

El Derecho a la Salud y Su Regulación en el Marco del Nuevo Sistema Sanitario de Aseguramiento Universal*

ORLANDO VIGNOLO CUEVA

Doctorando por la Universidad de Zaragoza (España), Abogado por la Universidad de Piura (Perú), Abogado Asociado del Estudio Echeopar (Perú), Profesor de Metodología de la Investigación Jurídica (Sección Derecho Administrativo) de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Submissão: 01.02.2011

Parecer 1: 13.02.2011

Parecer 2: 24.02.2011

Decisão Editorial: 24.02.2011

RESUMEN: El derecho constitucional a la protección de la salud es la noción básica para diagramar cualquier construcción jurídica sobre los sistemas sanitarios y su regulación por parte de las Administraciones Públicas competentes. No puede entenderse, ni siquiera en mínimas cuotas de implementación de este segundo entramado conceptual, sin antes asumir el contenido de este derecho y la debida tutela que debe hacer el Estado sobre éste, más si su despliegue causa directo impacto en la esfera del titular y en la propia sociedad. El presente trabajo toma cuenta este presupuesto, con algunas otras consideraciones preliminares (como la importancia y definición de salud pública), para presentar el nuevo proceso de sanidad denominado aseguramiento universal en salud, instaurado a partir de la entrada en vigor de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, Ley 29.344. Dicho dispositivo plantea, en los lugares del país donde se instaure, un esquema de integración de los aparatos públicos y privados de asistencia sanitaria y la creación de una nueva organización de regulación denominada Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, la cual deberá supervigilar su correcto funcionamiento y consecución de las finalidades públicas normativamente impuestas.

PALABRAS CLAVES: Aseguramiento universal en salud; estado de bienestar; asistencia sanitaria; sistemas sanitarios públicos; principio de solidaridad social; derecho a protección la salud; salud pública; colectivización de la asistencia sanitaria; regulación.

SUMARIO: I – Nociones generales y presentación de la cuestión; II – El derecho a la protección de la salud (en específico la facultad a la asistencia sanitaria); III – La salud como servicio público compartido; IV – La regulación del nuevo proceso salud pública denominado aseguramiento universal en salud.

* Este trabajo va dedicado a los abogados de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud del Perú, cuerpo de letrados que labora incasablemente por convertir a la institución ministerial y al resto de Administraciones Públicas Sanitarias existentes, en verdaderas organizaciones del Poder Público sometidas a los mandatos y límites del Estado Constitucional de Derecho.

I

La actividad sanitaria ha pasado prácticamente desapercibida para la doctrina nacional de Derecho administrativo, salvo por unas pocas publicaciones que han tratado con alguna suficiencia nociones alrededor del contenido constitucional del derecho a la protección a la salud reconocido en la primera parte del artículo 7 de la actual Constitución y otros comentarios de piezas jurisprudenciales del Tribunal Constitucional que versan sobre su reclamación o se conectan íntimamente con otros derechos del mismo rango (derecho a la vida)¹. Tales omisiones resultan extrañas ya que la salud pública, objeto estelar de todo tipo de actuación administrativa sanitaria, es ante todo un bien indispensable para conseguir cuotas altas de bienestar general en una determinada sociedad, y, por tanto, deudora de especiales consideraciones y tratamientos jurídico-administrativos. Más todavía, en los tiempos actuales, una de sus facultades – la asistencia sanitaria – se ha convertido en “en uno de los derechos sociales más importantes cuya tutela exigen los miembros de las sociedades avanzadas”².

En el mismo sentido, la intervención de las organizaciones administrativas en la salud pública es uno de los ejercicios de potestad pública más gravitantes para garantizar el deber estatal de “promoción del bienestar general que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación”, impuesto por nuestro Constituyente en el artículo 44 de la Carta Magna. Por tanto, partiendo por entender adecuadamente su papel, el derecho a la protección de la salud es un medio ineludible para que el Estado “lleve a cabo su función equilibradora y moderadora de las desigualdades sociales [...] lo que se traduce en determinados derechos y prestaciones, directas o indirectas, por parte de los poderes públicos”³.

