



universidad
de león



**FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE LEÓN
CURSO 2021 / 2022**

**FEDERALISMO RESILIENTE A LA LUZ DE LA
SITUACIÓN ACTUAL DE LA SANIDAD EN EL
MARCO CONSTITUCIONAL DE DISTRIBUCIÓN
COMPETENCIAL**

**RESILIENT FEDERALISM IN THE CURRENT
SITUATION OF HEALTH IN CONSTITUTIONAL'S
FIELD OF DISTRIBUTION OF POWERS**

GRADO EN DERECHO

AUTOR/A: D. ENRIQUE MORÁN GAGO

TUTOR/A: D. MARÍA ESTHER SEIJAS VILLADANGOS

Índice:

RESUMEN	6
ABSTRACT	6
PALABRAS CLAVE	7
KEYWORDS	7
OBJETO DEL TRABAJO	8
METODOLOGÍA	11
CAPÍTULO I: MARCO GENERAL DEL FEDERALISMO RESILIENTE	13
1. Conceptos terminológicos federales	13
1.1. La federación	13
1.2. El federalismo	14
1.2.1. <i>Concepto y características esenciales</i>	14
1.2.2. <i>Tipologías destacadas de federalismo</i>	15
1.2.3. <i>Antifederalismo y “no federalismo”</i>	16
1.3. La federalidad	17
1.4. La cultura federal	18
2. Federalismo en relación con el regionalismo	19
3. Nociones básicas del federalismo resiliente	19
3.1. Concepto	19
3.2. Características principales	20
3.3. Doctrina relativa al federalismo resiliente	20
CAPÍTULO II: APLICACIÓN PARTICULAR DE LA PROPUESTA DE FEDERALISMO RESILIENTE Y FEDERACIÓN PARA ESPAÑA	22
1. Influencias federalistas en España	22

1.1.	Contextualización histórica.....	22
1.2.	Perspectiva socialista	23
1.3.	Propuesta de Pi I Margall.....	24
2.	El federalismo en la Constitución Española de 1978.....	25
3.	Rasgos federales de los Estatutos de Autonomía	27
4.	Las primeras reformas estatutarias	28
5.	Las segundas reformas estatutarias	29
6.	Período posterior de renovación estatutaria hasta la actualidad....	30
	CAPÍTULO III: LA SANIDAD EN EL MARCO CONSTITUCIONAL ESPAÑOL DE DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL	32
1.	La tutela constitucional y europea de la salud	32
1.1.	Evolución histórica de la legislación sanitaria española.....	32
1.2.	La protección de la salud dentro del artículo 43 CE.....	33
1.3.	La legislación sanitaria europea.....	36
1.4.	Los ideales sanitarios europeos influyentes en España	38
2.	Distribución de competencias entre Estado y Comunidades Autónomas en materia de sanidad	38
2.1.	Estudio literal de los artículos 148 y 149 CE respecto de la asistencia sanitaria	39
2.2.	Las competencias del Estado en el ámbito de la salud	41
2.3.	Dotación de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.....	44
2.4.	Traspaso funcional y de servicios sanitarios a los entes autonómicos.....	45
3.	Los principios de igualdad y autonomía	47
	CAPÍTULO IV: PROBLEMAS SUSCITADOS EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA DE COVID-19	48
1.	Hitos más relevantes en la legislación sanitaria durante la pandemia	48

1.1. Análisis del Real Decreto-ley de medidas urgentes en ámbito económico y protección de salud pública.....	48
1.2. Contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad.....	49
1.3. Acceso a productos recomendados y su precio de venta máximo	50
1.4. Medicamentos esenciales y Acuerdos interministeriales sobre su precio	51
1.5. Información y comercialización de mascarillas higiénicas	52
1.6. Tratamiento de residuos durante la crisis sanitaria	53
1.7. Acuerdo de vacunación “Comisión Europea – Estados miembros”.....	53
2. Diferenciación entre representante y delegado del Estado en la Comunidad Autónoma.....	54
3. Problemática de la evolución del federalismo cooperativo al ejecutivo.....	56
CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	63

RESUMEN:

Este trabajo expondrá la incidencia en España del federalismo resiliente en el desglose competencial entre Estado y Comunidades Autónomas. Orientado hacia el ámbito sanitario, se analizarán respuestas legislativas y jurisprudenciales a la pandemia de Covid-19 que modificaron tales competencias.

Se concretará una precisa terminología federal, la comparanza entre los modelos federal y regional, y aproximaciones al concepto de federalismo resiliente. Se detallarán corrientes doctrinales favorables a instaurar el federalismo y atisbos federales en la Constitución Española y Estatutos de Autonomía, originados en la reforma estatutaria.

Se estudiará legislación sanitaria europea y española; reseñando la interpretación de los artículos 43 CE y 149.1.17 y 21º CE; desde el prisma de su incidencia en la forma territorial de Estado.

Finalmente, se desarrollará normativa del estado de alarma para verificar si desde ella comienza la senda hacia una modificación de la forma territorial. Se diferenciará entre el delegado y representante del Estado en las Comunidades Autónomas; principal nexo orgánico, conflicto constitucional y herramienta de paso del federalismo cooperativo al ejecutivo en la organización territorial, planteando si la mutación constitucional sonsaca talentos federales en la Constitución.

ABSTRACT:

This paper will discuss the impact in Spain of resilient federalism on the breakdown of competences between the State and the Autonomous Communities. Focusing on the health, it will analyse legislative and jurisprudential responses to the Covid-19 pandemic which modified these competences.

An accurate federal terminology, the comparison between the federal and regional models, and approaches to the concept of resilient federalism will be specified. Doctrinal currents in favour of establishing federalism and federal glimpses in the Spanish Constitution and Statutes of Autonomy will be detailed, originating in the statutory reform.

European and Spanish health legislation will be studied, outlining the interpretation of articles 43 EC and 149.1.17 and 21 EC, from the perspective of their impact on the territorial form of the State.

Finally, the regulations of the State of Alarm will be developed to verify whether the path towards a modification of the territorial form begins from there. A distinction will be made between the delegate and the representative of the State in the Autonomous Communities; the main organic nexus, constitutional conflict and tool of passage from cooperative federalism to executive federalism in the territorial organisation, considering whether the constitutional mutation brings about federal tendencies in the Constitution.

PALABRAS CLAVE:

Estado federal, distribución de competencias, autonomía, Real Decreto y Covid-19.

KEYWORDS:

Federal state, distribution of powers, autonomy, Royal Decree and Covid-19.

OBJETO DEL TRABAJO:

El presente trabajo aborda la problemática competencial surgida en el seno del reparto de actuaciones entre el Estado y las Comunidades Autónomas españolas. Dicha cuestión se analizará desde un punto de vista general identificándose con el movimiento federal denominado “federalismo resiliente” (de creciente acopio en la sociedad actual), y desde la perspectiva particular del ámbito sanitario al haberse desplegado en tiempos recientes de pandemia una vasta y compleja regulación de protección de la salud contra la Covid-19. En consecuencia, **el objetivo fundamental** consistirá en analizar la afectación competencial en materia de salud, como resultado de la gestión de la pandemia y sus potenciales consecuencias en la forma territorial del Estado español.

Durante este tiempo de crisis sanitaria, surgieron complicaciones a la hora de discernir qué instituciones eran competentes para obrar en la toma de decisiones e imposición de medidas con la finalidad de revertir los efectos epidemiológicos y económicos del coronavirus en la población española. Un variopinto entramado de intereses políticos y presiones sociales fueron ingredientes del revuelo mediático y responsables de una sospechosa distorsión del ordenamiento jurídico español; el cual variaba repentina e inesperadamente buscando adaptarse a la realidad del momento. La incertidumbre y desconcierto entre la población fue el principal síntoma del desbarajuste legislativo y ejecutivo que experimentaron las administraciones territoriales con el Gobierno Central, todo ello enmarcado en un litigio competencial hasta hoy día único en la historia de España.

Este objetivo fundamental digno de análisis puede alcanzarse de forma pareja al abordar otros **objetivos subordinados**:

Como objetivo terminológico perseguimos aportar claridad en lo referente a la terminología federal; y así ofrecer una interpretación concisa y restringida del lenguaje empleado.

Un objetivo estructural, tratando de verificar si hubo una modificación, vía reforma o vía mutación, de la organización territorial del Estado, diseñada por el bloque de constitucionalidad. De esta forma podremos corroborar en la construcción de un análisis metódico, es decir, de la consecución de un objetivo analítico y particularizado a la situación de España. Dicha idea se vertebrará desde los primeros atisbos de federalismo

en la elaboración del texto constitucional y de los Estatutos de Autonomía; pasando por otras sucesivas reformas estatutarias hasta llegar a la legislación actual.

El objetivo jurídico relativo al reparto competencial que busca poner énfasis en el estudio de la distribución competencial sanitaria como tema central, aportando información y doctrina diversa sobre el sistema sanitario, su estructuración y alternativas al amparo de la cabida que ofrece la Constitución. También y conexas a lo anterior, se abordará la afectación repercutida en la autonomía e igualdad de las personas.

Como último objetivo subordinado, trataremos de verificar nuevos formatos en este reparto competencial y en las relaciones Estado-Comunidad Autónoma. Se reparará en diferenciar entre las figuras del representante y delegado del Estado en las Comunidades Autónomas y la mención de una vía alternativa a la reforma constitucional conocida como “mutación constitucional”. Así mismo, traeremos a colación la legislación proveniente de los abundantes decretos estatales elaborados durante el estado de alarma y jurisprudencia del Tribunal Constitucional reciente y destacada de la era Covid.

Finalmente se cuestionará y responderá a cómo la compleja y diversa regulación que se elaboró durante el estado de alarma contribuyó a rediseñar la acepción del federalismo y del reparto competencial (sobre la cual inicialmente se diseñó la forma regional de nuestro Estado).

Estos objetivos guardarán una correlación con la estructura del trabajo; la cual se articulará en cuatro capítulos titulados: “Marco general del federalismo resiliente”, “Aplicación particular de la propuesta de federalismo resiliente y federación para España”, “La sanidad en el marco constitucional español de distribución competencial” y “Problemas suscitados en relación con la pandemia de Covid-19”. Estos capítulos se subdividen a su vez en sucesivos apartados y subapartados para desglosar la temática expuesta en cada uno de ellos. Por último, las conclusiones pondrán el broche final, haciendo las delicias del estudiante al mostrar su veredicto sobre una dificultad a la que se enfrentan a día de hoy algunos Estados democráticos. Se reflexionará sobre el trasvase de la naturaleza unitaria a la adquisición de rasgos y matices federales que podrían servir, de ser corriente y habitual su desarrollo e implantación en nuestros sistemas, de inspiración y fundamento a una opción de organización territorial futura para muchos países.

El interés que despierta esta materia viene siendo tónica habitual en la historia reciente de muchas democracias. El hecho de dejar a la imaginación la posibilidad de alcanzar el mismo propósito, que es preservar la unidad territorial de un Estado, pero cambiando la estrategia y apostando por estructurarlo desde una descentralización hacia una centralización, podría ser una alternativa para sosegar la crítica de una gran parte de la opinión pública y materializar la experimentación de un nuevo modelo.

La utilidad práctica que asoma antes de indagar en el trabajo, es conocer y ahondar en el análisis de esta posibilidad desde distintos enfoques y desde el rol adoptado por las Comunidades Autónomas al ejercer competencias en una época de crisis sanitaria, de cuyo papel no solo depende la gestión eficaz de la población autonómica sino también la del resto del Estado; dado que un brote epidémico afecta a todos por igual.

Es necesario adquirir conciencia de que los cambios surgen en repuesta a las necesidades, y que la sociedad adapta su forma de vida a las peculiaridades y trastoques de cada época. Quién sabe si el siglo XXI no acogerá otras mentalidades hasta ahora desconocidas o de escasa repercusión. Para hacer una valoración correcta, siempre primará un rico análisis y estudio que nos acerque a la realidad y que nos permita conocer con más detenimiento y exactitud la utilidad que tendría el federalismo de aspirar a organizar el Estado del día de mañana.

METODOLOGÍA:

En primer lugar, debemos afirmar que la metodología esencialmente empleada en el desarrollo del trabajo es la *deductiva*. Ello implica que para obtener conclusiones relativas a una parte central teórica; es previamente necesaria una aportación de premisas, eminentemente conceptuales, que sirvan de pretexto y fundamento a unas conclusiones que verificarán o refutarán esas hipótesis o presupuestos generales de origen.

La razón de ser de estriba en que partimos de una idea, un concepto muy amplio vinculado a la federación y al federalismo. A partir de este referente, nos adentraremos en su utilidad en la comprensión del modelo de forma territorial de Estado en España, para ajustar su aplicación a un ámbito material que es el de la sanidad. Dentro de él, como implementación concreta de su concepción nos referiremos al ámbito material de la sanidad. Para cerrar y precisar esta opción metodológica, traeremos a colación una problemática muy precisa, las tensiones competenciales sacadas a la luz en el contexto de pandemia; las cuales cerrarán el trabajo.

También encontramos atisbos de *metodología cuantitativa* en el manejo de cifras y datos, especialmente los referentes a las consecuencias de la crisis de Covid-19. Sobre estos resultados influyó sonadamente la legislación decretada por los gobiernos central y autonómicos con la finalidad de minorizar los efectos del brote epidemiológico en España.

La *metodología jurídica*, reflejada en el *iter* del trabajo, fue clave para elegir la temática del mismo. Se basó en la búsqueda y consulta de articulado de cuerpos jurídicos y otras fuentes legales, así como de la jurisprudencia más novedosa y destacada de los Tribunales Supremo y Constitucional, que durante los últimos tiempos de pandemia postularon interpretaciones importantes en materia de distribución competencial.

La teoría y doctrina de expertos fue otro punto a tener en cuenta. Para obtener estos conocimientos se consultaron capítulos de monografías en formato físico y en línea, artículos de revistas jurídicas, sitios web, se indagó en las noticias e informaciones ofrecidas por medios de comunicación y se recuperaron investigaciones propias anteriores.

En definitiva, en el trabajo realizado se aprecia una labor constructivista al aglutinar diferentes conceptos y contenidos entorno al federalismo resiliente y su vinculación con la asunción de competencias entre el ejecutivo central y los ejecutivos autonómicos durante el estado de alarma. Ese constructivismo culmina con el planteamiento de hipótesis que puedan resolver el afamado problema federal y alienten el espíritu crítico del estudiante.

CAPÍTULO I: MARCO GENERAL DEL FEDERALISMO RESILIENTE

1. Conceptos terminológicos federales:

Existen palabras referidas al ámbito federal cuya diferenciación entre sí deviene necesaria para comprender el alcance exacto del lenguaje empleado en el trabajo. Se procederá a continuación a esclarecer su significado y aspectos más reseñables:

1.1. La federación:

La acepción de federación se atribuye a la mera forma organizadora o institucional¹ de los Estados caracterizada por integrar unidades territoriales dentro de un Estado conjunto; y otorgando a la par a dichas entidades competencia en la toma de decisiones del poder central.

Toda federación guarda fidelidad a cuatro principios base: unidad, diversidad, gobierno común y autogobierno. El motivo que lleva a configurar este modelo de organización territorial es conservar la idiosincrasia de las distintas unidades territoriales, acompañándolo de un acuerdo conjunto para integrar un Estado común y proveerle así de una estructuración más fuerte.

Como característica esencial² de las federaciones encontramos la abundancia de constituciones informadoras en su ordenamiento jurídico. Con ello nos referimos a la dotación de las unidades territoriales individualizadas de una Constitución particular para cada una de ellas, así como de otra Constitución de afección conjunta para todo el Estado.

También cabe destacar la existencia de una Segunda Cámara (Consejo o Senado) cuyas funciones legislativas son independientes a las de la Cámara Baja y prevalentes a esta. Dichas funciones se enmarcan en el entramado de relaciones entre los propios entes territoriales y entre estos y la Administración Central, sin perder tampoco la

¹ Cfr. SEIJAS VILLADANGOS, M. E. “Organización territorial del Estado y Castilla y León”, En: SÁEZ HIDALGO, Ignacio. *Derecho público de Castilla y León*. Valladolid: Lex Nova, 2009, p. 49.

² Ibid. p. 46.

oportunidad de legislar asuntos que incidan en el ámbito estatutario de los Estados integrantes.

