

TEMA 4

LEY GENERAL DE SANIDAD: EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. EL SISTEMA DE SALUD. LAS COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

1. LA LEY GENERAL DE SANIDAD

1.1. EVOLUCIÓN DE LA NORMATIVA SANITARIA EN ESPAÑA

- 1.1.1. El proyecto de Código Sanitario de 1822
- 1.1.2. La Ley General de Sanidad de 1855
- 1.1.3. Real Decreto de 12 de enero de 1904 que aprueba la Instrucción General de Sanidad
- 1.1.4. Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942
- 1.1.5. La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944
- 1.1.6. Ley de Hospitales de 1962
- 1.1.7. Ley General de la Seguridad Social de 1974
- 1.1.8. Creación del Ministerio de Sanidad en 1977
- 1.1.9. Ley Orgánica 3/1986 de Medidas especiales en materia de Salud Pública
- 1.1.10. Ley General de Sanidad de 1986

1.2. FUNDAMENTOS

1.3. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS JURÍDICO

- 1.3.1. Estructura
- 1.3.2. Análisis jurídico

2. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

2.1. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN

2.2. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD

- 2.2.1. Distinción entre derecho a la protección de la salud y derecho a la asistencia sanitaria
- 2.2.2. Titulares del derecho a la protección de la salud
- 2.2.3. Catálogo de derechos
- 2.2.4. Universalización del derecho a la asistencia
- 2.2.5. Diferente grado de libertad en el acceso a los distintos niveles de la asistencia
- 2.2.6. Financiación

2.3. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA AUTONÓMICA

2.4. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

3. EL SISTEMA DE SALUD

3.1. PRINCIPIOS GENERALES

- 3.1.1. Principio de promoción de la salud y prevención de las enfermedades
- 3.1.2. Principio de universalidad
- 3.1.3. Principio de igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias
- 3.1.4. Principio de igualdad de género en los objetivos y actuaciones sanitarias
- 3.1.5. Principio de integralidad
- 3.1.6. Principio de descentralización
- 3.1.7. Principio de participación ciudadana
- 3.1.8. Principios de actuación de las Administraciones Públicas Sanitarias
- 3.1.9. Principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad

3.2. DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

3.3. ACTUACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA DE SALUD

3.4. LA SALUD MENTAL

3.5. INTERVENCIÓN PÚBLICA EN RELACIÓN CON LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

3.6. INFRACCIONES Y SANCIONES

4. COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

4.1. INTRODUCCIÓN

4.2. COMPETENCIAS DEL ESTADO

- 4.2.1. Competencias del Estado recogidas en la Constitución
- 4.2.2. Competencias del Estado recogidas en la Ley General de Sanidad
- 4.2.3. Competencias del Estado recogidas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

4.3. COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

4.4. COMPETENCIAS DE LAS CORPORACIONES LOCALES

5. ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

5.1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

5.2. LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

5.3. LAS ÁREAS DE SALUD

5.3. LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD

5.4. LOS HOSPITALES GENERALES

1. LA LEY GENERAL DE SANIDAD

1.1. Evolución de la normativa sanitaria en España

Como pone de relieve la exposición de motivos de la Ley General de Sanidad de 1986, es un dato histórico fácilmente verificable que *«las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas»*. En definitiva, ha sido una constante de nuestra historia sanitaria la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

Históricamente, el atraso sanitario de España era debido, sobre todo, a una doble causa de carácter político: en primer lugar las circunstancias políticas de mayor urgencia u oportunismo que, posponían indefinidamente los problemas sanitarios y en segundo lugar la falta de consenso entre los partidos que, ante la imposibilidad de realizar las necesarias reformas sanitarias bajo la forma de Ley formal del Poder legislativo, provocó que tuvieran que realizarse mediante reglamentos del Poder ejecutivo.