Si se quiere la *salud pública*, tomando a la persona como el centro de su atención, es el sector que permite la existencia de otros, puesto que la “base irremplazable de todo desarrollo es, sin duda alguna, el hombre. Sin él de nada valen los instrumentos o las técnicas de desarrollo. Y es precisamente al hombre a quien se dirigen los beneficios de la salud pública. Un hombre radical y esplendorosamente sano es lo que busca la salud pública y lo que necesita el desarrollo. La acción sanitaria suministra, incontrovertiblemente, a la comunidad en desarrollo individuos más sanos en un quíntuple sentido: primero, aumentando la vida de los ciudadanos; segundo, disminuyendo la mortalidad

- 1 Al respecto, puede revisarse el trabajo de Villanueva Flores, Rocio, *Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo*, Palestra, Lima, 2009, p. 30-56. Sobre el segundo punto, resulta interesante revisar la reciente publicación del monográfico sobre el derecho a la vida recogido en *Revista de Derecho Humanos*, Instituto de Derechos Humanos y la Democracia de la Universidad de Piura – Palestra, volumen 1, año 2010. El reconocimiento constitucional de este derecho es una cuestión repetida en otros ordenamientos, así el artículo 32 de la vigente Carta magna italiana reconoce de manera mucho más explícita que la “República tutela la salud como derecho fundamental del individuo y en interés de la colectividad y garantiza la atención médica gratuita de los indigentes. No podrá obligarse a nadie a seguir un tratamiento sanitario sino por disposición de la ley. La ley no puede en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto de la persona humana”.
- 2 PEREZ-LUÑO, Antonio Enrique. *La tercera generación de derechos humanos*. Navarra: Thomson-Aranzadi, 2006. p. 136.
- 3 Idem, p. 295.

general; tercero, trasladando esta mortalidad a edades ‘más razonables’; cuarto, eliminando las razones conocidas del riesgo de enfermar; quinto, desarrollando sus capacidades físicas”⁴.

Estas calidades obligan a un *papel primordial* de los Poderes Público en pos de salvaguardar el derecho antes descrito, a fin de hacer viable la expectativa legítima de los privados, aunque carácter marcadamente imperfecta por los problemas de reconocimiento y tutela judicial existentes, de que estas organizaciones coloquen “en situación razonablemente posible la defensa o el restablecimiento del estado de salud de todos los ciudadanos”⁵. Todo esto, sin descuidar – claro está – las posibilidades de colaboración en la consecución de estos deberes por parte de los particulares, puesto que la protección de salud permite ligar y coincidir “tanto al interés particular como el de la colectividad”, siendo un medio de impulso para materializar el *principio de solidaridad social*, “en cuya virtud resulta justificado, también por el bien de todos [...] que el empleo de los recursos públicos sea destinado a la tutela de la salud de cada individuo considerado a título singular”⁶.

Ahora bien, con ánimo de expurgar nociones a fin de paliar lo que Martin Mateo llamó una “jungla conceptual”⁷, debe uno detenerse analizar ciertas definiciones que – a priori – podrían estar emparentadas, ligadas desde la complejidad técnica, o simplemente permanecen entre nosotros en virtud del traslado hecho por las ciencias de la salud al lenguaje cotidiano⁸. Sin embargo, en virtud de su finalidad y ámbito materialmente reconocible, para el Derecho Administrativo es urgente asumir a la *salud pública* como las actuaciones o medidas de tutela o protección hecha por los Poderes Públicos competentes recaídas sobre la salud de la población⁹ (en el caso peruano a través de los ejercicios regulares del Legislador, la nueva misión esencialmente “reguladora” de la Administración Central, el activo papel prestador de los Gobiernos regionales, el no menos importante rol de las Municipalidades y, finalmente, mediante las actuaciones jurisdiccionales requeridas a los Magistrados de la República). Este concepto se aleja de la llamada *salud comunitaria* “que adiciona la participación de la colectividad”¹⁰, o de otros como la *protección de la salud o control sanitario del ambiente* que centran su mirada en “actuaciones médicas dirigidas a la evitación de la incidencia de enfermedad”¹¹.