Otro aspecto reseñable se halla en la resolución de procesos judiciales. Para los conflictos entre Estados miembros y originados en situaciones donde se vea inmersa la Administración Central sobre atribución de competencias y financiación; el órgano decisor siempre será un Tribunal Supremo o Constitucional.

Finalmente, y desde el plano material, reviste importancia que las unidades parte del Estado federal posean una semejante organización³ económica, geográfica, institucional y social para minimizar los desequilibrios internos que de otra forma arraigaría la estructuración del Estado. Sin embargo, esta usual realidad confronta el principio de igualdad interestatal en su dimensión formal, puesto que este principio en contexto federal tiene la misma naturaleza.

1.2. El federalismo:

Una vez conocidas las notas esenciales de la federación podemos indagar en la comprensión del término “federalismo”:

1.2.1. Concepto y características esenciales:

Se entiende por federalismo el movimiento en apoyo de la federación o en su defecto los valores que sustentan la misma forma de organización territorial.

Por tanto, el federalismo realiza una función informante de la federación y, en consecuencia, la federación informa a su vez al federalismo. Para propagar o asentar ideas federales el federalismo debe cobrar un papel importante dentro de las corrientes de pensamiento y conseguir un mínimo respaldo de la ideología por un segmento poblacional de la sociedad.

Este movimiento aboga por transmitir la sugerencia de un proceso evolutivo⁴ que busque alcanzar una composición territorial, lo que se podría denominar como “un retorno a los orígenes”. Sin embargo, existe desacuerdo al concebir que el federalismo

³ Cfr. SEIJAS VILLADANGOS, M. E. *Configuración asimétrica del sistema de Comunidades Autónomas*. León: Universidad de León, 2003, pp. 139 - 145.

⁴ Cfr. BASSANI, L. M., WILLIAM, S. et al. *I concetti del federalismo*. Milán: Giuffrè, 1995, p. 14.

sustenta realmente su base del “neofederalismo”, tipología de federalismo más tendente a la pluralización que a la configuración de una unidad, y que explicaremos con mayor detenimiento en el siguiente apartado.

1.2.2. Tipologías destacadas de federalismo:

Habitualmente se suele hablar de varios tipos⁵ de federalismo. De entre los más destacadas cabe mencionar:

- Federalismo centralizado: adquiere tal denominación para especificar la ubicación precisa del poder dentro de la federación. Para el caso, el poder de las instituciones residirá en el Gobierno central, el cual ejerce sus competencias con independencia de las atribuciones de las demás unidades territoriales.

- Federalismo descentralizado: adquiere la postulación contraria al modelo centralizado. Se debe matizar que el grado de centralización depende de la distribución competencial entre el poder central y el resto de poderes de las unidades territoriales. La descentralización implica por consiguiente la dotación de una mayor autonomía a las entidades territoriales que integran el Estado.

- Federalismo centrífugo: se caracteriza por un afloramiento de corrientes separatistas respecto a los Estados miembros. Ello desemboca en el resalto de la diversidad interna del Estado federal rehuyendo de la centralización.

- Federalismo centrípeto: en contraposición al federalismo centrífugo, se muestra favorable a la centralización reconociendo la pluralidad territorial y a la vez manteniendo una conciencia común de unión que no hace proliferar las ideas secesionistas.

- Federalismo constitucional: implica la aplicación de medidas restrictivas tanto al poder ejecutivo central como al de los Estados federados (restando eficacia al principio federal). En este tipo de federalismo al electorado le son reconocidos derechos colectivos e individuales y responsabilidades, encontrando su máximo exponente en el modelo estadounidense.

⁵ Ibid. pp. 111 - 309.

- Federalismo funcional: es aquel vinculado relacionadamente al ámbito sanitario, educativo y de mantenimiento del estado público entre otros. Se trata de una estrategia cooperativa entre el Gobierno central y los gobiernos de las unidades federadas para cubrir la gestión de las materias anteriormente citadas.

- Federalismo político: reconocido por Thomas Jenkin⁶, este formato de federalismo incide en la problemática del poder y juego de interés políticos en conexión con el federalismo moderno.

- Federalismo moderno: consagrado en la Convención Constitucional de Filadelfia (1787) puede entenderse como el propio modelo federal estadounidense. Su surgimiento fue una respuesta a la permanencia de los Estados unitarios buscando delegar competencias sustanciales en favor de otros entes territoriales: organización y control institucional, supervisión del Gobierno local, fiscalización, historia, cultura, etc...

- Neofederalismo: equivalente al concepto de “revolución federalista” según la teoría de Daniel Elazar⁷, aparece en el periodo de detrimento del Estado unitario ante la rigidez de la soberanía⁸ estatal. El neofederalismo pretende recobrar la idea inicial de federalismo alejándose de la postura del federalismo moderno. Su objeto es que las relaciones entre las instituciones federales y el resto de instituciones de los Estados miembros se negocien sucesivamente a lo largo del tiempo sin otorgar prevalencia al criterio de las primeras.

1.2.3. Antifederalismo y “no federalismo”:

Al igual que se dan diferentes tipologías de federalismo, también encontramos la antítesis a su formulación, residiendo en el concepto de antifederalismo. Así mismo, se descubre su repudio en la mera negativa a su planteamiento por la existencia o preferencia de otro u otros sistemas de organización territorial; que resultarían más provechosos para los intereses estratégicos en el ámbito competencial de los Estados.

⁶ Cfr. JENKIN T. P. *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. Madrid: Ediciones Aguilar, 1979, p. 425.

⁷ Cfr. ELAZAR, D. J. *Exploración del federalismo*. Barcelona: Hacer, 1991, p. 32.

⁸ Cfr. WATTS, R. “Contemporary views on federalism”. En: DE VILLIERS, B., *Evaluating federal systems*. Dordrecht: Springer, 1994, p. 140.

El antifederalismo⁹ es el movimiento contrario al federalismo. Esta corriente se muestra favorable a que el ejecutivo del Estado Central nunca posea tanto poder como el resto de Estados parte; alegando preocupación por la intromisión de un Gobierno Central en asuntos donde la gestión se prevé más provechosa de realizarse por las instituciones del Estado parte. En definitiva, lo que se pretende es dotar de gran autonomía a las demás unidades territoriales, para de esta forma prevenir posibles abusos o políticas desventajosas por parte de las instituciones centrales, las cuales, en su afán de velar por los intereses de la federación, podrían perjudicar a un Estado miembro en alias de conseguir el beneficio general para la mayoría.

El “no federalismo”¹⁰ se refiere con simpleza a la inexistencia o ausencia de federalismo. La motivación de esta circunstancia se encontraría en la preponderancia de otra forma de organización territorial en el Estado donde el federalismo se tratase de implementar, y su diferenciación respecto del federalismo pasaría por establecer un listado de características del último, y así cerciorarnos de su presencia o no en la organización territorial que nos genere dudas. Detrás de las críticas al reparto competencial en materia sanitaria, subyacen estas doctrinas.

1.3. La federalidad:

La federalidad, concepto trabajado por Michael Burgess¹¹, es el grado de discernimiento y claridad con el que nos es posible apreciar o reconocer una federación. Para alcanzar este grado de intensidad se ha recurrido tradicionalmente al determinismo histórico; lo que a menudo llevaba a cometer imprecisiones en su estudio. La federalidad resulta palpable al apreciar una manifiesta integración de valores federales en el sistema estatal: consenso de las partes, dignidad, respeto entre los Estados miembros, confianza mutua, reciprocidad, etc...

En la actualidad, y ante la falta de un modelo federal prefijado con el que buscar similitudes, se ha impuesto el recurso a la “teoría del grado de federalidad”. Esta teoría trata de posicionar al Estado objeto de estudio entre un Estado regional y un Estado

⁹ Cfr. BASSANI, L. M., WILLIAM, S. et al. *I concetti del federalismo*. Milán: Giuffrè, 1995, pp. 80 - 81.

¹⁰ Ibid. p. 309.

¹¹ Cfr. BURGESS, M. *Comparative Politics: Theory and Practice*. Londres: Routledge, 2006, pp. 21 - 22 y 282.

federal. El primer paso es hallar un resquicio del proceso transitorio donde predomine la pluralidad frente a los rasgos unitarios de las dos formas de Estado citadas. Atendiendo posteriormente a los rasgos diferenciales del Estado analizado, lo podremos adjudicar a la forma con la que plantease mayor semejanza.

Tras realizar dicho estudio, la profesora María Esther Seijas Villadangos concluyó que España mostraría un grado mínimo de federalidad, aspecto suficiente para valorar su catálogo como federación¹². La salvedad de quedar comprendido nuestro Estado autonómico como un modelo federal se aferraría a la débil perspectiva formal constitucional y extraconstitucional. Lo que en este trabajo vamos a verificar es la afectación de esta hipótesis por la regulación de aspectos sanitarios en un contexto de tensión constitucional.

1.4. La cultura federal:

La cultura federal sería la difusión intencionada de valores y principios federalistas por la vía de la actividad política, de los grupos de interés, medios de comunicación e incidencia de ideas foráneas a la población. Aquí subyace la idea de la transmisión, es decir, de la propagación de información relativa al federalismo.

Ivo Duchacek¹³ previó un lento cambio de paradigma en la opinión de la ciudadanía, el cual se saldaría probablemente con la adquisición de una concepción federalista de los Estados del futuro. Para que la suplantación de ideales se produjese jugarían un papel clave cinco factores que estimó el profesor checo: figuración de movimientos políticos y de líderes carismáticos propulsores de las ideas federalistas, intereses orientados al cambio y funcionales organizados desde el punto de vista nacional, novedades en materia económica, social e internacional y mayor peso en el poder legislativo de gobiernos y burocracias nacionales.

Es respecto a esta categoría de cultura federal donde veremos más contrastes en su concreta aplicación al ámbito material y temporal de este trabajo.

¹² Cfr. SEIJAS VILLADANGOS, M. E. “Significado de los nuevos derechos en el proceso de eventual federalización del modelo autonómico. El grado de federalidad del Estado español”. En MATIA PORTILLA, F. J. *Pluralidad de ciudadanías, nuevos derechos y participación democrática*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales: 2011, p. 275.

¹³ Cfr. DUCHACEK, I. *Comparative Federalism. The territorial dimension of Politics*, New York: University Press of America, 1987, p. 341.

2. Federalismo en relación con el regionalismo:

El Estado regional¹⁴ es aquel donde el Gobierno Central cede el hecho de acaparar determinados poderes en favor de las circunscripciones territoriales que integran el Estado unitario. Los poderes otorgados siempre quedan bajo control estatal, y para su desempeño se conceden fondos proporcionales al gasto estimable.

Los Estados regionalistas dotan de un cierto grado de autonomía a los gobiernos locales porque el Gobierno Central se ve desbordado para atender la demanda de servicios; y opta por la descentralización regional. Pero debemos recordar que la concesión de autonomía en ningún caso es traducible o equiparable a gozar de un autogobierno pleno, ni a disponer de soberanía independiente. El federalismo por tanto difiere y se contrapone al regionalismo, al menos en lo circundante a su concepción de la autonomía como indivisible y unitaria. Jurídicamente, las Regiones no tienen una Constitución, ni sus normas se aprueban unilateralmente por sus parlamentos.

3. Nociones básicas del federalismo resiliente:

El federalismo, como movimiento que apoya la federación o sus valores, adquiere una connotación específica al aportarle el adjetivo “resiliente”.

3.1. Concepto:

El origen del término federalismo reside en la palabra latina *foedus*, traducible al castellano como pacto o tratado. A su vez muestra complicidad con la expresión *fidere*, entendida como confianza o fidelidad. De aquí se extrae el compromiso que mantienen los Estados miembros en integrar el Estado federal, manteniendo todos ellos dicha intención de común acuerdo.

El adjetivo “resiliente” hace referencia a la capacidad de adaptación, de sobreponerse, de superación de dificultades o problemas por parte de alguien o algo. Dado el significado de esta palabra, podemos deducir que la expresión “federalismo resiliente” queda orientada a declarar que la resolución de conflictos competenciales y demás complicaciones de la gestión de un Estado vendrían de la mano de adoptar una nueva organización territorial; la forma federal. Es decir, el federalismo resiliente se

¹⁴ Cfr. BASSANI, L. M., WILLIAM, S. et al. *I concetti del federalismo*. Milán: Giuffrè, 1995, pp. 378 - 381.

interpretaría como el “federalismo salvador” o el “federalismo resolutor de los problemas del Estado moderno”.

3.2. Características principales:

El “federalismo resiliente” aparece como una vía alternativa y resolutoria de las dudas que genera en la actualidad el Estado regional (Estado de las Autonomías en España). Su propósito es reconocer la singularidad de las distintas identidades que alberga un Estado, y una vez establecida esta cota de consideración y respeto, facilitar una respuesta conjunta y solidaria entre todas las entidades territoriales para compensar las carencias de las más vulnerables en el ámbito competencial de que se trate. Para lograr dicha subsanación interterritorial, será imprescindible una gestión acertada de fondos públicos por parte de las entidades territoriales sin pervertir los derechos comunes básicos de la ciudadanía.

En adición a lo anterior, el “federalismo resiliente” muestra tendencia a procurar reformas constitucionales y de Estatutos de Autonomía. La consolidación del Estado federal trae consigo novedades legislativas que se destinan a incrementar la competencia autónoma de las unidades territoriales. A la vez, otro punto clave de la legislación será cohesionar estas unidades territoriales dentro del Estado federal; en alias de defender el principio de lealtad federal, por el cual, la autonomía y la unidad se relacionarán¹⁵ nutriéndose una de otra.

3.3. Doctrina relativa al federalismo resiliente:

Numerosos estudiosos se han postulado en la historia reciente del federalismo sobre aspectos concretos de su naturaleza y planteamiento. A continuación, se repasan algunos pronunciamientos destacados sobre el “federalismo resiliente”.

En lo que respecta a las distinciones entre las dos modalidades de Cámara Alta propias de los Estados federales, Robert. R. Bowie y Carl J. Friedrich relacionan la toma de decisiones del ejecutivo con las sesiones del Consejo¹⁶. Tarea que para ser emprendida requiere concretamente de la delegación del Consejo atendiendo las

¹⁵ Cfr. DE BLAS GUERRERO, A. Lecturas sobre la Constitución española. Tomo I. *Revista de derecho político*. 1978, Nº 2, p. 158.

¹⁶ Cfr. BOWIE, R. y FRIEDRICH, C. J. *Études sur le fédéralisme.*, Paris: *Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence*, 1960, pp. 20 - 23.

directrices del Gobierno. Ambos autores coinciden en considerar el Senado diferente a esta forma de Cámara Alta, al menos en factores de metodología electiva de sus integrantes y condiciones reconocidas a los mismos; recogidas estas en los estatutos independientes de sus miembros.

Por otro lado, Samuel Beer creía fervientemente en la necesidad de garantizar la profesionalización¹⁷ de los representantes de las unidades territoriales en el desempeño de sus cargos. Ello se preveía con la finalidad de facilitar una plausible y eficaz gestión territorial, y que a su vez beneficiase la coordinación entre los representantes (atisbo de “federalismo tecnocrático”).

Dentro del Estado federal, la problemática de encajar una coexistencia de lenguas en vista de la multiculturalidad que acoge; es una clara exigencia de algunas corrientes doctrinales como la de Jennings. Estas lenguas deben reconocerse a nivel estatal, promoverse y asegurar su uso libre por la ciudadanía sin restricción alguna, lo que devendría parte de otra tipología de federalismo: “el federalismo lingüístico¹⁸”. Además, el resto de elementos culturales, históricos, geográficos y organizativos propios de los Estados miembros también deben ser reconocidos para respetar su diversidad en el diseño del Estado federal.

¹⁷ Cfr. SEIJAS VILLADANGOS, M. E. “Federalismo resiliente: Vanguardia y retaguardia de una nueva organización territorial del Estado español”. En: RUIZ-RICO RUIZ, G.S., PORRAS NADALES A.J. et al. *Regeneración democrática y reforma constitucional*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2017, p. 313.

¹⁸ Cfr. KUMARASINGHAM, H., *Constitution-maker. Selected writings of Sir Ivor Jennings*. London: University of Cambridge, 2015, p. 200.

CAPÍTULO II: APLICACIÓN PARTICULAR DE LA PROPUESTA DE FEDERALISMO RESILIENTE Y FEDERACIÓN PARA ESPAÑA

1. Influencias federalistas en España:

En este apartado se relatará la aparición y devenir de las corrientes federales en España a lo largo de los dos últimos siglos, seguido de dos puntualizaciones referentes al posicionamiento socialista europeo; y a la aportación de Pi I Margall en este campo de estudio, evidenciando que el federalismo en España, está más en los libros, que en la praxis.