En la actualidad, afortunadamente, no puede hablarse en absoluto de que España sufra un atraso sanitario, sino que la atención asistencial en nuestro país es equiparable —y, en determinados aspectos, mejor— a la de los Estados de nuestro entorno regional europeo. Esta transformación se explica en parte a través la historia de nuestra normativa sanitaria que pasamos a analizar a continuación.

1.1.1. *El proyecto de Código Sanitario de 1822*

Es conocido que el primer ensayo de poner al día las técnicas de intervención pública en los problemas de salud de la colectividad lo constituyó el proyecto de Código Sanitario de 1822, cuya aprobación frustraron en su momento las disputas acerca de la exactitud científica de los medios técnicos de actuación en que pretendía apoyarse.

1.1.2. *La Ley General de Sanidad de 1855*

Con este fracaso, la consolidación de un órgano ejecutivo bien dotado y flexible, acomodado en cuanto a su organización a las nuevas técnicas de administración que tratan de abrirse camino en España en los primeros años de la pasada centuria, tiene que esperar hasta la aprobación de la Ley de 28 de noviembre de 1855, que consagra la Dirección General de Sanidad, creada muy pocos años antes. Esta Ley extenderá su vigencia durante una larguísima época, aunque no en razón a sus excelencias, sino a la imposibilidad de llegar a un acuerdo sobre un nuevo texto de Ley sanitaria, cuya formulación se ensaya con reiteración durante los últimos años del siglo pasado y primeros del presente, sin conseguir definitiva aprobación.

1.1.3. Real Decreto de 12 de enero de 1904 que aprueba la Instrucción General de Sanidad

Ante la imposibilidad de sacar adelante una Ley nueva, la reforma siguiente se establece por Real Decreto, en concreto por el de 12 de enero de 1904, que aprueba la Instrucción General de Sanidad, norma que, a pesar de haberse mantenido vigente en parte hasta fechas muy próximas, apenas si alteró el dispositivo de la organización pública al servicio de la Sanidad. Es, pues, el esquema organizativo de 1855 (cambiando por épocas el nombre de la Dirección General de Sanidad por el de Inspección General de Sanidad) el que trasciende al siglo que lo vio nacer y se asienta en nuestro sistema con una firmeza sorprendente.

1.1.4. Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942

En el año 1942, mediante Ley de 14 de diciembre, se constituye el Seguro Obligatorio de Enfermedad, bajo el Instituto Nacional de Previsión. Este sistema de cobertura de los riesgos sanitarios, alcanzado a través de una cuota vinculada al trabajo, se ha desarrollado enormemente como consecuencia del proceso paulatino de expansión económica que ha surgido en nuestro país desde 1950, pero especialmente en los sesenta y principios de los setenta.

1.1.5. La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944

La Ley de 1944, aunque innovadora en algunos extremos, asumió la planta estructural recibida, que no altera, sino que perpetuará. El esquema organizativo es, en efecto, el mismo de 1855, basado en una Dirección General de Sanidad, recreada, como órgano supremo. La idea de contenido de las responsabilidades públicas en este sector es también decimonónica: A la Administración Pública le cumple atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto, le compete desarrollar una acción de prevención, en suma. La función asistencial, el problema de la atención a los problemas de la salud individual, quedan al margen.

El estancamiento de la específica organización pública al servicio de la Sanidad no significará, sin embargo, una desatención de todos los problemas nuevos, sino la ruptura del carácter unitario de esa organización, que se fragmenta en diversos subsistemas que se ordenan separadamente, respondiendo a principios y finalidades propias, al margen de una dirección unitaria. En efecto, a las funciones preventivas tradicionales se sumarán otras nuevas, relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etc., que harán nacer estructuras públicas nuevas a su servicio. Las funciones asistenciales crecen y se dispersan igualmente. Las tradicionales sólo se referían a la prevención o asistencia de algunas enfermedades de particular trascendencia social (la tuberculosis, enfermedades mentales, etc.). Estas atenciones asistenciales tradicionales se asumen con responsabilidad propia por diferentes Administraciones Públicas (Estado, Diputaciones) que funcionan sin ningún nexo de unión en la formulación de las respectivas políticas sanitarias. Ninguna de ellas se dirige, sin embargo, a la atención del

individuo concreto, si la enfermedad que padece no es alguna de las singularizadas por su trascendencia. El dogma que perdura es el decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud.