4 YUSTE GRIJALVA, Francisco. Salud pública y desarrollo. *Revista Documentación Administrativa*, n. 114, p. 31, 1967.

5 BALBONI, Enzo. Tendencias de los servicios sanitarios y sociales. *Revista Documentación Administrativa*, n. 248-249, p. 234, 1997.

6 Idem, ibidem.

7 MARTIN MATEO, Ramón. Medicina preventiva, economía y derecho. Un sistema inescindible. *Revista de Administración Pública*, n. 145, p. 30, 1998.

8 Cf. PIEDROLA GIL, G. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Salvat, 1990. p. 11-25.

9 Cf. MARTIN MATEO, Ramón. Op. cit., p. 30-31.

10 Idem, p. 30.

11 Idem, ibidem.

Entonces, asumiendo correctamente los alcances de *salud pública* debemos entender que en nuestro país, desde marzo del año pasado, ha existido un nuevo “proceso” de acceso y disposición de un “seguro de salud” para toda la “población residente en el territorio nacional”, el cual definitivamente ha impactado en la configuración y desempeño de nuestro concepto. El Legislador, a través de la emisión de la denominada Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud – Ley 29.344 (en adelante LMAUS), ha terminado por tomar en serio la necesidad – según términos de su ámbito objetivo recogido en el artículo 1 – de “garantizar el derecho pleno y progresivo” a la protección de la salud, sin ningún tipo de discriminación y en todas las “etapas de la vida” de los seres humanos (al respecto, ver el expresivo artículo 5 del novísimo Reglamento de la Ley 29.344 aprobado por Decreto Supremo 008-2010-SA).

Este proceso de “salud pública” se instaura en medio de un *maremágnum* de sistemas sanitarios ya existentes, cada uno de ellos distintos entre sí (los hay de naturaleza pública y privada, o conformados, sin indicarlo expresamente, bajo la fórmula del aún desconocido contrato público denominado concierto¹²), cada cual, si son practicados por organizaciones administrativas, con cuotas altísimas de autonomía funcional positivamente reconocidas¹³ y todos ellos au-

12 El *concierto* es un modelo contractual de gestión de servicios públicos celebrado con una “persona natural o jurídica que venga realizando prestaciones análogas a las que constituye el servicio público del que se trate”, es decir plantea la puesta en marcha de asistencia sanitaria mediante medios ajenos a la organización administrativa. En el Derecho español, esta definición aparece recogida del artículo 156 de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, Ley nº 30/2007, y se lleva a cabo a partir de que la Administración sanitaria concierte “con centros sanitarios privados la prestación de atenciones sanitarias. Tales centros deberán ser previamente homologados por la propia Administración, acto por el que éstas declaran a aquellos aptos para celebrar conciertos en virtud de unos requisitos técnicos-económicos determinados por las prestaciones a desarrollar. La Administración realiza así una clasificación de los centros sanitarios de la que va a depender la cuantía de las tarifas que van a poder percibir por las prestaciones”. *Vid.* Fuentetaja Pastor, Jesús, “La intervención de la Administración en la sanidad” en el Vol. Col. coordinado por E. Linde Paniagua. *Parte especial de derecho administrativo*. La intervención de la administración en la sociedad. Colex, Madrid, 2007. p. 1087-1088. En la doctrina italiana, la Ley de Reforma del Servicio Sanitario Nacional, Ley nº 833/1978 estableció la participación de los privados a través de la celebración de conciertos (convenzioni), permitiendo que éstos se insertaran en el Servicio Sanitario Nacional (o SSN), se beneficiaran de una financiación pública y prestaran asistencia sanitaria por cuenta del SSN, “pero conservando una identidad propia”. *Vid.* Juan Pemán Gavín, “La reforma sanitaria en Italia” en *Revista de Administración Pública*, n. 106, p. 369, 1985. El concierto, bajo los linderos explicados, aún no tiene reconocimiento positivo en nuestras normas sanitarias y de contratación administrativa. Sin embargo, ciertas consideraciones de esta especie han aparecido de manera más precaria con las denominadas “Comunidades Locales de Administración de Salud” o comúnmente conocidos como CLASS, regulados por la Ley nº 29.124 y su reglamento aprobado por el Decreto Supremo 017-2008-SA. Esta personas jurídicas son creadas ex profeso para participar y cogestionar “los establecimientos de salud del primer nivel de atención”, utilizando para este propósito – principalmente – fondos y bienes públicos. Posteriormente, durante la práctica de sus actividades, ellos son objeto de fiscalización, vigilancia o supervisión por parte de los Gobiernos Regionales en diferentes aspectos (financiera, sanitaria, de recursos humanos, etc.). Esta fórmula que merece ciertos afinamientos, implica sólo la disposición de ciertos medios y bienes por parte de estos sujetos privados, pero no implica en lo absoluto una previa experiencia en la prestación de los servicios sanitarios, ni un análisis administrativo preliminar de sus capacidades técnicas o materiales para brindar la atención primaria preceptuada por las normas antes expuestas.