1.1. Contextualización histórica:

A lo largo de los últimos años España no ha conseguido acercar las posturas de sus pueblos para configurar una federación.

La monarquía en sus intentos de preservar la unidad nacional abogó por centralizar el Estado para otorgar al ejecutivo central más poder y control sobre la sociedad española. Sin embargo, a la par de consolidarse esta práctica, surgían ideales y aspiraciones autonómicas y federalistas entre la población; las cuales renegaban de la organización territorial vigente y creían que para dilucidar el descontento de este sector popular era conveniente cambiar a un modelo descentralizado.

Los defensores de la descentralización trataron de materializar su idea cuando se implantaron breves regímenes republicanos o liberal-democráticos en la historia moderna de España. Su implementación tuvo lugar en el siglo XIX en dos periodos históricos denominados: “Bienio Progresista” (1854-1856) y “Sexenio Democrático” (1868-1874). Los primeros atisbos considerables de descentralización aparecieron en la Constitución de 1869 al recoger la cesión de competencias en favor de entidades locales tradicionales. El texto constitucional (finalmente no promulgado) llegó a afirmar la existencia de tres poderes¹⁹: el municipal, el Estado regional y el Estado federal.

¹⁹ Cfr. BASSANI, L. M., WILLIAM, S. et al. *I concetti del federalismo*. Milán: Giuffrè, 1995, p. 411 - 412.

A comienzos del siglo XX la Constitución de la Segunda República (1931) dispuso en su articulado la posibilidad de unificación territorial de provincias anejas, siempre y cuando estas compartieran rasgos históricos y culturales identificativos, y una estructura económica parecida. El objetivo de este contenido era dar cabida a la formación de futuras Comunidades Autónomas con su respectivo Estatuto de Autonomía.

Finalmente, la Constitución de 1978 consagró la existencia de diecisiete comunidades autónomas y de dos ciudades autónomas componentes del Estado español. Para cada unidad territorial la Constitución previó en el artículo 148.1 su asunción competencial en distintas materias: sanidad, educación, ordenación del territorio, organización de instituciones de autogobierno, protección del medio ambiente, etc... incluyendo aquellas que no quedasen atribuidas exclusivamente al Estado y que las Comunidades Autónomas previeran en sus Estatutos de Autonomía; siguiendo el tenor literal del artículo 149.3 CE.

1.2. Perspectiva socialista:

En lo que respecta al ámbito económico, el socialismo federal de la Europa occidental²⁰ rehúye del colectivismo soviético. Esta oposición se justifica en calibrar el importante papel que juega la planificación económica en los Estados, recalcando que el intervencionismo no puede verse sobrepasado por el libre mercado. Más bien, ambas estrategias deben compaginarse atendiendo a los flujos de la economía nacional e internacional. Para mantener la competencia empresarial, y apoyar el desarrollo de la iniciativa privada, será necesario el sometimiento de los sectores económicos a un eficaz control estatal.

²⁰ En España, el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) concibe la organización del Estado como federal, basada en la integración de colectividades y en la autonomía competencial de sus órganos. En adición a lo anterior, el PSOE propuso en la denominada *Declaración del Consejo Territorial de Granada, de 6 de julio de 2013* reformar el Estado de las Autonomías en avance hacia un modelo federal, con el objetivo de alcanzar un mayor consenso territorial. El Estado de las Autonomías pretendido se caracterizaría desde su perspectiva por respetar en mayor medida las identidades cabidas dentro de España, promover un proyecto común y la solidaridad financiera entre éstas, fomentar la cooperación institucional y racionalización de las Administraciones, y asegurara una gama de derechos básicos para la ciudadanía conservando rasgos diferenciales propios de cada Comunidad Autónoma.

Aparte del tema económico, Giafranco Miglio plantea una interesante reflexión al concebir que el federalismo y el socialismo carecen realmente de encaje estructural²¹. Desde su punto de vista el Estado moderno vinculado al socialismo es inconcebible sin ideales centralizadores y de reconocimiento de soberanía. Por consiguiente, desde esta perspectiva, la libertad local y demanda de órganos particulares no cuajarían con el centralismo que aboga el socialismo.

Por otro lado, la función fiscalizadora debe centralizarse y reservarse a una autoridad. Sólo un órgano supremo resolverá las disparidades de los fines comunes unificando el fin ejecutivo; para lo cual se ha de encontrar la motivación en la voluntad común de la ciudadanía.

1.3. Propuesta de Pi I Margall:

Francisco Pi y Margall, fue un político de ideología federal republicana izquierdista y proudhoniana que alcanzó la presidencia del Gobierno de la Primera República Española (11 de junio – 18 de julio de 1873).

Entre sus contribuciones a la aplicación de un modelo federal para España, propuso diseñar un mapa federal integrado por múltiples Comunidades Autónomas de escasa extensión territorial y provistas de recursos suficientes para lograr la autosuficiencia²²; minorizando en consecuencia las relaciones de dependencia entre unas y otras.

Se buscaba fomentar la libre federación de ciudades o confederaciones de localidades, conociéndose al movimiento como “cantonalismo”²³. Este se inspiraba en el “federalismo libertario”²⁴, y con un claro talante radical se constituirá el germen del posterior anarquismo español, oponiéndose y caracterizándose por un afán rebelde hacia la consolidación de una administración centralista.

²¹ Cfr. BASSANI, L. M., WILLIAM, S. et al. *I concetti del federalismo*. Milán: Giuffrè, 1995, pp. 400 - 401.

²² Ibid. p. 411.

²³ Cfr. MONTAGUT. E. *Cantonalismo* [Cantonalismo - EcuRed] [Fecha de consulta: 29/7/2022] [<https://www.elobrero.es/opinion/8666-cantonalismo.html>].

²⁴ Cfr. BASSANI, L. M., WILLIAM, S. et al. *I concetti del federalismo*. Milán: Giuffrè, 1995, p. 342.

2. El federalismo en la Constitución Española de 1978:

Existe un amplio debate doctrinal sobre la naturaleza de la Constitución de 1978. Con su redacción trata de preservar la unidad de la nación, así como reconocer y garantizar que sus nacionalidades y regiones mantengan el derecho a la autonomía²⁵. Hay quien comprende la misma como una Constitución federal, mientras que otros se limitan a destacar determinados atisbos federales de su articulado o la consonancia de estos rasgos con la organización federal; pero acogidos dentro de un modelo autonómico y en todo momento diferenciado del federal.

Durante la sesión del informe de la Ponencia Constitucional, el diputado Heribert Barrera del partido de Esquerra Republicana de Cataluña criticó la literalidad del artículo 1.2 del anteproyecto constitucional. Se pronunció en favor de que la soberanía nacional en vez de residir en el pueblo español residiese en las naciones y pueblos soberanos que a su entender configuraban el Estado.

Tiempo después, el contenido del actual artículo 145.1 CE (anterior artículo 137.1 CE) fue propuesto para enmienda por el grupo parlamentario Euzkadiko Ezkerra. El precepto recogía la inadmisibilidad de cualquier federación de Comunidades Autónomas, lo que a ojos de los proponentes imposibilitaba el Estado federal. En contra, un amplio sector de ponentes constitucionales, entre los cuales se hallaba Manuel Fraga Iribarne, negaron la existencia de dicha Constitución federal.

En la redacción actual del texto constitucional se alzan dudas de un posible atisbo federal en la imprecisión del reparto competencial. Concretamente los artículos 148 y 149 CE reconocen las competencias autonómicas y estatales de forma respectiva asemejándose a la distribución competencial de los Estados federales. En el año 1979 Gumersindo Trujillo plantearía enfocar la autonomía de las Comunidades Autónomas desde la generalidad²⁶ hasta concebirla prácticamente como una federación (sistema “federo-regional”). Este autor ligaría el art. 152.2 CE (correspondiente a la elaboración de los Estatutos de Autonomía) con el pactismo que rodea a los sistemas federales y que será analizado con más detalle en el siguiente apartado; aunque podemos relacionar el

²⁵ STC 76/1983, de 5 de agosto, FJ 13º.

²⁶ Cfr. TRUJILLO, G. “Federalismo y regionalismo en la Constitución española de 1978: el Estado «federo-regional»”, En: G. TRUJILLO. *Federalismo y regionalismo*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1979, pp. 17 - 19.

término con la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del fuero de Navarra (L.O.R.A.F.N.A) y con el contractualismo los Derechos históricos forales (D.A.1ª CE).

Ignacio de Otto reseñaba que en el Estado Autonómico la competencia en materia normativa²⁷ era completamente diferente de la asimilada por los Estados federales, ya que en estos últimos cualquier norma que era dictada sin competencia devenía nula. La prevalencia del derecho estatal sobre el autonómico es una previsión cercana al federalismo.

En el supuesto del Estado Autonómico el Estado siempre posee competencia general acaparando las competencias que las Comunidades Autónomas no se atribuyen con anterioridad. En efecto, ello nos hace deducir que la cláusula residual que otorga a las Comunidades Autónomas competencias no atribuidas expresamente al Estado significaría que el artículo 149.3 CE también está empañado de federalismo.

Otros puntos de interés son la caracterización del sistema de controles de legalidad del artículo 153 CE (imparciales y de mera naturaleza jurisdiccional) y el papel de las Comunidades Autónomas cuando a través de sus mecanismos institucionales, de procedimiento legislativo o funcionales forman la voluntad estatal.

El artículo 162.1 CE también ha entrado en el debate federal. La cuestión radica en que el precepto comprende como legitimarios²⁸ para interponer recursos de inconstitucionalidad a los órganos colegiados ejecutivos de la Comunidades Autónomas y a sus respectivas Asambleas Autonómicas. Este contenido se recoge en la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional pero matizado, de tal forma que el artículo 31.1 LOTC no les cita a la hora de plantear el recurso contra normas del Estado y de las Comunidades Autónomas con rango de ley, y en el párrafo 2 sí se les nombra pero para plantear el recurso de inconstitucionalidad contra leyes, disposiciones normativas y actos con fuerza de ley que afectasen a las competencias de la Comunidad Autónoma; y habiendo mediado un acuerdo previo tomado al efecto.

²⁷ Cfr. DE OTTO, I. “Sobre la verdadera naturaleza del Estado de las autonomías y la relación entre la Constitución y los Estatutos” y “La prevalencia del derecho del Estado” En: I. DE OTTO. *Estudios sobre derecho estatal y autonómico*. Madrid: Civitas, 1986, pp. 21 - 23 y 45 - 51.

²⁸ Cfr. GARCÍA COTARELO, J. “Federalismo, autonomismo y jurisdicción constitucional”. En: E. ÁLVAREZ CONDE. *Diez años de régimen constitucional*. Madrid: Tecnos, 1989, p. 416.

Concretamente es la expresión literal “en su caso” (ubicada en el art. 162.1 CE) responsable de todas las incertidumbres surgidas respecto al campo de acción de los órganos ejecutivos y Asambleas de las Comunidades Autónomas. Una interpretación de las palabras lleva a relacionar el planteamiento del recurso de inconstitucionalidad sólo con los supuestos tasados del artículo 31.2 LOTC, pero la jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha otorgado más peso a la posibilidad de afectación al ámbito autonómico²⁹; condición flexible según el criterio del Tribunal que justifica a las Comunidades Autónomas en plantear el recurso. Con ello existe pues una disparidad de razonamientos, que no hacen otra cosa que enturbiar la asignación de este recurso a las instituciones autonómicas, y a la par agravar el debate de la posible redacción y sentido federal de la Constitución Española.

3. Rasgos federales de los Estatutos de Autonomía:

En España los Estatutos de Autonomía de la integridad de Comunidades Autónomas fueron aprobados entre los años 1979 y 1983.

El procedimiento de elaboración estatutaria se recoge en el art. 151.2 CE. De este artículo se extrapola una redacción derivada del pactismo³⁰ propio del Estado federal. Su primer rasgo distintivo es la expresión “de común acuerdo” del subapartado 2º, haciendo referencia al necesario beneplácito conjunto de la Comisión Constitucional del Congreso y de una delegación de la Asamblea de Parlamentarios; las cuales deben examinar el texto una vez aprobado el proyecto del Estatuto por la Asamblea de Parlamentarios, y concluir su redacción definitiva. En el subapartado 3º, y también como atisbo pactista, es un paso siguiente al acuerdo la celebración de un referéndum en cada provincia de la Comunidad Autónoma afectada por el Estatuto de Autonomía.

Un gran interrogante de los federalistas es la especulación en torno a si dichos Estatutos podrían convertirse en constituciones estatales. Estas constituciones informarían el ordenamiento jurídico interno de aquellos supuestos Estados que integrarían España. Para conseguirlo se barajan dos opciones: renegar de la aprobación de las constituciones por el poder legislativo central mientras se diseña paralelamente

²⁹ STC 199/1987, de 16 de diciembre. FJ 3º.

³⁰ Cfr. TRUJILLO, G. “Federalismo y regionalismo en la Constitución española de 1978: el Estado «federo-regional»”, En: G. TRUJILLO. *Federalismo y regionalismo*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1979, pp. 20 - 24.

una Constitución federal³¹; o recurrir a un nuevo proceso constituyente del que derivasen las constituciones definitivas.

Por otra parte, y entrando en la reforma de los Estatutos de Autonomía, ésta comprende dos fases. En la primera se atiende al procedimiento dispuesto en el propio texto de cada Estatuto, y en la segunda se abre un procedimiento en las Cortes Generales que culmina con la aprobación de la reforma por ley orgánica.

Dado que abarcaría demasiada extensión analizar la reforma de cada Estatuto, tomaremos como ejemplo la vía diseñada por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León. Aquí la iniciativa nace en al menos un tercio³² de las Cortes de Castilla y León o de la Junta de Castilla y León. Las Cortes de la Comunidad Autónoma, tras que aprueban la propuesta de reforma por dos tercios de sus integrantes, remitirán la misma al Congreso de los Diputados habiendo elegido para llevar a cabo la tramitación a una Delegación no Permanente que participará en una Comisión mixta paritaria creada según prevé el Reglamento del Congreso.

La propuesta llega a manos de la Mesa del Congreso de los Diputados configurada al efecto, y que podrá admitirse o no a trámite. Tras ello acontece la publicación de la propuesta en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, y finalmente se acaba aprobando o no en sesión plenaria con remisión posterior al Senado adquiriendo la forma de ley orgánica.

4. Las primeras reformas estatutarias:

Las primeras reformas de los Estatutos³³ empezaron a realizarse a raíz del año 1991. En concreto, las reformas de dicho año consiguieron hacer coincidir con éxito la fecha del día de celebración de elecciones en algunas Comunidades Autónomas.

³¹ Cfr. MONTILLA MARTOS, J. A. *Reforma federal y Estatutos de segunda generación como modelo para la reforma federal de la Constitución*. Pamplona: Aranzadi, 2015, pp. 19-74.

³² Art. 91 de la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Castilla y León.

³³ Cfr. Ministerio de Política territorial. *Procesos de reforma de los Estatutos de Autonomía* [Procesos de reforma de los Estatutos de Autonomía] [Fecha de consulta: 5/8/2022] [https://www.mptfp.gob.es/portal/politica-territorial/autonomica/Estatutos_Autonomia/Estatutos_reformas.html].

En el año 1994, por medio de Acuerdos Autonómicos, se acometió una implementación de competencias (sobre todo en sanidad y educación) de todas las Comunidades Autónomas que se constituyeron por lo dispuesto en el artículo 143 CE. Posteriormente, entre 1996 y 2001 habría reformas estatutarias trascendentales que ampliarían las competencias y que transformaron la organización institucional de los entes autonómicos.

En el 2002 se reformaron los Estatutos de Autonomía de 15 Comunidades Autónomas que poseían el mismo sistema de financiación, y que consistió en la cesión de tributos a las autonomías; asimilando los contenidos de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. La mayor dotación de recursos a las Comunidades Autónomas sería perfectamente subsumible en un mayor grado de federalización, al menos en lo que respecta a su sistema financiero.