Cuando ese dogma se quiebra a ojos vista en virtud del crecimiento de un sistema de previsión dirigido a los trabajadores, también ese sistema crea sus propias estructuras sanitarias que se establecen al margen de la organización general, y funcionan conforme a políticas e impulsos elaborados con separación, aunque explicados por las nuevas necesidades y avances tanto en el campo de la salud y enfermedad como en los nuevos criterios que se van imponiendo de cobertura social y asistencia sanitaria.

Puede decirse sin hipérbole que la necesidad de proceder a una reforma del sistema que supere el estado de cosas descrito se ha visto clara por todos cuantos han tenido responsabilidades en el ramo de la Sanidad, desde el día siguiente a la aprobación de la Ley de Bases de 1944. Probaría este aserto una indagación sumaria de los archivos de la Administración, donde pueden encontrarse sucesivos intentos de reforma que, sin embargo, no han visto otra luz que la de los despachos de los Ministerios.

1.1.6. Ley de Hospitales de 1962

Ante la imposibilidad o la falta de convicción en la necesidad de organizar un sistema sanitario que integrase tantas estructuras dispersas, se asentó la idea de que, manteniendo separadas las diversas estructuras sanitarias públicas, la coordinación podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema. El ensayo es ya viejo. Se intenta implantar primero en el ámbito de las Administraciones locales con la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934.

Luego, con carácter más general y también en el ámbito de los servicios centrales, con la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962, y mediante la creación de un extensísimo número de Comisiones Interministeriales, que fluyen como un verdadero aluvión, planteando al final el problema de coordinar a los órganos coordinadores.

1.1.7. Ley General de la Seguridad Social de 1974

El Seguro Obligatorio de Enfermedad, desde su creación y su posterior reestructuración mediante el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el que se cristaliza el actual sistema de Seguridad Social hasta hoy, ha ido asumiendo mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones y, al mismo tiempo, ha sido un sistema que ha ido progresivamente incluyendo mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario. En la actualidad este sistema sanitario de Seguridad Social está muy evolucionado, siendo gestor autónomo de una estructura sanitaria extendida por todo el territorio nacional, constituyendo la red sanitaria más importante de nuestro país.

1.1.8. Creación del Ministerio de Sanidad en 1977

Aunque con la creación, ya en tiempos muy recientes, de un Ministerio de Sanidad, se han podido mejorar algunos de los problemas recibidos, no es menos cierto que se ha mantenido una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo. No obstante, ha sido posible mantener un nivel razonablemente eficiente de nuestra Sanidad que, sin duda, podrá mejorarse y hacer más rentable y eficaz si se impulsa con firmeza el establecimiento de un nuevo sistema unitario adaptado a las nuevas necesidades.

Dicho Ministerio fue denominado Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social por Real Decreto 325/81 de 6 de marzo hasta que el Real Decreto 2823/1981, de 27 de noviembre crea la denominación actual de Ministerio de Sanidad y Consumo, integrándose el área de Trabajo y Seguridad social en un Ministerio aparte.

1.1.9. Ley Orgánica 3/1986 de Medidas especiales en materia de Salud Pública

Esta ley preveía cuando así lo exigiesen razones sanitarias de urgencia o necesidad, adoptar una serie de medidas dirigidas al control de las enfermedades transmisibles, garantizar los abastecimientos de medicamentos o productos así como adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

1.1.10. Ley General de Sanidad de 1986

La Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad que se estudiará a lo largo de este Tema.