13 Por ejemplo, la seguridad social gestionada por Essalud, uno de los más grandes regímenes de prestaciones sanitarias existentes en nuestro país, tiene reconocida la “intangibilidad” de sus fondos y reservas, así como la “autonomía administrativa, económica, financiera y presupuestal” de su gestor. Todo esto, en virtud del artículo 1 de la Ley nº 28.006, Ley que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social y restituye la autonomía administrativa, económica, financiera y presupuestal de Essalud.

ténticas “piezas de distinta titularidad” descoordinadas y desligadas una de la otra. Así, contamos actualmente con la seguridad social gestionada por el Seguro Social de Salud o también llamado Essalud, la sanidad policial, la sanidad militar compuesta conjuntamente por los tres institutos de las fuerzas armadas, el sistema sanitario gestionado por las llamadas “entidades prestadoras de salud”, los aparatos sanitarios de los Gobiernos Regionales recientemente conformados a partir de las transferencias de potestades efectuadas por el Ministerio de Salud, el sistema sanitario regentado por el Seguro Integral de Salud, otros sistemas de alcance territorial reducido (tales como los denominados “Hospitales y establecimientos de la Solidaridad”, centros municipales de atención primaria, establecimientos de las Beneficencias Públicas encargados de brindar prestaciones sanitarias o asistencia pública a los más desfavorecidos, entre otros). Sin perjuicio, de los “privados” fondos de salud, los seguros de salud gestionados por compañías de seguros, autoseguros, entre otros.

Tan desintegrados han sido nuestros procesos de salud pública que ni siquiera comparten mecanismos similares de financiación, pues existen los que se sostienen exclusivamente del pago de cotizaciones efectuadas por sus respectivos afiliados o los jurídicamente responsables por estas obligaciones pecuniarias (los empleadores), aparecen algunos contados sistemas excepcionales, que en su afán de brindar cobertura gratuita a puntuales colectivos (personas de escasos o nulos recursos), imputan directamente sus costos al presupuesto público. Finalmente, tenemos un gran número de regímenes netamente “públicos” que viven tanto de cotizaciones como de transferencias públicas. Sobre este punto específico ¿Nuestro ordenamiento jurídico ha olvidado acaso que la integración es una *necesidad*? Más allá, de los componentes organizacionales (racionalización del sistema y armonización de sus partes), la salud pública de los actuales momentos necesita asumir las cercanas vinculaciones entre todas las actividades y servicios propiamente sanitarios y sus destinatarios, ya que estos últimos requieren una *sanidad integral e integrada*, capaz de responder de manera similar en todos los niveles socio-económicos de la población y en cualquier circunscripción territorial del país¹⁴.

Entonces, según la anterior advertencia, cabría reflexionar si el aseguramiento universal en salud nace como un proceso “más” de salud pública, o es acaso la solución legislativa para afrontar y cerrar definitivamente con esta profunda *desintegración* que rebaja las posibilidades de los ciudadanos para acceder en condiciones de igualdad efectiva a las prestaciones sanitarias en todo el territorio nacional, con ciertos niveles de control, coordinación y calidad de las mismas. Al menos, de lo que tenemos normado hasta ahora, nuestro objeto de estudio se encuentra bajo el ámbito del principio de “unidad” (literal 3 del artículo 4 de la LMAUS), en tanto, este sistema debe ser el régimen articulador