En el ámbito sanitario, y aplicado a nuestra Comunidad Autónoma, la Ley 8/2003, de 8 de abril sobre derechos y deberes de la salud de Castilla y León vino a introducir con su articulado una gama de derechos para la ciudadanía castellano-leonesa. Estos fueron el respeto de preferencias médicas y de centro de asistencia, la solicitud de una segunda opinión médica, y la aplicación del tratamiento o cuidado paliativo necesario. Todos ellos se contemplarían posteriormente y de forma respectiva en los apartados c), d) y f) del artículo 13.2 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

5. Las segundas reformas estatutarias:

A raíz del año 2004 tuvieron lugar numerosas reformas de los Estatutos de Autonomía con la finalidad de dotar a las Comunidades Autónomas de un mayor campo competencial; así como de concretar dicho campo, otorgar un papel preponderante a sus instituciones y diseñar un plan estratégico “Estado-Autonomías” que incluyera medios de colaboración y participación entre ambos entes territoriales.

Cabe reseñar la necesidad de celebrar un referéndum para aprobar las proposiciones iniciales de reforma en Cataluña y Andalucía. Este hecho insólito en ambos procedimientos de reforma se explica en ajustarse a lo previsto para las Comunidades Autónomas constituidas por el artículo 151.1 CE.

En Castilla y León sería el 23 de junio de 2005 cuando en el transcurso de una sesión plenaria de las Cortes autonómicas se propondría acometer una reforma del Estatuto de

Autonomía. La intención era remarcar la idiosincrasia castellano-leonesa, perfeccionar los contenidos del Estatuto en alias de resolver las complicaciones de la Comunidad Autónoma; solapando en la configuración del mismo un acuerdo entre partidos políticos con marcado respaldo social.

6. Período posterior de renovación estatutaria hasta la actualidad:

Desde el año 2012 hasta la actualidad se han aprobado un número reducido de reformas estatutarias, que han incidido en delimitar materias específicas dentro de su marco competencial y que han compartido contenidos. Se acometieron reformas estatutarias en la Región de Murcia (2013), Castilla-La Mancha (2014), Canarias (2018), y en la decimocuarta legislatura, de 2019 a la actualidad, la supresión del aforamiento para los miembros del legislativo y del ejecutivo autonómico ha sido el contenido común de la reforma estatutaria de la Región de Murcia³⁴, Cantabria³⁵ e Islas Baleares³⁶. Pendientes de aprobación nos encontramos con la reforma del Estatuto de Autonomía de la Rioja, de carácter integral, y la propuesta de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón que se focaliza en su sistema electoral (reforma calificada el 25 de agosto de 2022).

En el caso murciano se incluyó en el art. 30 del Estatuto de Autonomía la habilitación del Gobierno autonómico para dictar disposiciones legislativas de carácter provisional por la vía del decreto-ley, añadiéndose la tramitación oportuna y limitaciones materiales al efecto.

La reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha optó por favorecer la elección de diputados regionales, abandonando el rígido régimen estatutario, lo que consecuentemente repercutía en el entramado constitucional del autogobierno castellano-manchego y en la organización institucional autonómica.

³⁴ Ley Orgánica 1/2021, de 15 de febrero, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia.

³⁵ Ley Orgánica 2/2021, de 23 de marzo, de reforma de la Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria, para la eliminación del aforamiento de los Diputados y Diputadas del Parlamento y del Presidente y Consejeros del Gobierno.

³⁶ Ley Orgánica 1/2022, de 8 de febrero, de reforma de la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, para la supresión del aforamiento de los Diputados y las Diputadas del Parlamento de las Illes Balears y de los miembros del Gobierno de las Illes Balears.

El caso canario conllevó definir el espacio geográfico de las Islas Canarias con su organización territorial interna, propulsión de políticas públicas, mejorar el régimen fiscal dotándolo de garantías institucionales y mecanismos coordinados de modificación, cohesionar la sociedad canaria por su variopinto sesgo cultural entre los continentes de Europa, América y África y perfeccionar el sistema democrático, promover el desarrollo económico regional, afrontar y combatir las desigualdades sociales favoreciendo la integración social.

Una valoración de estas reformas se sintetizaría en afirmar que por distintas vías se busca un contenido común y una homogenización de la autonomía. Unidad y descentralización, esto es federalización.

CAPÍTULO III: LA SANIDAD EN EL MARCO CONSTITUCIONAL ESPAÑOL DE DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL

1. La tutela constitucional y europea de la salud:

La salud³⁷ es el estado de bienestar físico, psíquico y social desarrollado en su plenitud que no implica necesariamente la ausencia de enfermedad o afección alguna. Al ser un bien prioritario para los individuos, y requerir para su conservación de extraordinaria atención y caución médica; ha sido necesario adaptar la legislación nacional y europea de protección de la salud a los tiempos actuales.

1.1. Evolución histórica de la legislación sanitaria española:

Podemos situar los inicios de la protección de la salud a finales del siglo XX con la creación de la Comisión de reformas Sociales (1883) y de la Ley de Accidentes de Trabajo (1900); pudiéndose considerar esta última como el primer ejemplo de Seguro Social habido en España.

La Constitución de la Segunda República de 1931 traerá consigo la configuración de un sistema real de protección de la salud. El propósito era conseguir que los trabajadores viviesen dignamente y con mejores condiciones, lo que para hacerse efectivo requería de regular los seguros por accidente, enfermedad, invalidez, muerte y paro forzoso; así como procurar asistencia a todos cuantos se hallasen enfermos.

Paralelamente a la instauración de la democracia, se promueve una legislación sanitaria consonante a la del resto de países, es decir, universalizada. Destaca de entre dicha legislación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de la Sanidad, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y más específicamente en el campo del derecho laboral parte del articulado de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.

Será el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones; el artífice de un cambio de consigna en el sistema

³⁷ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

sanitario español al resaltar la importancia de que este sistema goce de eficacia. Nuestra Constitución siempre ha orbitado dentro del constitucionalismo del Estado Social, lo que explica ese impulso por suprimir las barreras sociales que dificultan el acceso en condiciones de igualdad a la asistencia sanitaria³⁸.

1.2. La protección de la salud dentro del artículo 43 CE:

En la Constitución Española, el artículo 43 se recoge dentro del *Capítulo III: De los principios rectores de la política social y económica*. Su inspiración se halla en el antecedente artículo 32 de la Constitución Italiana de 1947 (entre otros textos constitucionales), así como también en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económico, Sociales y Culturales; y la Carta Social Europea como parte de la esfera del Derecho internacional.

El contenido del actual artículo 43 CE se ubicó en un primer momento en el artículo 36 del Anteproyecto de Constitución. Los tres apartados del artículo fueron propuestos para enmienda, pero salvando someras mejoras en la redacción sólo tuvo lugar una modificación significativa del segundo apartado. Este se disponía sobre *la organización y tutela de la sanidad e higiene*; acabándose por concentrar ambas disciplinas en un término que las englobase, y que sería *la salud pública*³⁹.

El Tribunal Constitucional se pronunció en la Sentencia 32/1983, de 28 de abril, FJ 2º; denotando del Sistema Nacional de Salud un claro talante descentralizador. El máximo intérprete de la Constitución declaró que el artículo 43 CE solamente albergaba objetivos y derechos vinculados a la salud; y que dicho artículo no contemplaba el propio reparto de competencias entre las instituciones estatales y autonómicas. Para conocer las competencias inferidas al Estado y a las Comunidades Autónomas era necesario recalar en el articulado del Título VIII de la Constitución Española, distinguido como: *De la Organización territorial del Estado*.

Resulta problemático doctrinalmente reconocer el derecho a la protección de la salud como un verdadero derecho. Ello se debe a su no figuración en el *Capítulo II: de los*

³⁸ Cfr. APARICIO TOVAR, J. “El derecho a la protección de la salud. El derecho a la asistencia sanitaria”. En: J. I. MONEREO PÉREZ, C. MOLINA NAVARRETE et al. *Comentario a la Constitución socio-económica de España*. España: Comares, 2002, p. 1557.

³⁹ Boletín Oficial de las Cortes, nº 157, 6 de octubre de 1978.

Derechos y libertades; capítulo que aparenta ser más apropiado para albergar este supuesto derecho, y que al no hacerlo, nos lleva a intuir la existencia de un “derecho aparente”. Jiménez Campo⁴⁰ justificó tal denominación en que la incorporación de la protección de la salud al texto constitucional fue fruto del cumplimiento de compromisos comunitarios, es decir, de efectuar políticas públicas; lo que motivó que su ubicación se precisase en el *Capítulo III: De los principios rectores de la política social y económica*.

Sin embargo, si interpretamos con literalidad el artículo 43.1 CE, éste zanjaría con rotundidad que el derecho a la protección de la salud es un derecho, y coherentemente subjetivo. Se puede alegar perfectamente en los procesos judiciales porque el artículo 53.3 CE sólo excluye los principios de la práctica judicial; a los cuales atribuye un mero papel informador.

Además de un derecho aparente o subjetivo según el parecer, también cabe categorizarlo como un derecho de prestación. Tanto los principios rectores como la cláusula del Estado social se dispusieron en la Constitución Española para combatir desigualdades sociales. Pero sólo se puede efectuar dicho cometido si los poderes públicos disponen de medios y recursos suficientes; una realidad material que impone limitaciones al contenido jurídico de los artículos o que como con acierto diría Carmona Cuenca; se trataría de “una reserva económica de lo posible⁴¹”.

Con lógica el derecho a la protección de la salud es un derecho social, puesto que vela por el bienestar de toda la sociedad y su acceso y prestaciones deben concederse en condiciones de igualdad sin diferenciación de clases. La autonomía⁴² de las personas se refleja entre otros aspectos en ver satisfechas sus necesidades sanitarias, de lo cual deducimos que los derechos sociales en consonancia con los derechos fundamentales promueven la libertad del individuo. Esta libertad entraña límites en el actuar de los poderes públicos y un derecho oponible contra negligencias de las Administraciones

⁴⁰ Cfr. JÍMENEZ CAMPO, J. “Artículo 53. Protección de los derechos fundamentales”. En: O. ALZAGA VILLAMIL. *Comentarios a la Constitución española de 1978. Tomo IV*. Madrid: Cortes Generales-Editoriales, 1996, p. 520.

⁴¹ Cfr. CARMONA CUENCA, E. *El Estado social de Derecho en la Constitución*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2000, p. 159.

⁴² Cfr. ESCOBAR ROCA, G. *Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria*. Pamplona: Aranzadi, 2012, pp. 296 – 298.

Públicas en la toma de decisiones sanitarias. El Sistema Nacional de Salud, organizándose desde la descentralización de las Comunidades Autónomas, buscará ofrecer a toda la ciudadanía este servicio universal.

Volviendo al análisis del artículo 43.1 CE, y en relación con el segundo apartado, el contenido⁴³ del derecho a la protección de la salud sólo se podrá determinar atendiendo a la extensión del resto de derechos y deberes reconocidos por ley; así como a la funcionalidad otorgada a los poderes públicos para procurar la realización material del mismo. Los sujetos titulares del derecho serán los nacionales españoles y extranjeros con residencia en territorio español. En todo caso, habrá de atenerse a la legislación vigente y a los convenios internacionales para concretar las garantías sanitarias de las personas no residentes, o de aquellos nacionales españoles que se encuentren en Estado extranjero.

Así mismo, y brevemente sobre el tercer apartado dedicado a la educación sanitaria, la educación física y el deporte; el Tribunal Constitucional menciona específicamente las dos primeras como un medio necesario para mantener la salud y prevenir afecciones por realizar actividades físicas de forma inapropiada⁴⁴.

El derecho a la salud, dada su naturaleza, guardará siempre necesaria conexión con los derechos a la integridad física y moral, y a la vida. Todos estos derechos vienen contenidos en el artículo 15 CE, y el Tribunal Constitucional, pronunciándose en varias ocasiones, aclaró que sólo supondría una vulneración de los mismos aquella situación o daño materializado que amenazase de gravedad⁴⁵ y con certeza su integridad, permitiendo con dicha doctrina descartar supuestos dubitativos respecto a su alegación ante los tribunales.

⁴³ Cfr. BORRAJO DACRUZ, E. “Artículo 43. Protección de la salud”. En: A. PÉREZ CALVO, A. LÓPEZ PINA et al. *Comentarios a la Constitución Española. Tomo IV – Artículos 39 a 55 de la Constitución Española de 1978*. Madrid: Edersa, 2006. p. 181.

⁴⁴ STC 194/1998 de 1 de octubre, FJ 4º.

⁴⁵ SSTC 35/1996, de 11 de marzo, 119/2001, de 14 de mayo, 220/2005 de 12 de septiembre y 160/2007, de 2 de julio.

1.3. La legislación sanitaria europea:

La Unión Europea ha tratado de configurar un espacio social y económico europeo donde se suprimen las barreras interestatales, y la ciudadanía europea goza de las debidas garantías políticas y sociales. Su papel en orden de proteger la salud de los Estados miembros se resume en el diseño de políticas comunes que deberá aplicar cada Estado integrante en adición a las que él mismo hubiera establecido⁴⁶.

La Carta Europea de Derechos Fundamentales consagra el derecho a la protección de la salud en el artículo 35 del *Capítulo IV* titulado: *Solidaridad*, y lo hace de forma paralela al desarrollo de este derecho por tradición constitucional de muchos Estados europeos. Su aplicación la realizará directamente el entramado institucional europeo, y su alcance deberá interpretarse en concordancia con la legislación y costumbre de los países miembros (en nuestro caso España) sin evadirse de la doctrina jurisprudencial del Tribunal de Justicia de la Unión Europea; que es un órgano con especial empeño en defender el cumplimiento de la Carta, y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Por otro lado, el Tratado de Lisboa (2009) interfirió ampliando la gama de derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Española; con el perfeccionamiento de su contenido. Mas el articulado constitucional se ve sobrepasado en orden de primacía por la Carta Europea de Derechos Fundamentales. Esta circunstancia no quita que el Tribunal Constitucional, para resolver las fricciones entre la Constitución y la Carta, recurra a la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, la cual se detecta implícitamente en el artículo 10.2 del texto constitucional.

El artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea recoge la acción que pretende la Unión en lo que respecta a mejorar la salud pública y evitar la propagación de enfermedades o de cualquier otro riesgo para la salud de las personas. Especialmente en el supuesto de que existan enfermedades de extrema gravedad⁴⁷ y que se incremente el número de casos que se padecieran, la Unión Europea trabajará por su

⁴⁶ Cfr. MARCOS MARTÍN, T. y QUESADA ALCALÁ, C. “Influencia de la Unión Europea en la protección de la Salud en España”. En: A. FERNÁNDEZ-CORONADO y S. PÉREZ ÁLVAREZ. *La protección de la Salud en tiempos de crisis. Nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2014, p. 31.

⁴⁷ Artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

investigación, prevención y control de cara al traspaso de fronteras; y promoverá una educación sanitaria para la ciudadanía europea.

La Unión Europea abordó de forma específica el ámbito sanitario en el Libro Blanco denominado: *Juntos para la Salud*⁴⁸. En esta fuente normativa se pulió un plan estratégico diseñado para el periodo de entre el año 2008 y el 2013 sustentado en cuatro principios clave: los valores sanitarios comunes, la salud como “tesoro más preciado” (en referencia a su repercusión en la economía), el desarrollo de la salud en todas las políticas y su fomento en el resto de países extracomunitarios. Se hizo hincapié en proteger al segmento poblacional de avanzada edad por su predisposición a sufrir patologías y por la pérdida de población activa, además de recordar la problemática de las pandemias y la importancia de establecer medidas eficaces para la reducción de brotes; a lo que sin duda contribuye el disponer de una tecnología de vanguardia para la inspección y detección de la enfermedad y para la invención de vacunas o medicamentos que la contrarresten. Tiempo más tarde, desde el año 2014 hasta el 2020 se plantearía un Programa de Salud para el Crecimiento basado en reformas, y encaminado nuevamente en solucionar el problema demográfico y de envejecimiento poblacional.

A parte de lo ya expuesto, existen otras fuentes legislativas⁴⁹ del derecho sanitario europeo. La Carta del Derecho a la Salud de la Ciudadanía europea buscó fortalecer el Estado de Bienestar de los países miembros además de procurar la cohesión de sistemas sanitarios europeos. Por otra parte, el Reglamento sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social pretende asegurar el cumplimiento del principio de igualdad en la asistencia sanitaria dentro del ámbito de la Seguridad Social. La Directiva relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia transfronteriza recoge la forma en que se deben abonar los gastos entre Estados miembros en el caso de que un paciente reciba asistencia sanitaria en un Estado comunitario distinto al suyo; así como respaldar la cooperación mutua entre Estados con fines de mantener la seguridad y eficacia en los tratamientos de los pacientes.