1.2. Fundamentos

El fundamento o la razón de ser de la Ley General de Sanidad descansa en último término en el Estado social de Derecho que propugna la Constitución Española que ya en su artículo inicial establece que «*España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho...*».

En el Título Primero, dentro del capítulo III, «*De los principios rectores de la política social y económica*», la Constitución «*reconoce el derecho a la protección de la salud*» (art. 43.1 CE), señalando a continuación, por un lado, que «*compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*» y, por otro, que «*la Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto*» (art. 43.2 CE) y por último que «*los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria...*» (art. 43.3 CE).

El derecho a la protección de la salud está incluido entre los principios rectores de la política social y económica, por lo que su importancia es relativa. Por un lado, es cierto que este principio —derecho a la protección de la salud— debe informar y ser respetado por la legislación ordinaria. Pero, por otro lado, aunque parezca un auténtico derecho, no tienen ninguna protección directa y sólo puede ser alegado por los ciudadanos ante los tribunales cuando existan Leyes que lo desarrollen y de las que dimanen auténticos derechos y obligaciones.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad ha venido a llenar este vacío, es decir, ha venido a desarrollar este derecho y a determinar los derechos y obligaciones de los ciudadanos en esta materia. Por eso, a partir de su entrada en vigor, el derecho a la protección de la salud resulta ya efectivo, pues los españoles y los extranjeros con residencia en España están legitimados para el ejercicio de los derechos establecidos en la Ley General de Sanidad, tanto en vía administrativa como jurisdiccional (art. 1.4 LGS). Es decir, el derecho a la protección de la salud ha pasado de ser un principio meramente programático a tener un cauce legal para su defensa.

Sin embargo, los fundamentos de la Ley General de Sanidad se encuentran bien explícitos en el Título Preliminar de la propia Ley, que reconoce tener un doble objetivo:

- a) Por un lado, regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución (art. 1.1 LGS). En este sentido, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria «todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en España» (art. 1.2 LGS). «*Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y los convenios internacionales establezcan*» (art. 1.3 LGS).
- b) Y por otro lado, adaptar el sistema sanitario público al Estado de las Autonomías que establece nuestra Constitución. En este sentido, la Ley General de Sanidad tiene la condición de norma básica (en el sentido del artículo 149.1.16 CE) y es de aplicación directa a todo el territorio del Estado, salvo determinados artículos que constituirán Derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula (art. 2.1 LGS). Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía (art. 2.2 LGS).

1.3. Estructura y análisis jurídico

1.3.1. Estructura

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad consta de 113 artículos que se desarrollan en siete Títulos, diez Disposiciones Adicionales, cinco Disposiciones Transitorias, dos Disposiciones Derogatorias y quince Disposiciones finales y presenta la siguiente estructura:

- Preámbulo.
- Título Preliminar.
- Título I: *«Del sistema de salud»*.
 - Capítulo I: *«De los principios generales»*.
 - Capítulo II: *«De las actuaciones sanitarias del sistema de salud»*.
 - Capítulo III: *«De la salud mental»*.
 - Capítulo IV: *«De la salud laboral»*.
 - Capítulo V: *«De la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva»*.
 - Capítulo VI: *«De las infracciones y sanciones»*.
- Título II: *«De las competencias de las Administraciones Públicas»*.
 - Capítulo I: *«De las competencias del Estado»*.
 - Capítulo II: *«De las competencias de las Comunidades Autónomas»*.
 - Capítulo III: *«De las competencias de las Corporaciones Locales»*.
 - Capítulo IV: *«De la Alta Inspección»*.
- Título III: *«De la estructura del sistema sanitario público»*.
 - Capítulo I: *«De la organización general del sistema sanitario»*.
 - Capítulo II: *«De los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas»*.
 - Capítulo III: *«De las Areas de Salud»*.
 - Capítulo IV: *«De la coordinación general sanitaria»*.
 - Capítulo V: *«De la financiación»*.
 - Capítulo VI: *«Del personal»*.
- Título IV: *«De las actividades sanitarias privadas»*.
 - Capítulo I: *«Del ejercicio libre de las profesiones sanitarias»*.
 - Capítulo II: *«De las entidades sanitarias»*.
- Título V: *«De los productos farmacéuticos»*.
- Título VI: *«De la docencia y la investigación»*.
 - Capítulo I: *«De la docencia en el Sistema Nacional de Salud»*.
 - Capítulo II: *«Del fomento de la investigación»*.
- Título VII: *«Del Instituto de Salud Carlos III»*.
- 10 Disposiciones Adicionales.
- 5 Disposiciones Transitorias.
- 2 Disposiciones Derogatorias.
- 15 Disposiciones Finales.

