Pero las deficiencias de funcionamiento del sistema sanitario han gravitado sobre el grado efectivo de protección de la salud de que se benefician los ciudadanos, sin que éste haya experimentado en la práctica una mejora que se corresponda con su reconocimiento legal. Lo que indudablemente pone de manifiesto cómo el derecho a la salud —y los demás derechos sociales de contenido prestacional— están condicionados de forma muy intensa por la organización y funcionamiento de las instituciones y de los servicios públicos (224). Ello hace que las técnicas jurídicas de protección de los mismos sean más imperfectas que las que tienen por objeto otro tipo de derechos y que se tropiece aquí con las dificultades que surgen cuando se trata de proteger al particular en

---

(223) Vid. en este sentido M. LUCIANI, *A proposito del «diritto alla salute»*, «Diritto e Società», 1979, págs. 407 y ss., 410; A. ANZON, *L'altra «faccia» del diritto alla salute*, «Giurisprudenza Costituzionale», 1979, I, págs. 656 y ss., 658, la cual indica que la relevancia y la utilidad de la categoría de los derechos sociales tiende a disminuir progresivamente en la medida en que tienden a atenuarse las características que originariamente permitían distinguir a éstos de los derechos de libertad de la tradición liberal clásica.

(224) Se ha dicho —no sin fundamento— que este condicionamiento está presente de alguna forma en todos los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico porque en última instancia todos dependen al menos de la organización y funcionamiento de la Administración de Justicia que proporciona la posibilidad de hacerlos valer en juicio (M. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, «Enciclopedia del Diritto», XII, 1964, págs. 802 y ss., 806).

Esta observación no es obstáculo —sin embargo— para afirmar la diferencia profunda que existe en ambos casos. Porque obviamente no es lo mismo la actividad del Estado en uno y otro supuesto: frente al papel de garantía última del respeto de los derechos que asumen jueces y tribunales integrados en el Poder Judicial, en los derechos sociales la actividad pública se configura como el objeto mismo de la pretensión de su titular.

relación con la eficiencia administrativa y el buen funcionamiento de los servicios públicos.

La ley 833 vino a suponer —en efecto— un completo desarrollo del derecho a la salud de acuerdo con una visión moderna de lo sanitario. Pero la experiencia posterior ha puesto de manifiesto cómo también ese reconocimiento legal puede quedar en un mero verbalismo si no se acompaña de unas medidas organizativas adecuadas desde el punto de vista funcional (225).

Juan PEMÁN GAVÍN  
Departamento de Derecho Administrativo  
Universidad de Zaragoza

---

(225) No está de más observar que la ley 833 se aprobó al final de una legislatura —con un apoyo parlamentario muy amplio otorgado por los partidos de derecha y de izquierda— y que probablemente no carecían de un componente «electoralista». Su lectura hoy produce la impresión de que emplea una retórica sugestiva que ha sabido recoger los lugares comunes de la cultura política y sanitaria del país y del momento en el que se elabora, pero que no reparó suficientemente en las dificultades y en los costes generados y que no acertó a articular los medios necesarios para llegar a unos objetivos tan acertadamente formulados. No hay duda de que una experiencia como ésta se traduce en una pérdida de credibilidad del propio poder legislativo.



## BIBLIOGRAFIA