⁴⁸ Cfr. MARCOS MARTÍN, T. y QUESADA ALCALÁ, C. “Influencia de la Unión Europea en la protección de la Salud en España”. En: A. FERNÁNDEZ-CORONADO y S. PÉREZ ÁLVAREZ. *La protección de la Salud en tiempos de crisis. Nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2014, pp. 44 - 45.

⁴⁹ Ibid. pp. 50 - 53.

1.4. Los ideales sanitarios europeos influyentes en España:

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, fue adoptado con la intención de ofrecer garantías de solvencia, y de asegurar la cohesión y realización del Sistema Nacional de Salud. El Decreto sigue el hilo de las aspiraciones europeas en lo que respecta a la transparencia y viabilidad del Derecho comunitario.

El Reglamento 883/2004, sobre coordinación de los sistemas de seguridad social, responde a la necesidad de hacer efectivo el principio de igualdad. Con el fin de conseguirlo, el Decreto incorpora cambios que denotan una tendencia hacia la homogeneidad de la asistencia sanitaria y la puesta en conocimiento a los ciudadanos de sus derechos en la materia. La Directiva 2011/24 comparte rasgos con el Decreto, resultando en especial de ambas destacable el combate de las desigualdades en la atención de pacientes.

Finalmente, también afecta al ordenamiento jurídico español como acto jurídico comunitario la Directiva 2004/23/CE, traspuesta a nuestro sistema por el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen normas de calidad y seguridad para la donación, obtención, evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento y distribución de células y tejidos humanos. En consecuencia, el modelo constitucional español de salud es un espejo, e incluso una avanzadilla de su patrón europeo.

2. Distribución de competencias entre Estado y Comunidades Autónomas en materia de sanidad:

En España, la descentralización competencial entraña la problemática de la atribución de competencias sanitarias entre el Estado Central y las Comunidades Autónomas. Aquí los artículos 148 y 149 CE cobran una importancia fundamental, puesto que de su interpretación derivará el establecimiento del alcance competencial para cada institución. Un estudio doctrinal y jurisprudencial con base en este articulado nos permitirá profundizar en materia sanitaria desde el punto de vista de la organización territorial.

2.1. Estudio literal de los artículos 148 y 149 CE respecto de la asistencia sanitaria:

Los artículos 148 y 149 CE recogen un listado enumerado de posibles competencias autonómicas y de exclusivas competencias estatales según el tenor de la Constitución Española. Contemplan reglas de ampliación competencial para los entes autonómicos en los supuestos de reforma estatutaria con transcurso de 5 años (art. 148.2 CE) y de no atribución expresa al Estado en la propia Constitución (art. 149.3 CE); así como de ampliación competencial para el Estado Central si los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas no recogen la competencia de que se trate (art. 149.3 CE).

A pesar de tener un planteamiento sencillo, reina la confusión en ambos preceptos al momento de encontrar varias interpretaciones a su literalidad. En concreto, el problema está en reconocer en cuál de los dos artículos se hace referencia a la asistencia sanitaria individual dentro del contexto del Sistema Nacional de Salud. El artículo 148.1.21 ° CE incluye como competencias autonómicas la sanidad e higiene; pero esta es una terminología vaga que no nos especifica si comprende la salud colectiva, la individual o ambas. Si saltamos al siguiente precepto, los artículos 149.1.16 ° y 149.1.17 ° CE citan como competencia estatal la sanidad exterior junto con las bases y la coordinación de la sanidad a nivel general; a lo que se suma la competencia legislativa básica y sobre el régimen económico de la Seguridad Social salvando la labor ejecutiva de las Comunidades Autónomas ejecutando los servicios. En vista de lo expresamente contenido en el artículo 149 CE, tampoco podemos extraer del mismo una conclusión que arroje suficiente claridad sobre si la asistencia sanitaria individual o la colectiva se hallan implícita y restringidamente representadas en la redacción constitucional.

La proposición de Muñoz Machado⁵⁰ es tomar un criterio que nos ayude a comprender el alcance de la materia, y así poder delimitar la competencia. El autor cordobés es optante por los conceptos amplios y flexibilizados; y se ceñirá a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional al rechazar la fijación de un criterio general que concrete la materia.

⁵⁰ Cfr. MUÑOZ MACHADO, S. *Derecho Público de las Comunidades Autónomas I*. 2ª edición. Madrid: Civitas, 1982, pp. 371 - 372.

El Alto Tribunal da resolución al conflicto decantándose por aquel precepto o regulación que exprese el “contenido inherente”⁵¹ de la materia aspirante a ser título competencial. Aquí es donde el pensamiento de Muñoz Machado encuentra su parecido, ya que el Tribunal Constitucional pretende introducir la materia concreta dentro de la genérica⁵².

Es reseñable destacar que la asistencia sanitaria individual y colectiva ha denotado con el paso del tiempo un alejamiento progresivo del marco de la Seguridad Social. Determinadas diferencias organizativas, funcionales y financieras alientan descartar su inclusión en el artículo 149.1.17 ° CE. Este precepto, aunque se refiera expresamente y de forma genérica a la materia de la Seguridad Social, se topa con que dicha materia ya no guarda vinculación con la asistencia sanitaria, quedando esta última integrada en el Sistema Nacional de Salud⁵³. Sin embargo, el planteamiento lo cuestiona Aparicio Tovar al considerar de tan extrema imprecisión el término “sanidad” que este perfectamente sea subsumible en la Seguridad Social pudiendo albergar tanto la salud individual como la colectiva, y en consecuencia ambas se contemplarían en el artículo 149.1.17 ° CE.

De no tener cabida la interpretación de Aparicio Tovar, todavía existe una alternativa donde encuadrar las dos tipologías de asistencia sanitaria. Si el legislador constitucional, a la hora de redactar los preceptos relativos a las competencias autonómicas y estatales, decidiera ubicar en artículos diferentes la competencia en asistencia sanitaria colectiva y en asistencia sanitaria individual; podríamos entender que ambas se situarían respectivamente en los artículos 148.1. 21° CE y 149.1.16 ° CE. En el caso del artículo 148.1. 21 ° CE, la sanidad colectiva podría acogerse en la expresión “sanidad e higiene”, ofreciéndose a las Comunidades Autónomas el posible desempeño de estas materias. Para el artículo 149.1.16 ° CE la sanidad individual se incluiría en la mera citación a la “sanidad” dispuesta en el precepto, resultando una competencia exclusiva del Estado.

⁵¹ STC 33/1982, de 8 de junio, FJ 3º.

⁵² STC 109/2003, de 5 de junio, FJ 3º.

⁵³ Cfr. LEÓN ALONSO, M. *La protección Constitucional de la Salud*. Madrid: La Ley, 2010, p. 377.

2.2. Las competencias del Estado en el ámbito de la salud:

El Estado Central⁵⁴ tiene que garantizar la unidad del Sistema Nacional de Salud a la vez que debe procurar que el acceso al derecho a la protección de la salud, tanto como a su disfrute, se produzcan en condiciones de igualdad para toda la ciudadanía.

La primera competencia exclusiva en materia sanitaria que posee el Estado se aprecia en el artículo 149.1.16 ° CE, y es la sanidad exterior⁵⁵. Entendemos por la misma el conglomerado de actividades preventivas, supervisoras y combativas de aquellos riesgos provenientes del intercambio transnacional de animales, vegetales y mercancías; así como del tráfico de personas que pudieran propiciar efectos negativos en la salud de la ciudadanía. La competencia en sanidad exterior comprende las facultades normativa y ejecutiva⁵⁶ íntegramente, quedando atribuidas con exclusividad al Estado Central.

En segundo lugar, el artículo 149.1.16 ° CE también atribuye al Estado la competencia exclusiva de fijar las bases sanitarias. Para ello los órganos destinados al efecto deberán elaborar una normativa común para toda España. La complicación vendrá de la mano de considerar qué es “básico” a nivel sanitario para legislarlo a posteriori. De esta forma se elevará el conflicto político entre los ideales centralistas y autonómicos⁵⁷, ya que de la estimación que se haga sobre qué resulta “básico” en sanidad; dependerá que las Comunidades Autónomas tengan mayor o menor campo de acción al desarrollar la legislación sanitaria estatal.

Recurriendo a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, el máximo intérprete de la Constitución se pronuncia sobre las bases sanitarias desde la órbita material. Estas bases serían las que establecen un punto de partida⁵⁸ para que las Comunidades Autónomas elaboren una legislación propia (que mire por el interés autonómico), pero

⁵⁴ Cfr. NAVARRO MUNUERA, A. *La conflictivitat competencial. Sanitat*, Barcelona: Institut d'Estudis Autònòmics, 1996, pp. 48 - 51.

⁵⁵ Cfr. BLASCO LAHOZ, J. F. Sanidad exterior: concepto, contenido y competencia (a propósito de la Sentencia del Tribunal Constitucional 329/1994, de 15 de diciembre). *Tribunal social: Revista de seguridad social y laboral*. 1995, N° 54, pp. 41 - 42.

⁵⁶ STC 329/1994, de 15 de diciembre, FJ 2°.

⁵⁷ Cfr. TORNOS MAS, J. La legislación básica en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. *Revista Vasca de Administración Pública*. 1991, N° 31, p. 276.

⁵⁸ STC 1/1982, de 28 de enero, FJ 1°.

respetando en todo momento el régimen competencial atribuido en la Constitución y en el Estatuto de Autonomía respectivo, y así evitar desligarse del interés general al que sirve. Por tanto, excedería de la concepción de “básico” la legislación excesivamente minuciosa, detallista y específica⁵⁹ que impida el desempeño competencial del desarrollo legislativo de la Comunidad Autónoma. En orden de resolver pleitos competenciales entre instituciones, cabrá la valoración del alcance de la legislación básica estatal por parte del Tribunal Constitucional, pero en ningún caso este tribunal estará facultado para delimitar el contenido material de las bases⁶⁰.

Cabe puntualizar que la toma inmediata de decisiones en el ámbito de la sanidad interior, por mediar urgencia en la elaboración de la legislación de que se trate⁶¹; adquiriría connotación de “legislación básica” porque afectaría al conjunto del Estado y al resto del ordenamiento jurídico. De este supuesto se deduce que aparte del legislador, también el poder ejecutivo gozará de competencia en la fijación de las bases sanitarias siempre que lo regule con Reglamentos.

Se admite en el desempeño de la potestad reglamentaria que el Gobierno regule de forma aislada los contornos básicos de materias por la vía del Real Decreto. Esto resulta permisible cuando se requiera dicha regulación para cumplir con el cometido estatal de fijación de bases. En ningún caso el Gobierno, como el Tribunal Constitucional, determinarán el contenido exacto de lo “básico”, ya que dicho papel queda asignado al legislador constitucional.

Desde la perspectiva formal⁶², el Tribunal Constitucional concuerda en que las bases de cualquier materia deben figurar contenidas en una norma, con rango de ley a ser posible, y en la que conste con literalidad que dicha materia es básica o de cuya estructuración se infiera con claridad el carácter básico (también denominada teoría de la “inferencia natural”). Aunque en situaciones concretas se permite incorporar bases a actos ejecutivos y reglamentos; el principio de preferencia de ley será preponderante

⁵⁹ STC 147/1991, de 4 de junio, FJ 5º letra c).

⁶⁰ Cfr. TORNOS MAS, J. La legislación básica en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. *Revista Vasca de Administración Pública*. 1991, Nº 31, pp. 280 - 281.

⁶¹ STC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2º.

⁶² Cfr. LEÓN ALONSO, M. *La protección Constitucional de la Salud*. Madrid: La Ley, 2010. pp. 390 - 391.

porque se tramitan las leyes ante las Cortes Generales (necesitándose de un consenso de la Cámara alcanzado a raíz de deliberaciones públicas); y por la gran estabilidad que reporta al ordenamiento jurídico. Se exceptúa de este principio entre otros el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

En tercer lugar, el artículo 149.1.16 ° CE encarga al Estado la coordinación general de la sanidad; asimilándose como medio que hace efectivo el principio de colaboración entre los entes autonómicos y la suma unidad de tales entes⁶³. Esta competencia focaliza en una misma dirección la funcionalidad y el trabajo de las instituciones, en alias de prevenir o solucionar problemas organizativos del sistema sanitario español. El Estado creará procedimientos en los que intervendrá con ayuda de las Comunidades Autónomas para fijar conjuntamente propósitos y estrategias en materia sanitaria, es decir, planificar la coordinación de los subsistemas comunitarios. Este hecho no debe confundirse con la recientemente tratada fijación de bases, puesto que a pesar de que ambas sean competencias estatales; la coordinación general de la sanidad se diferencia de ésta en que requiere de la previa asignación de atribuciones competenciales a los entes autonómicos (competencias que más tarde coordinará el Estado).

La coordinación se articula en base a dos metodologías: organizativa y planificadora⁶⁴. La organizativa se vale de órganos colegiados como el Consejo Interterritorial de Salud para acometer la coordinación. Este órgano, en concreto, servirá de comunicador entre los Servicios de Salud, y asumirá la coordinación de la política de adquisiciones más básica, la contratación de productos sanitarios y farmacéuticos entre otros, y demás funciones. La coordinación planificadora se emprende siguiendo los criterios generales y planes de salud recogidos en el artículo 70 de la Ley General de Sanidad de 1986, así como atendiendo al Plan Integrado de Salud; un fiel reflejo de los criterios del Gobierno para abordar coordinación sanitaria.

La última competencia estatal contemplada en el artículo 149.1.6 ° CE es la legislación sobre productos farmacéuticos. Dicha materia será regulada por el Estado a través de Leyes, normas con rango de ley y Reglamentos; pudiendo también obrar en el

⁶³ Cfr. AJA, E. *El sistema jurídico de las Comunidades Autónoma*. Madrid: Tecnos, 1985, pp. 400 - 409.

⁶⁴ Cfr. LEÓN ALONSO, M. *La protección Constitucional de la Salud*. Madrid: La Ley, 2010, pp. 399 - 400.

papel ejecutivo mientras la institución alegue razones de seguridad pública para controlar e inspeccionar⁶⁵ los productos farmacéuticos.

Finalmente, cabe hablar de la Alta Inspección, una competencia estatal figurante en los Estatutos de Autonomía. Se basa en el control por la autoridad estatal del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, sin que llegue a consolidarse éste como un control tutelar de la acción administrativa de las Comunidades Autónomas, y sin que el Estado tenga potestad sancionadora al respecto. De esta forma se comprueba la actuación de los organismos autonómicos con las debidas garantías; evitando una relación de dependencia: Comunidades Autónomas – Administración estatal.

2.3. Dotación de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas:

En el Preámbulo de la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986 se definía el Sistema Nacional de Salud como el compendio de servicios de salud eficazmente coordinados y acopiados por las Comunidades Autónomas. Según Muñoz Machado⁶⁶, para conseguir la integración de los servicios sanitarios y mantener la descentralización política vigente, resulta necesario que la gestión de los Servicios de salud de las distintas Administraciones Públicas se lleve a cabo por las Comunidades Autónomas.

Aparte de lo recogido en el *Título VIII: De la organización territorial* de la Constitución Española; la Ley General de Sanidad establece que las competencias autonómicas⁶⁷ son las figurantes en los respectivos Estatutos de Autonomía, además de aquellas otras que el Estado les transfiera o delegue. También se incluye el supuesto de que las Comunidades Autónomas se atribuyan las decisiones y actuaciones públicas contempladas en la Ley General de Sanidad y que no hayan sido reservadas de forma expresa al Estado. Los entes autonómicos deben desarrollar la legislación sanitaria partiendo de las bases fijadas por los órganos generales del Estado⁶⁸, complementar la Ley General de Sanidad, y además ejecutar la propia normativa creada por el Estado.

⁶⁵ STC 32/1983, de 28 de abril, F 3º.

⁶⁶ Cfr. MUÑOZ MACHADO, S. *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995, pp. 123 - 125.

⁶⁷ Artículos 2.2. y 41 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

⁶⁸ Cfr. LEÓN ALONSO, M. *La protección Constitucional de la Salud*. Madrid: La Ley, 2010. p. 382.