1.3.2. Análisis jurídico

Las modificaciones, derogaciones y desarrollo legislativo que ha sufrido hasta la fecha según un orden cronológico son las siguientes:

- Se modifica el Título VII y se añade la disposición transitoria 6 y la final 16, por Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.
- Se modifican los arts. 35 y 102, por Ley 3/2014, de 27 de marzo.
- Se deroga el art. 102.2, por Ley 10/2013, de 24 de julio.
- Se dicta de conformidad sobre prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades de la Seguridad social: Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre.
- Se derogan los arts. 19.1, 21 y 22 y se modifican los arts. 25.1 y 27, por Ley 33/2011, de 4 de octubre.
- Se modifican los arts. 10 y 18, por Ley 26/2011, de 1 de agosto y los arts. 25 y 102, por Ley 25/2009, de 22 de diciembre.
- Se dicta de conformidad aprobando el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X el Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio.
- Se deroga el título VI, capítulos II y III, y título VII, por Ley 14/2007, de 3 de julio.
- Se modifican el art. 105, por Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril y los arts. 3, 6, 18 y 21.1, por Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo.
- Se dicta de conformidad con el art. 38, sobre requisitos para la importación y exportación de muestras biológicas el Real Decreto 65/2006, de 30 de enero.
- Se modifica el art. 82 por Ley 62/2003, de 30 de diciembre de 2003.
- Se deroga el art. 84.1 por Ley 55/2003, de 16 de diciembre.
- Se dicta en relación sobre ordenación de las profesiones sanitarias la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.
- Se dicta de conformidad con el art. 40, sobre tratamiento homogéneo de la información de listas de espera el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo.
- Se derogan los arts. 43 y 47 por la Ley 16/2003, de 28 de mayo y los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del art. 10 y los arts. 11.4 y 61, por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
- Se modifican los arts. 79 y 82, por Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y el art. 105 por la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre.

- Se actualiza, sobre conversión a euros de las cuantías indicadas: Resolución de 19 de noviembre de 2001.
- Se dicta de conformidad aprobando el Reglamento que establece las condiciones de protección del dominio público radioeléctrico, restricciones a las emisiones radieléctricas y medidas de protección sanitaria frente a emisiones radioeléctricas: el Real Decreto 1066/2001, de 28 de septiembre, estableciendo los criterios higiénico sanitarios para la prevención y control de la legionelosis: el Real Decreto 909/2001, de 27 de julio.
- Se modifica el art. 100, por Ley 55/1999, de 29 de diciembre.
- Se dicta en relación ampliando el servicio farmacéutico a la población, por el Real Decreto-ley 11/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, por el Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio.
- Se dicta de conformidad regulando los productos sanitarios el Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo. con el art. 40, sobre inspección y verificación de buenas prácticas de laboratorio el Real Decreto 2043/1994, de 14 de abril, con el art. 40, sobre requisitos y condiciones mínimas de hemodonación y bancos de sangre, Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X, Real Decreto 1891/1991, de 30 de diciembre, regulando el Registro General Sanitario de Alimentos, por Real Decreto 1712/1991, de 29 de noviembre.
- Se modifica el art. 47.5, por Ley 25/1990, de 20 de diciembre.
- Se dicta en relación sobre técnicas de reproducción asistida la Ley 35/1988, de 22 de noviembre.
- Se dicta de conformidad con el art. 112.1, determinando la estructura, organización y funcionamiento del Instituto de Salud Carlos III el Real Decreto 10/1988, de 8 de enero y sobre funciones del Ministerio de Sanidad en materia de sanidad exterior el Real Decreto 1418/1986, de 13 de junio.
- Se dicta en relación sobre medidas Especiales en materia de Salud Publica la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril.

2. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

2.1. El derecho a la protección de la salud en la Constitución

La Constitución se ocupa del derecho a la protección a la salud de un modo directo y concreto en su artículo 43, pero en otros muchos de sus preceptos hay referencias a la salud y a las acciones protectoras relativas a la misma.

El art. 43, apartado 1º, ocupa un lugar preeminente al decir que «*se reconoce el derecho a la protección de la salud*». En su apartado 2º dice que «*compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*», añadiendo en su inciso segundo que «*la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto*».

En su apartado 3º, también compuesto por dos incisos, dice que «*los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte*» y que «*asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio*».

Sobre el citado artículo se pueden extraer las siguientes notas:

- a) El emplazamiento del artículo 43 en el capítulo III del Título I de la Constitución (principios rectores de la política económica y social) implica que los principios allí recogidos solo son exigibles ante los tribunales de acuerdo con lo que dispongan las leyes que lo desarrollen. Eso sí, han de inspirar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Por tanto, protección de la salud es de configuración legal. El propio artículo se remite a la ley para el establecimiento de los derechos y deberes en la materia.
- b) El artículo 43 de la Constitución aparece además interconectado con otros preceptos constitucionales. Así, el artículo 40.2 alude a la seguridad e higiene en el trabajo; el artículo 49 se refiere a los disminuidos; el artículo 50 alude a la salud de la tercera edad; el artículo 51 alude a la protección de la salud de los consumidores y usuarios. Por tanto, la protección de la salud ha recibido una cualificada valoración. Por otra parte, guarda una estrecha relación con el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE). Por otra parte, hay que destacar que la protección de la salud se ha configurado como una institución distinta de la Seguridad Social, que se contempla en el art. 41 CE.
- c) El artículo 43 de la Constitución no reconoce el derecho a la salud, sino a la protección de la salud. Los poderes públicos, por tanto, tienen una obligación de actividad, no de resultado.
- d) El artículo 43 contempla la intervención de los poderes públicos. Ello ha permitido entender que la acción sanitaria debe concebirse como un servicio público (STS 1-10-1984). El precepto les autoriza a organizar y tutelar la salud pública. La concepción de la prestación sanitaria como un servicio público no implica necesariamente la asunción de un monopolio estatal de asistencia sanitaria. Se trata más bien de una actividad de servicio público que el Estado regula sin excluir a la iniciativa privada. Hay que tener en cuenta al respecto otros derechos constitucionalmente protegidos, como son la libertad de empresa (art. 38 CE) y el ejercicio de las profesiones tituladas (art. 36 CE). El concepto de salud pública del artículo 43 se emplea en la actualidad en un sentido amplio, incluyendo tanto las acciones de protección de salud colectiva como la salud individual de cada sujeto.
- e) El derecho a la protección de la salud abarca diversas facetas: por una parte una faceta negativa, consistente en el derecho a que los poderes públicos se abstengan de cualquier acto que pueda lesionar la salud y tiene su apoyo no sólo en el art. 43 CE, sino en el 15 (STC 5/02), una faceta positiva, que impone no una omisión, sino una obligación positiva de prestación incluyendo policía sanitaria (medidas de salud laboral, sanidad exterior, seguridad industrial, etc) y prestaciones sanitarias encaminadas a la preservación o restablecimiento de la salud (derecho a la asistencia sanitaria).