El hecho de que cada Comunidad Autónoma sea competente en materia sanitaria ha influenciado en que los entes autonómicos tomen diferentes caminos concibiendo la salud pública. Las autonomías históricas agrupan las prestaciones individuales y colectivas en dicho conjunto, a la vez que relacionan la sanidad interior con la sanidad referida en el ya estudiado artículo 149.1.16 ° CE; alejándola de la órbita de la Seguridad Social.

El resto de Comunidades Autónomas entremezclaron en una redacción difusa de su legislación los ámbitos de la Seguridad Social y de la sanidad interior. Sin embargo, todas las Comunidades Autónomas han promovido un desarrollo legislativo parejo al aprobar Leyes de Salud y demás leyes que reconocen y protegen derechos y deberes⁶⁹.

2.4. Traspaso funcional y de servicios sanitarios a los entes autonómicos:

Las Comunidades Autónomas se han enriquecido funcionalmente gracias a la sucesiva transferencia de competencias del Estado acaecidas en los últimos años.

Las autonomías históricas y otras asimiladas acogieron a comienzos de la década de 1980 competencias administrativas y organizativas en sanidad interior y Seguridad Social. Sin embargo, a estos entes no les correspondía la gestión del régimen económico de la Seguridad Social, y la Comunidad Foral de Navarra sería competente en materia de higiene. La sanidad interior englobaría la asistencia sanitaria individual; incluida en el artículo 149.1.16 ° CE y ajena al ámbito de la Seguridad Social, y la salud colectiva; identificable en el artículo 148.1.21 ° CE en la expresión “sanidad e higiene”.

Las Comunidades Autónomas constituidas por el artículo 143 CE sólo pudieron en un primer momento dotarse de las competencias atribuidas en el artículo 148.1 CE, ya que debían dejar transcurrir 5 años y reformar sus Estatutos⁷⁰ para acoger las nuevas competencias del artículo 149 CE. Ello se tradujo en que estos entes autonómicos meramente desarrollaran y ejecutaran las bases sanitarias, y concretamente para las Comunidades Autónomas de Aragón e Islas Baleares se obtuviera la competencia exclusiva en sanidad e higiene.

⁶⁹ Ibid. pp. 412 – 413.

⁷⁰ Artículo 148.2 de la Constitución Española, 29 de diciembre de 1978.

De esta manera, Muñoz Machado⁷¹ concluía que durante los comienzos descentralizadores de la sanidad no hubo una distribución competencial uniforme entre los entes autonómicos y el Estado, a la par que la materia se resquebrajaba entre los servicios de salud públicos y la asistencia brindada por la Seguridad Social. Posteriormente, habiendo transcurrido el período de 5 años exigido en el artículo 148.2 CE, y adrede de los Pactos Autonómicos de 1992, las Comunidades Autónomas referidas en el artículo 43 CE reformaron sus Estatutos de Autonomía con la intención de equipararse competencialmente a las autonomías históricas. A través del artículo 4 g) de la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de Transferencia de competencias a Comunidades Autónomas; estos entes autonómicos adquirieron competencia en ejecución de la normativa estatal sobre productos farmacéuticos.

En la década de 1990 se vuelven a modificar los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas creadas conforme al artículo 143 CE. La ordenación farmacéutica se confiere a Aragón y Canarias, y el resto de Comunidades adoptan su ejecución y desarrollo legislativo. La competencia en asistencia sanitaria del Instituto Nacional de la Salud pasa a asimilarse por las autonomías, pudiendo ejecutar legislación estatal sobre gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Las autonomías históricas son competentes para crear legislación sanitaria sin que la asistencia sanitaria se comprenda en una materia concreta. Contrariamente a las Comunidades Autónomas del artículo 143 CE, limitadas a gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social siguiendo la estela del artículo 149.1.17 ° CE.⁷²

En el año 2002 una serie de Reales Decretos de transferencia de servicios, centros y funciones del Instituto Nacional de Salud hacia las Comunidades Autónomas del artículo 143 CE. Finalmente, el Instituto Nacional de Salud⁷³ acabaría siendo reemplazado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria una vez culminado el proceso de transferencias competenciales.

⁷¹ Cfr. MUÑOZ MACHADO, S. *Derecho Público de las Comunidades Autónomas I*. 2ª edición. Madrid: Civitas, 1982. p. 564.

⁷² Cfr. LEÓN ALONSO, M. *La protección Constitucional de la Salud*. Madrid: La Ley, 2010. p. 425.

⁷³ Disposición Transitoria 3ª de la Ley General de Sanidad de 1986.

3. Los principios de igualdad y autonomía:

El artículo 139.1 CE atesora implícito en su redacción el principio de igualdad de trato o igualdad formal. De este principio deriva el reconocimiento a la ciudadanía de los mismos derechos y deberes en territorio nacional; lo que llevado al ámbito de la asistencia sanitaria se traduce en que todos los ciudadanos reciban el mismo trato de los servicios sanitarios, con independencia de la Comunidad Autónoma que los preste.

La evidencia más clara del principio de igualdad de trato se recoge en el artículo 4.c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁷⁴, al prever para los desplazamientos de personas entre Comunidades Autónomas que en aquella Comunidad donde se reciba la asistencia sanitaria; ésta se preste en semejantes condiciones y garantías a las de la Comunidad Autónoma donde el paciente residiese. El gasto sanitario derivado de la atención al desplazado será sufragado al ente autonómico que lo atendió por el Fondo de Cohesión Sanitaria, de cuya gestión se encargará el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sin embargo, el principio de igualdad ha encontrado limitaciones a su alcance por el principio de autonomía. En la jurisprudencia del Tribunal Constitucional⁷⁵ y la doctrina de Ignacio de Otto⁷⁶ se entiende que el principio de igualdad no se materializa con la más absoluta rigurosidad, porque una regulación del ordenamiento jurídico plenamente uniforme contradiría la potestad legislativa de las Comunidades Autónomas. Estos entes deben desarrollar la legislación básica, respetar las bases mínimas; pero son competentes para introducir desde su óptica diferencias respecto a otros ordenamientos jurídicos autonómicos; siempre que no discriminen atendiendo a su marco legislativo a ningún paciente ni de la propia Comunidad Autónoma ni ajeno a ella.

⁷⁴ Cfr. BELTRÁN AGUIRRE, J. L. Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales. Cuestiones en torno a la igualdad. *DS: Derecho y salud*. 2002, Vol. 10, Nº 1, pp. 20 - 21.

⁷⁵ STC 37/1981, de 16 de noviembre, FJ 2º.

⁷⁶ Cfr. MARTÍN-RETORCILLO BLAQUER, L. y DE OTTO y PARDO. I. *Derechos fundamentales y Constitución*. Madrid: Civitas, 1988. p. 54.

CAPÍTULO IV: PROBLEMAS SUSCITADOS EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA DE COVID-19

1. Hitos más relevantes en la legislación sanitaria durante la pandemia:

A mediados del mes de marzo del año 2020, los primeros efectos de la crisis sanitaria se empezaron a sentir en la población española. Ello motivó que se desplegara un entramado legislativo que regulase medidas garantistas, de prevención y combativas del coronavirus. A continuación, se repasará aquella legislación sanitaria especificando la concreta finalidad con la que se aprobó y los aspectos más relevantes de su contenido.

1.1. Análisis del Real Decreto-ley de medidas urgentes en ámbito económico y protección de salud pública:

El Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo fue aprobado como primera respuesta inmediata a los efectos negativos que la pandemia de Covid-19 estaba concatenando en la economía y salud de las familias. Este Decreto-ley se estructura en dos capítulos, dedicados ambos a sendas materias respectivamente; y sumando en total cinco artículos.

Dentro del *Capítulo I*, el artículo primero modifica el apartado 3 de la disposición adicional séptima de la Ley 9/2012, de 14 de noviembre, de reestructuración y resolución de entidades de crédito; afectando al régimen jurídico de la denominada: Sociedad de Gestión de Archivos Procedentes de la Reestructuración Bancaria. De nuevo, y modificando otro precepto legal, el artículo segundo fija entre otros aspectos la ampliación del plazo de lanzamientos de viviendas habituales hasta al menos pasados 11 años de haberse redactado el Decreto-ley; y previéndose para supuestos de vulnerabilidad o circunstancias económicas desfavorables⁷⁷. Además, el artículo tercero autorizará la conversión de una lista taxativa de sociedades constituidas en entidades bancarias⁷⁸.

⁷⁷ Artículo 1.1 de la Ley 1/2013, de 14 de mayo, de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social.

⁷⁸ Disposición adicional cuarta de la Ley 10/2014, de 26 de junio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades de crédito.

Alternando con el ámbito sanitario, el *Capítulo II* consagra medidas para proteger la salud pública. Aquí el artículo cuarto modifica la Ley Orgánica 3/1983, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública; disponiendo, en alias de asegurar el correcto abastecimiento y distribución de medicamentos y demás productos útiles en la lucha contra el virus; que la Administración Sanitaria del Estado se halle capacitada para centralizar el suministro de tales productos, y exigir requisitos para su prescripción con cierta temporalidad. El artículo quinto clasifica las situaciones de contagio, aislamiento, y restricción de desplazamiento fuera del municipio donde se ubique el domicilio o centro de trabajo de la persona; como asimiladas al accidente de trabajo.

1.2. Contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad:

La orden SND/234/2020, de 15 de marzo cede a cargo del Ministro de Sanidad (en situaciones que ejerza como autoridad competente delegada) las competencias autonómicas⁷⁹ en establecimiento de límites a la libertad de circulación, actividades suspendidas o en uso pero restringidas, establecimientos y equipamientos; y garantías del suministro de productos necesarios para la protección de la salud pública. Lo mismo sucede con las competencias locales, aunque la diferencia aquí es que la autoridad competente a nivel autonómico será quien las adopte; bien a través de solicitud interpuesta por las autoridades locales y correctamente motivada, o bien de oficio.

Existe una obligación, atribuida a las Comunidades Autónomas⁸⁰, por la cual éstas deberán comunicar al Ministerio de Sanidad la legislación elaborada y las medidas de contención del virus a nivel autonómico y local tomadas con precedencia a la entrada en vigor del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma. El objetivo es cerciorarse de que el entramado legislativo y protocolario diseñado, no encuentra puntos de discordancia entre las dos divisiones territoriales y en consecuencia denotan compatibilidad.

De nuevo, a las Comunidades Autónomas, y en adición a los centros hospitalarios públicos, y privados dotados de camas UCI, reanimación o recuperación; les

⁷⁹ Apartados 1, 2 y 4 de la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

⁸⁰ Ibid. Apartado 3.

corresponderá la obligación de informar sobre el contenido de los anexos⁸¹ dispuestos en la orden SND/234/2020, de 15 de marzo. Estos anexos se refieren a la información epidemiológica e identificativa de los centros hospitalarios, así como a los encargados de transmitir la información; y destinado con lógica a la atención de casos de Covid-19.

1.3. Acceso a productos recomendados y su precio de venta máximo:

En vista de la creciente demanda social de productos sanitarios como mascarillas quirúrgicas y guantes de nitrilo, y de protección de la salud poblacional como mascarillas higiénicas, antisépticos, geles u otros; y pretendiendo fomentar su compra para emplearlos en la lucha contra el coronavirus, se aprobó la Orden SND/354/2020, de 19 de abril, que acordaba un procedimiento para limitar el precio máximo de tales productos, y establecer en específico algunas condiciones de la venta de mascarillas.

Para fijar el precio de los productos⁸², que será finalmente adoptado por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, deberán convocarse a sus miembros en sesión extraordinaria, para deliberar y alcanzar un acuerdo de precio máximo; habiendo recibido previamente la propuesta de precio máximo realizada por la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. Tras que la Comisión fije el precio, la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia lo incluirá en un documento, posibilitando el revestimiento de la forma de certificación que expidió el secretario de este organismo, para que posteriormente se notifique o publique en el Boletín Oficial del Estado.

Precisamente, el 21 de abril de 2020 la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos acordó el importe máximo⁸³ de venta de algunos productos recomendados al público, conteniéndose en la Resolución de 22 de abril de 2020 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Se estableció que el precio de las mascarillas quirúrgicas desechables no debía sobrepasar los 0,96

⁸¹ Ibid. Apartado 5 y Anexos I, II y III.

⁸² Apartado 3 de la Orden SND/354/2020, de 19 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para garantizar el acceso de la población a los productos de uso recomendados como medidas higiénicas para la prevención de contagios por el COVID-19.

⁸³ Anexo del Acuerdo por el que se establecen importes máximos de venta al público en aplicación de lo previsto en la Orden SND/354/2020, de 19 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para garantizar el acceso de la población a los productos de uso recomendados como medidas higiénicas para la prevención de contagios por el COVID-19.

euros/unidad, así como que en el caso de los geles y soluciones hidroalcohólicas el importe máximo variaría en función de los mililitros contenidos, entre los 0,015 y 0,021 euros/ml incluyendo IVA o IGIC si correspondiese.

Finalmente, y en relación con las mascarillas higiénicas, los apartados cuarto y quinto de la Orden SND/354/2020, de 19 de abril, se destinan a especificar los datos mínimos que el etiquetado debe contener, los requisitos formales de su presentación y garantías de calidad (filtración bacteriana y respirabilidad) y seguridad, certificadas por laboratorios.

1.4. Medicamentos esenciales y Acuerdos interministeriales sobre su precio:

La Resolución de 19 de junio de 2020, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; contiene un listado de medicamentos estimados esenciales en la lucha contra la pandemia de Covid-19. Estos medicamentos se contemplan en el Anexo I de la Resolución abarcando los principios activos, dosis necesaria y forma de administración al paciente. En adición a lo anterior, la Resolución encomienda a los sujetos obligados la comunicación⁸⁴ por semana a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) de las unidades totales vendidas de cada medicamento, número de medicamentos que todavía no han sido vendidos; y previsiones respecto a la liberación y recepción de lotes.

Los Acuerdos de la Comisión Interministerial sobre el precio de los medicamentos figuran contenidos en la Resolución de 2 de mayo de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. Para los antisépticos de piel sana⁸⁵ que la AEMPS autorizó, tendrían el precio máximo de 0,015, 0,023 y 0,032 euros/ml atendiendo al formato del medicamento. El precio de los geles y soluciones hidroalcohólicas que hayan recibido autorización temporal de la AEMPS

⁸⁴ Antecedente de Hecho Segundo de la Resolución de 19 de junio de 2020, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se establece el listado de los medicamentos considerados esenciales en la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

⁸⁵ Anexo de la Resolución de 2 de mayo de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se publican los Acuerdos de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, de 28 de abril de 2020.

será de 0,021 o de 0,025 euros/ml si su formato llega hasta los 150 ml o les sobrepasa hasta alcanzar los 300 ml respectivamente.

1.5. Información y comercialización de mascarillas higiénicas:

Tras haber revisado la Orden SND/354/2020, de 19 de abril, y no haber transcurrido siquiera un año de su entrada en vigor; el Ministerio de Consumo aprobó la Orden CSM/115/2021, de 11 de febrero, por la que pretendían⁸⁶ establecer requisitos relativos a la información y comercialización de las mascarillas higiénicas y los cobertores faciales comunitarios, así como especificar la competencia técnica mínima que debían poseer los laboratorios en los ensayos con el material, y los medios de los que se valdrían para efectuar dicha práctica.

El artículo 4 de la Orden CSM/115/2021, de 11 de febrero, establece que el consumidor debe ser informado de aspectos como: operador económico responsable de la venta del producto en el territorio comunitario, lugar de origen o procedencia del producto, denominación y tipología del producto sacado a la venta, composición, sustancias o materiales usados en el proceso de fabricación, características esenciales, etc...

En lo que respecta a la comercialización de mascarillas y cobertores faciales comunitarios, el artículo 5 dispone obligaciones para los empresarios sobre seguridad del producto, eficacia en el filtrado de partículas, resistencia al respirar y condición de permeabilidad al aire; por no mencionar que en el supuesto de que los objetos fueran reutilizables, éstos demuestren cualidades de resistencia al deterioro tras lavados y de conservación del resto de propiedades.

Por otra parte, los laboratorios de ensayo⁸⁷ deberán seguir la norma UNE-EN ISO/IEC 17025 sobre “Requisitos generales para la competencia de laboratorios de ensayo y calibración”. Deben también los laboratorios acreditarse por la entidad nacional de acreditación que hubiera sido designada y siguiendo lo estipulado en la norma. Respecto a la vigilancia del mercado, se otorga libertad de actuación a las autoridades de las Comunidades Autónomas para asegurar el cumplimiento de la Orden

⁸⁶ Artículo 1 de la Orden CSM/115/2021, de 11 de febrero, por la que se establecen los requisitos de información y comercialización de mascarillas higiénicas.

⁸⁷ Ibid. Artículos 6 y 7.

CSM/115/2021, de 11 de febrero, y para investigar la competencia de los laboratorios; pudiendo recabar a los mismos la información pertinente al efecto.

1.6. Tratamiento de residuos durante la crisis sanitaria:

Una consecuencia necesaria de la crisis sanitaria fue el aglutinamiento con el paso del tiempo de residuos en centros hospitalarios, centros de salud, laboratorios, vehículos de transporte urgente y asistencia sanitaria, y hogares familiares entre otros. Con el fin de establecer una regulación que abarcara la temática; se creó la Orden SND/271/2020, de 19 de marzo, por la que se establecen instrucciones sobre gestión de residuos en la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19.

En dicha orden se recopilan reglas sobre el depósito de residuos⁸⁸, diferenciando entre aquellos originados por sujetos positivos en Covid-19 o aquellos que se hallasen en cuarentena por contacto estrecho con otro positivo (vacíos en bolsas de fracción resto), residuos provenientes de personas no positivas o que no se hallasen en cuarentena (sin especificaciones respecto al depósito), y residuos procedentes de lugares con alto número de infectados (almacenándose en bolsas especialmente identificadas).

Se encomienda la recogida y gestión de residuos al municipio donde éstos se hubieran generado; con la posibilidad de que en su tratamiento participen empresas privadas y otros particulares que dispongan de terrenos donde hacinar los desechos. Así mismo, en el Anexo de la Orden SND/271/2020 figuran recomendaciones sobre el manejo de residuos llevados a cabo de forma particular por los ciudadanos en sus hogares.

1.7. Acuerdo de vacunación “Comisión Europea – Estados miembros”:

El Acuerdo entre la Comisión Europea y los Estados miembros sobre vacunas contra la Covid-19, hecho en Madrid el 20 de julio de 2020; es de naturaleza administrativa y se configura a nivel internacional. En el mismo, la Comisión Europea se compromete a alcanzar Acuerdos de Adquisición Anticipada (APA) con las entidades fabricantes de vacunas contra el Covid-19, y así poder contrarrestar en cierta medida los efectos negativos de la pandemia en todo el territorio de la Unión Europea.

⁸⁸ Apartado 2 de la Orden SND/271/2020, de 19 de marzo, por la que se establecen instrucciones sobre gestión de residuos en la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Resulta atribuible⁸⁹ a todos los Estados miembros que forman parte del acuerdo de vacunación la adquisición propia de las vacunas. La excepción a esta regla sería la mediación de acuerdo distinto donde se asignase dicho papel a la Comisión Europea. Igualmente, para los supuestos de conclusión⁹⁰ de los APA por la Comisión, los Estados miembros participantes también adquirirán sus dosis de vacunas a través de relaciones contractuales concertadas con los fabricantes. Si el APA fuese a obligar a la adquisición de vacunas, antes de su planteamiento por la Comisión y habiendo informado previamente del cometido a los Estados miembros, los países que lo valorasen podrían excluirse de participar en el APA.

Por lo que respecta a la responsabilidad de la Comisión y de los Estados miembros⁹¹; la primera es responsable del proceso de contratación pública y de efectuar la conclusión de los APA, mientras que los Estados miembros que fueran participantes se responsabilizarían de la labor distributiva de las vacunas y empleo de las mismas según los planes de vacunación nacionales.

2. Diferenciación entre representante y delegado del Estado en la Comunidad Autónoma:

La figura del delegado del Gobierno en las Comunidades Autónomas⁹² se recoge en el artículo 154 CE perteneciente al *Título VIII: De la Organización Territorial del Estado*. Este precepto constitucional cita como función de dicho cargo la dirección de la Administración del Estado en el territorio de la Comunidad Autónoma, así como también la coordinación de la labor de dirección con la administración de la Comunidad Autónoma si ello fuera necesario. En todo caso, existe una relación de dependencia del delegado del Gobierno respecto a la Presidencia del Gobierno, ya que éste primero

⁸⁹ Artículos 2, 3 y 4 del Acuerdo entre la Comisión Europea y los Estados miembros sobre vacunas contra la COVID-19, hecho en Madrid el 20 de julio de 2020.

⁹⁰ La conclusión de APA se alcanza negociando paquetes de financiación con los fabricantes de las vacunas. Dichos paquetes darán acceso a los Estados partícipes (por derecho) a la adquisición de una cantidad determinada de dosis de la vacuna que correspondiese, y a recibir en un plazo y a cambio de un precio determinado las vacunas.

⁹¹ Artículo 6 del Acuerdo entre la Comisión Europea y los Estados miembros sobre vacunas contra la COVID-19, hecho en Madrid el 20 de julio de 2020

⁹² Cfr. BACIGALUPO SAGESSE, M. *Sinopsis artículo 154*. [Sinopsis artículo 154 – Constitución Española] [Fecha de consulta: 05/09/2022]
[<https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=154&tipo=2>]

recibirá las directrices necesarias del Ministro de Administraciones Públicas para acometer la coordinación de la Administración General del Estado de forma eficaz, además de requerir otras instrucciones sobre libertades públicas y seguridad ciudadana que serán indicadas por el Ministro de Interior.

Una vez citada y definida esta figura, debemos concretar a qué autoridades les corresponde ejercer como representantes del Estado y de las Comunidades Autónomas, y delegadas y delegantes del Estado en las Comunidades Autónomas. En primer lugar, el representante del Estado será por lógica el presidente del Gobierno Central, mientras que el representante ordinario de las Comunidades Autónomas, consagrado en el artículo 152.1 CE; se corresponde con el presidente de la propia Comunidad Autónoma. El Gobierno Central del Estado y los Ministerios desarrollan un papel delegante, es decir, delegan competencias en favor de los presidentes autonómicos para lograr una eficaz administración autonómica, y en consecuencia éstos últimos devienen como autoridades delegadas.

Para comprender mejor la problemática inmersa en estas figuras, traeremos a colación doctrina jurisprudencial reciente del Tribunal Constitucional. En la STC 183/2021, de 27 de octubre de 2021, se resolvió un recurso de inconstitucionalidad que el grupo parlamentario Vox interpuso adrede del RD 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declaró el Estado de Alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el Covid-19. Aquí se propuso la inconstitucionalidad de numerosos artículos del Real Decreto, y a su vez se cuestionaron preceptos de la Resolución de 29 de octubre de 2020.

Las autoridades competentes delegadas (presidentes de las Comunidades Autónomas y de las ciudades autónomas) son definidas en la fundamentación jurídica como aquellas dotadas de competencia para modular, flexibilizar y suspender la aplicación de las medidas que prevén los artículos 5, 6, 7 y 8 del primer Real Decreto 926/2020 formalizado, o incluso para llevar a cabo una regresión de éstas. Siempre tomarán las decisiones desde su propio criterio, y para efectuar su valoración, se valdrán de la evolución apreciable en los indicadores sanitarios, epidemiológicos, económicos, sociales y de movilidad existentes.

Cabe reseñar que las autoridades competentes delegadas barajadas en la sentencia adquirieron potestad para modificar el acuerdo de prórroga del estado de alarma sin

ninguna limitación. Sin embargo, la autorización para acometer la modificación debía ser otorgada por el Congreso de los Diputados, y se prescindió de ella, viéndose esta Cámara desposeída de la exclusiva responsabilidad constitucional de la que estaba dotada con el fin de reformar el acuerdo de prórroga del estado de alarma, siguiendo las condiciones previstas en el artículo 6.2 LOAES⁹³.

El pronunciamiento⁹⁴ del Tribunal Constitucional estimó la inconstitucionalidad y nulidad de los preceptos e incisos impugnados por el grupo parlamentario VOX al contravenir el artículo 116 CE que versaba sobre el estado de alarma así como la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

3. Problemática de la evolución del federalismo cooperativo al ejecutivo:

El federalismo cooperativo⁹⁵, como baluarte de la continua y necesaria colaboración institucional entre las Federaciones y los Estados federados que las componen, propugna en relación con la organización territorial española que el Estado Central y las Comunidades Autónomas posean competencias concurrentes. Al Estado se le atribuye un papel focalizado en la función legislativa, puesto que establece las bases mínimas del posterior desarrollo legislativo y ejecución de competencias; tareas estas dos últimas que corresponden prácticamente en su integridad a los entes autonómicos. A fin de cuentas, el Gobierno nacional⁹⁶ y los entes integrantes del Estado se complementan mutuamente, y actúan acorde al fin de llevar a cabo una plausible y eficaz gobernabilidad del territorio, sin que ello conlleve intromisiones competenciales entre los ejecutivos territoriales.

⁹³ El artículo 6.2 de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio dispone: “...sólo se podrá prorrogar (el Estado de Alarma) con autorización expresa del Congreso de los Diputados, que en este caso podrá establecer el alcance y las condiciones vigentes durante la prórroga”.

⁹⁴ STC 183/2021, de 27 de octubre de 2021. FJ 10 letra b).

⁹⁵ Cfr. MARTÍN, S. *¿Qué es el federalismo ejecutivo?* [¿Qué es el federalismo cooperativo? – El Diario] [Fecha de consulta: 05/09/2022] [https://www.eldiario.es/agendapublica/federalismo-cooperativo_132_5502673.html]

⁹⁶ Cfr. BASSANI, L. M., WILLIAM, S. et al. *I concetti del federalismo*. Milán: Giuffrè, 1995, pp. 137 - 138.

Por el contrario, el federalismo ejecutivo⁹⁷ no implica una complicidad cooperativa entre las instituciones, sino que plantea procesos de negociación entre el Gobierno estatal y los ejecutivos autonómicos para alcanzar acuerdos competenciales. Esta circunstancia confiere a las Comunidades Autónomas mayor autonomía e independencia respecto del Estado Central, y equipara sus intereses estratégicos en la negociación a los del propio Estado, aunque suelen preponderar los últimos.

Para comprender la transición entre ambas variantes federales, y su afección en la organización territorial española, traeremos a colación doctrina jurisprudencial del Tribunal Constitucional. En concreto, abordaremos la STC 148/2021, de 14 de julio de 2021, que resolvió un recurso de inconstitucionalidad planteado por el Grupo Parlamentario Vox. En dicho recurso se cuestionaba la concordancia del RD 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma, y demás Reales Decretos sobre modificación del anterior y prórroga del estado de alarma; con parte del articulado de la Constitución Española.

El Tribunal Constitucional concluyó en su fallo la estimación parcial del recurso de inconstitucionalidad al declarar inconstitucionales y nulos los apartados 1, 3 y 5 del artículo 7 del RD 463/2020, de 14 de marzo, así como las palabras: “modificar, ampliar o” del actual artículo 10.2 del RD 465/2020, de 17 de marzo. La inconstitucionalidad parcial del RD 463/2020, de 14 de marzo, provenía no de la materialidad del contenido, sino de emplear erróneamente como instrumento jurídico⁹⁸ el estado de alarma, en vez del estado de excepción. Se dejaron en suspensión determinados derechos fundamentales de la población; privándola en especial y con gran intensidad de la libertad de circulación (artículo 19 CE) y sin contar con la previa autorización del Congreso de los Diputados necesaria a tal efecto. Para el caso de los Reales Decretos 476/2020, 487/2020 y 492/2020 que prorrogaban el estado de alarma, también se entendió el mismo reproche constitucional.

Para apreciar el posible cambio de paradigma entre el federalismo cooperativo y el ejecutivo, analizaremos dos votos particulares dispuestos en la sentencia:

⁹⁷ Cfr. WATTS, R.L. *Sistemas federales comparados*. Madrid: Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, 2006, pp. 151 – 154.

⁹⁸ STC 148/2021, de 14 de julio de 2021, FJ 11º letra a) y 2º letra d).

En primer lugar, el presidente Don Juan José González Rivas⁹⁹ planteó que en supuestos de crisis sanitaria (como resultaba la epidemia de Covid-19), el Gobierno se podía ver obligado a declarar el Estado de Alarma¹⁰⁰ (artículo 116 CE) si las autoridades competentes carecían de competencias necesarias para controlar la situación. Ante la falta de margen competencial, y requiriéndose una respuesta conjunta para todo el territorio nacional, de otra forma no habría sido posible a ojos del redactor velar por la protección de los derechos a la vida (artículo 15 CE) y de la salud (art. 43). En consecuencia, las limitaciones del artículo 7.1, 3 y 5 del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo devendrían constitucionales y justificarían la asunción de potestades extraordinarias por parte del Gobierno del Estado y del Congreso de los Diputados.

De este planteamiento se extrae cómo en una situación de urgente necesidad puede variar la concepción del reparto competencial entre los ejecutivos autonómicos y el Gobierno Central. Podemos deducir que el parecido razonable con el federalismo cooperativo se encontraría en la inicial organización territorial, vigente con anterioridad a la pandemia; y donde cada institución desarrollaba sus competencias de forma autónoma y coordinada con el resto de organismos públicos. Sin embargo, la crisis sanitaria desencadenó una repentina monopolización de funciones por parte del ejecutivo Central. Así se produjo el desplazamiento hacia un federalismo ejecutivo, donde las Comunidades Autónomas reclaman competencias para hacer frente a los efectos de la pandemia; pero el ejecutivo central se muestra reticente a ello, por lo que ambos entes territoriales se disputan las competencias en un proceso donde prima el criterio del Gobierno aun habiendo resultado inconstitucional su actuación.

El voto particular del magistrado Don Andrés Ollero Tassara respaldaba la inconstitucionalidad proclamada por haberse atribuido funcionalmente al Ministerio de Sanidad (como autoridad competente delegada) el poder de modificar o ampliar el artículo 10.6 del RD 463/2020, lo cual supondría un excedente competencial. Es aquí de nuevo, donde encontramos mención hacia un conflicto de competencias propio del federalismo ejecutivo, y donde se atribuye al Ministerio de Sanidad una función que no pertenece a su régimen competencial, levantando suspicacias en la parte recurrente.

⁹⁹ Voto particular formulado por el presidente, don Juan José González Rivas sobre la STC 148/2021, de 14 de julio de 2021, pronunciada en el recurso de inconstitucionalidad núm. 2054-2020.

¹⁰⁰ Artículos 1.1 y 4 de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

CONCLUSIONES:

Como colofón a este trabajo afrontaremos la elaboración de unas conclusiones donde incidiremos en aspectos destacados del federalismo desde un enfoque crítico y personal.

Federación, federalismo y federalidad. En primer lugar, he de resaltar la importancia de conocer la diferente terminología federal para poder hablar con propiedad del federalismo resiliente. El federalismo es la ideología pactista que inspira una estructuración orgánica, a la que nos referimos como federación. El eslabón entre esa filosofía y su implementación, que varía de unos estados a otros, es lo que se podría cuantificar de la mano del término federalidad.

Cultural federal. Un conocimiento y una normalización de toda la teoría y la práctica federal debe preceder a cualquier reforma normativa en ese sentido. Conseguir que los ciudadanos valoremos la coordinación y la cooperación entre territorios e instituciones es un *prius* que garantiza un éxito federal. Este trabajo se inserta en esa corriente divulgadora que pretende afianzar dicha cultura federal.

La relación del federalismo con el regionalismo. Lo que diferencia formalmente el regionalismo del federalismo es el grado de participación de los territorios en las decisiones de la federación y a su vez el monopolio del legislativo central a la hora de aprobar los Estatutos de Autonomía (Estado Regional) frente a la plena disponibilidad normativa de los legislativos de los Estados federados respecto a sus Constituciones. Materialmente hay una continuidad en el desarrollo descentralizado de políticas públicas entre regionalismo y federalismo.

Federalismo resiliente. El federalismo resiliente se anticipó a la popularización de ese calificativo en un contexto de crisis sanitaria abogando por la necesidad de huir de modelos rígidos de organización federal, apostando por la libertad de cada Estado para aplicar y desarrollar políticas descentralizadoras especiales y específicas para su particularidad. Por tanto, no podemos hablar de un único federalismo ni a nivel comparado ni a nivel articular.

El federalismo en la Constitución Española de 1978 y en los Estatutos de Autonomía. Tanto la Constitución Española de 1978 como los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas son auténticos exponentes de un difuminado federalismo. Un articulado que sigue la senda federal al delegar competencias en los

entes autonómicos, negociar acuerdos con dichas unidades territoriales, dotarlas de mayor autonomía institucional, financiación, y reconocer sus elementos diferenciales con ánimo de satisfacer el deseo de una parte creciente de su población.

La nota común de las sucesivas reformas estatutarias se descubre en la progresiva atribución de competencias a las Comunidades Autónomas. Las distintas “oleadas” de reformas estatutarias que se han analizado hasta agosto de 2022, afianzan esa senda federalizante. Una valoración de estas reformas se sintetizaría en afirmar que por distintas vías se busca un contenido común y una homogenización de la autonomía. Unidad y descentralización, esto es federalización.

La mutación constitucional es un mecanismo útil y sencillo para afianzar nuevas interpretaciones de la Constitución, pero comporta inherentemente el riesgo de desvirtuar el contenido del articulado de la Constitución. Estas reformas estatutarias en cierto modo han desarrollado una mutación *praeter legem* en sentido federal de la Constitución

La sanidad en el bloque de constitucionalidad y su relevancia competencial. La salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social desarrollado en su plenitud que no implica necesariamente la ausencia de enfermedad o afección alguna. La Constitución Española, en el artículo 43 CE recoge dentro del *Capítulo III: De los principios rectores de la política social y económica* la protección de la salud. Tempranamente el Tribunal Constitucional STC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2º apuntó la clara naturaleza descentralizadora del Sistema Nacional de Salud. La legislación posterior se preocuparía de coordinar y cohesionar dicho sistema (Ley 16/2003, de 28 de mayo).

Los artículos 149.1.16º y 149.1.17º CE citan como competencia estatal la sanidad exterior junto con las bases y la coordinación de la sanidad a nivel general; a lo que se suma la competencia legislativa básica y sobre el régimen económico de la Seguridad Social salvando la labor ejecutiva de las Comunidades Autónomas ejecutando los servicios.

Por su parte las Comunidades Autónomas tienen como fundamento constitucional el artículo 148.1.21º CE que les atribuye la posibilidad competencial en materia de sanidad. El Estado ostenta la potestad de legislar las bases en materia sanitaria en la

sentencia 147/1991 de 4 de junio, FJ 5º; y desde allí desplegará su potestad de coordinación, organizativa y planificadora.

Igualdad y autonomía en el ámbito de la sanidad. La evidencia más clara del principio de igualdad de trato se recoge en el artículo 4.c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, al prever para los desplazamientos de personas entre Comunidades Autónomas. Sin embargo, el principio de igualdad ha encontrado limitaciones a su alcance por el principio de autonomía, limitaciones que se han magnificado en unas coordenadas de crisis sanitaria.

Crisis sanitaria y afectación a la forma territorial de Estado en España. La salud como motor del federalismo resiliente:

Las diferentes regulaciones que aplicaron el Estado de Alarma en este contexto de crisis sanitaria marcaron una postura errática en lo que concierne a la vinculación de sanidad y competencias autonómicas. Las claves son los conceptos de autoridad competente y autoridad competente delegada. A partir de ahí, se proyectarán distintas actuaciones y medidas urgentes en el ámbito económico, en la gestión de la información, en el acceso a productos recomendados y la fijación de su precio de venta máximo o en los medicamentos esenciales.

Epicentro del conflicto: autoridad competente versus autoridades competentes delegadas. La autoridad competente en el estado de alarma es el Gobierno. (STC 148/2021 de 14 de julio, FJ 5.a). A partir de ahí, se fueron introduciendo distintas matizaciones con afectación competencial destacando que aquellas actuaciones que recaigan en el ámbito competencial de las Comunidades Autónomas se adoptarían por el Ministro de Sanidad (Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, artículo primero). Sin embargo, los Reales Decretos 926 y 956 de 2020 respectivamente de 25 de octubre y 3 de noviembre consideran autoridades competentes delegadas a quienes ostenten la presidencia de la Comunidad Autónoma o ciudad autónoma con Estatuto de Autonomía. Es decir, un federalismo ejecutivo. El Tribunal Constitucional determinó que esta decisión es “inconciliable “con la Constitución” inadmitiendo que exista una autoridad competente diferente al Gobierno para la gestión de la situación de anormalidad propiciada por el estado de alarma (STC 183/2021, de 27 de octubre, FJ 10. D) iii). La clave es la desapoderación del Congreso de los Diputados para fiscalizar y supervisar la actuación de dichas autoridades.

Federalismo ejecutivo y federalismo cooperativo en un contexto de crisis sanitaria en España. El Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud fue el eslabón por el que se quiso ejecutar una mutación de un federalismo ejecutivo a un federalismo cooperativo. Sin embargo, su rechazo por el Tribunal Constitucional reforzó la idea de que en la actualidad el modelo federal existente en España es el de un federalismo ejecutivo en el que el Gobierno Central tiene una posición preeminente. Por lo tanto, la clave es la no delegación de responsabilidades que se han de responder únicamente ante el Congreso de los Diputados.

REFLEXIÓN FINAL:

El federalismo que se ha aplicado en España en un contexto de pandemia ha subrayado su caracterización como resiliente, sobre el mismo, se han proyectado las presiones de unas Comunidades Autónomas deseosas de tener más competencia y más poder pero no dispuestas a asumir responsabilidades. El reforzamiento del ejecutivo central ha sido paralelo a una debilitación de los parlamentos autonómicos. Es importante recordar que la Constitución y su artículo 152.1 CE reconoce que los presidentes de las Comunidades Autónomas son los representantes ordinarios del Estado en aquellas. Los representantes de la institución estatal podrían haber sido objeto de fiscalización y control por parte del Congreso, con lo que se hubieran flexibilizado las medidas a adoptar sin renunciar a las garantías constitucionales.

BIBLIOGRAFÍA:

MONOGRAFÍAS:

AJA, E. *El sistema jurídico de las Comunidades Autónoma*. Madrid: Tecnos, 1985, pp. 1 - 480.

BASSANI, L. M., WILLIAM, S. et al. *I concetti del federalismo*. Milán: Giuffrè, 1995, pp. 1 - 562.

BOWIE, R. y FRIEDRICH, C. J. *Études sur le fédéralisme.*, Paris: *Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence*, 1960, pp. 1 - 699.

BURGESS, M. *Comparative Politics: Theory and Practice*. Londres: Routledge, 2006, pp. 1 - 357.

CARMONA CUENCA, E. *El Estado social de Derecho en la Constitución*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2000, pp. 1 - 198.

DUCHACEK, I. *Comparative Federalism. The territorial dimension of Politics*, New York: University Press of America, 1987, pp. 1 - 370.

ELAZAR, D. J. *Exploración del federalismo*. Barcelona: Hacer, 1991, pp. 1 - 384.

ESCOBAR ROCA, G. *Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria*. Navarra: Aranzadi, 2012, pp. 1 - 2400.

JENKIN T. P. *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. Madrid: Ediciones Aguilar, 1979, pp. 1 - 778.

KUMARASINGHAM, H., *Constitution-maker. Selected writings of Sir Ivor Jennings*. London: University of Cambridge, 2015, pp. 1 - 306.

LEÓN ALONSO, M. *La protección Constitucional de la Salud*. Madrid: La Ley, 2010, pp. 1 - 567.

MARTÍN-RETORCILLO BLAQUER, L. y DE OTTO y PARDO. I. *Derechos fundamentales y Constitución*. Madrid: Civitas, 1988, pp. 1 - 176.

MONTILLA MARTOS, J. A. *Reforma federal y Estatutos de segunda generación como modelo para la reforma federal de la Constitución*. Pamplona: Aranzadi, 2015, p. 225.

MUÑOZ MACHADO, S. *Derecho Público de las Comunidades Autónomas. Tomo I*. 2ª edición. Madrid: Civitas, 1982, pp. 1 - 634.

MUÑOZ MACHADO. S. *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995, pp. 1 - 180.

NAVARRO MUNUERA, A. *La conflictivitat competencial. Sanitat*, Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics, 1996, pp. 1 - 208.

SEIJAS VILLADANGOS, M. E. *Configuración asimétrica del sistema de Comunidades Autónomas*. León: Universidad de León, 2003, pp. 1 - 1000.

WATTS, R.L. *Sistemas federales comparados*. Madrid: Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, 2006, pp. 1 - 263.

CAPÍTULOS DE MONOGRAFÍAS:

APARICIO TOVAR, J. “El derecho a la protección de la salud. El derecho a la asistencia sanitaria”. En: J. I. MONEREO PÉREZ, C. MOLINA NAVARRETE et al. *Comentario a la Constitución socio-económica de España*. España: Comares, 2002, pp. 1 - 2112.

BORRAJO DACRUZ, E. “Artículo 43. Protección de la salud”. En: A. PÉREZ CALVO, A. LÓPEZ PINA et al. *Comentarios a la Constitución Española. Tomo IV* –

Artículos 39 a 55 de la Constitución Española de 1978. Madrid: Edersa, 2006, pp. 165 - 198.

DE OTTO, I. “Sobre la verdadera naturaleza del Estado de las autonomías y la relación entre la Constitución y los Estatutos” y “La prevalencia del derecho del Estado” En: I. DE OTTO. *Estudios sobre derecho estatal y autonómico*. Madrid: Civitas, 1986, pp. 21 - 42 y 45 - 97.

GARCÍA COTARELO, J. “Federalismo, autonomismo y jurisdicción constitucional”. En: E. ÁLVAREZ CONDE. *Diez años de régimen constitucional*. Madrid: Tecnos, 1989, p. 416. pp. 399 - 420.

JÍMENEZ CAMPO, J. “Artículo 53. Protección de los derechos fundamentales”. En: O. ALZAGA VILLAMIL. *Comentarios a la Constitución española de 1978. Tomo IV*. Madrid: Cortes Generales-Editoriales, 1996, pp. 439 - 530.

MARCOS MARTÍN, T. y QUESADA ALCALÁ, C. “Influencia de la Unión Europea en la protección de la Salud en España”. En: A. FERNÁNDEZ-CORONADO y S. PÉREZ ÁLVAREZ. *La protección de la Salud en tiempos de crisis. Nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2014, pp. 31 - 60.

SEIJAS VILLADANGOS, M. E. “Federalismo resiliente: Vanguardia y retaguardia de una nueva organización territorial del Estado español”. En: G. RUIZ-RICO RUIZ, S., A. J. PORRAS NADALES et al. *Regeneración democrática y reforma constitucional*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2017, pp. 303 - 343.

SEIJAS VILLADANGOS, M. E. “Significado de los nuevos derechos en el proceso de eventual federalización del modelo autonómico. El grado de federalidad del Estado español”. En F. J. MATIA PORTILLA. *Pluralidad de ciudadanías, nuevos derechos y participación democrática*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales: 2011, pp. 257 - 286.

SEIJAS VILLADANGOS, M. E. “Organización territorial del Estado y Castilla y León”. En: I. SÁEZ HIDALGO. Derecho público de Castilla y León. Valladolid: Lex Nova, 2009, pp. 39 - 61.

TRUJILLO, G. “Federalismo y regionalismo en la Constitución española de 1978: el Estado «federo-regional»”, En: G. TRUJILLO. Federalismo y regionalismo. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1979, pp. 13-48.

WATTS, R. “Contemporary views on federalism”. En: B. DE VILLIERS. *Evaluating federal systems*. Dordrecht: Springer, 1994, p. 135 - 156.

ARTÍCULOS DE REVISTAS:

BELTRÁN AGUIRRE, J. L. Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales. Cuestiones en torno a la igualdad. *DS: Derecho y salud*. 2002, Vol. 10, Nº 1, pp. 15 – 28.

BLASCO LAHOZ, J. F. Sanidad exterior: concepto, contenido y competencia (a propósito de la Sentencia del Tribunal Constitucional 329/1994, de 15 de diciembre). *Tribunal social: Revista de seguridad social y laboral*. 1995, Nº 54, pp. 41 – 48.

DE BLAS GUERRERO, A. Lecturas sobre la Constitución española. Tomo I. *Revista de derecho político*. 1978, Nº 2, pp. 220 – 221.

TORNOS MAS, J. La legislación básica en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. *Revista Vasca de Administración Pública*, 1991, Nº 31, p. 275 – 290.

SITIOS WEB:

BACIGALUPO SAGESSE, M. *Sinopsis artículo 154*. [Sinopsis artículo 154 – Constitución Española] [Fecha de consulta: 05/09/2022]

[<https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=154&tipo=2>]
]

MARTÍN. S. *¿Qué es el federalismo ejecutivo? [¿Qué es el federalismo cooperativo? – El Diario] [Fecha de consulta: 05/09/2022].*
[https://www.eldiario.es/agendapublica/federalismo-cooperativo_132_5502673.html]

Ministerio de Política territorial. *Procesos de reforma de los Estatutos de Autonomía* [Procesos de reforma de los Estatutos de Autonomía] [Fecha de consulta: 05/08/2022].
[https://www.mptfp.gob.es/portal/politica-territorial/autonomica/Estatutos_Autonomia/Estatutos_reformas.html].

MONTAGUT. E. *Cantonalismo* [Cantonalismo - EcuRed] [Fecha de consulta: 29/7/2022] [<https://www.elobrero.es/opinion/8666-cantonalismo.html>].

LEGISLACIÓN:

Acuerdo entre la Comisión Europea y los Estados miembros sobre vacunas contra la COVID-19, hecho en Madrid el 20 de julio de 2020. (Art. 2, 3, 4 y 6).

Acuerdo por el que se establecen importes máximos de venta al público en aplicación de lo previsto en la Orden SND/354/2020, de 19 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para garantizar el acceso de la población a los productos de uso recomendados como medidas higiénicas para la prevención de contagios por el COVID-19. (Anexo).

Boletín Oficial de las Cortes, nº 157, 6 de octubre de 1978.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. (Preámbulo).

Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978.

Dictamen del Consejo Consultivo de Castilla y León, 14 de septiembre de 2006. (p. 21).

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Art. 2.2. y 41, y Disposición Transitoria 3ª)

Ley Orgánica 1/2021, de 15 de febrero, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia

Ley Orgánica 1/2022, de 8 de febrero, de reforma de la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, para la supresión del aforamiento de los Diputados y las Diputadas del Parlamento de las Illes Balears y de los miembros del Gobierno de las Illes Balears.

Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. (Art. 13.2. c, d y f. y 91).

Ley Orgánica 2/2021, de 23 de marzo, de reforma de la Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria, para la eliminación del aforamiento de los Diputados y Diputadas del Parlamento y del Presidente y Consejeros del Gobierno.

Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

Orden CSM/115/2021, de 11 de febrero, por la que se establecen los requisitos de información y comercialización de mascarillas higiénicas. (Art. 1, 6 y 7).

Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/271/2020, de 19 de marzo, por la que se establecen instrucciones sobre gestión de residuos en la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (Apartado 2)

Orden SND/354/2020, de 19 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para garantizar el acceso de la población a los productos de uso recomendados como medidas higiénicas para la prevención de contagios por el COVID-19. (Apartado 3).

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Resolución de 19 de junio de 2020, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se establece el listado de los medicamentos considerados esenciales en la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (Antecedente de Hecho Segundo y Anexo I).

Resolución de 2 de mayo de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se publican los Acuerdos de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, de 28 de abril de 2020. (Anexo).

Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (Artículo 168)

JURISPRUDENCIA:

STC 1/1982, de 28 de enero, FJ 1º.

STC 109/2003, de 5 de junio, FJ 3º.

STC 119/2001, de 14 de mayo.

STC 147/1991, de 4 de junio, FJ 5º, letra c).

STC 148/2021, de 14 de julio de 2021, FJ 11º letra a) y 2º letra d).

STC 160/2007, de 2 de julio.

STC 183/2021, de 27 de octubre de 2021. FJ 10 letra b).

STC 194/1998 de 1 de octubre, FJ 4°.

STC 199/1987, de 16 de diciembre, FJ 3°.

STC 220/2005 de 12 de septiembre.

STC 32/1983, de 28 de abril, F 2°.

STC 329/1994, de 15 de diciembre, FJ 2°.

STC 33/1982, de 8 de junio, FJ 3°.

STC 35/1996, de 11 de marzo.

STC 37/1981, de 16 de noviembre, FJ 2°.

STC 76/1983, de 5 de agosto, FJ 13°.

Voto particular formulado por el presidente, don Juan José González Rivas sobre la STC 148/2021, de 14 de julio de 2021, pronunciada en el recurso de inconstitucionalidad núm. 2054-2020.