14 Cf. MARTIN MATEO, Ramón. Ordenación pública del sector salud. *Revista de Administración Pública*, n. 84, p. 377-378, 1977.

de “políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la presente Ley”. Entonces, a priori, pareciera que el Legislador ha encomendado a la Administración Sanitaria que en aquella circunscripción territorial donde se implante el aseguramiento universal en salud (mediante la instauración de las correspondientes “regiones piloto” escogidas por ser zonas de pobreza y extrema pobreza) aparezca la *integración* como principio informador del sistema sanitario público, definiéndose de manera conjunta y completa todos los servicios y las carteras de prestaciones sanitarias¹⁵. Esto no es otra cosa que la búsqueda de unidad de respuesta orgánica y funcional para tutelar la salud de los ciudadanos¹⁶.

Pues bien, las atenciones por indagar alrededor de las peculiaridades de este nuevo sistema de sanidad pública y sus efectos jurídicos, no deben hacernos olvidar que las explicaciones sobre el concepto y articulación de estos regímenes no pasan por definirlos o no como servicios públicos, o por encontrar divergencias o cercanías entre la salud pública y el mercado, o por estimar como mejor o peor la presencia pública en este sector, sino por afrontar las consideraciones y linderos del derecho constitucional a la protección a la salud. Por tanto, en el presente trabajo ataremos el aseguramiento universal en salud y todo el nuevo aparataje de regulación creado por la LMAUS y su reglamento aprobado por Decreto Supremo 008-2010-SA al contenido constitucional de este derecho individual, luego continuaremos con las explicaciones sobre el carácter de servicio público o no de los servicios de salud, para culminar con las cuestiones surgidas desde la nueva Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud creada por el artículo 9 de la LMAUS (en adelante Sunasa) y sus funciones para lograr que nuestro objeto de estudio se convierta en un mínimo para encaminar la salvaguarda de la salud¹⁷.

II

Este breve acápite nos servirá para indagar alrededor del contenido constitucional de la protección a la salud, si se quiere para reconocer las facultades principales que se instauran alrededor de un derecho que aunque constitucional, necesita de una importante labor legislativa para configurarse y de otras tantas prestaciones y actividades de diversos Poderes Públicos para hacerse efectivo

15 Las normas peruanas del aseguramiento universal en salud plantean diferencias, basados en argumentos estrictamente sanitarios, entre condiciones asegurables, prestaciones e intervenciones. Se pueden revisar dichas distancias conceptuales en el artículo 11 de la LMAUS. Para nuestro trabajo debemos entender el concepto jurídico-administrativo de prestación, como la actividad de distinto contenido destinada a la salvaguarda del interés público.

16 Cf. FUENTETAJA PASTOR, Jesús. “La intervención de la Administración en la sanidad” en el Vol. Col. coordinado por E. Linde Paniagua. *Parte especial de derecho administrativo*. La intervención de la administración en la sociedad. Madrid: Colex, 2007. p. 1079.

17 Cf. BALBONI, Enzo. Op. cit., p. 233.

en el caso concreto. Al respecto, nuestra Carta Magna ha recogido las dos situaciones anteriores, así el propio artículo 7 de la Carta Magna reconoce este derecho en posición individual y colectiva (“medio familiar” y “comunidad”) pero sin mostrar mayores luces sobre como puede desplegarse, es más extrañamente instituye exigencias a sus titulares cuando indica que éstos deben asumir “el deber de contribuir a su promoción y defensa”. A reglón seguido, los artículos 9, 10 y 11 plantean una serie de obligaciones al Estado, todas ellas urgidas de una posterior concreción legislativa y reglamentaria, indicando que éste es el responsable para determinar “la política nacional de salud”, especificando que las principales tareas de este emprendimiento recaen en el Poder Ejecutivo pues éste “norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”. Luego, el Constituyente responsabiliza al Estado, en lo que sea jurídicamente pertinente, por “el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social”. Finalmente, plantea el rol garantizador que deberá cumplir para asegurar “el libre acceso a prestaciones de salud [...] a través de entidades públicas, privadas o mixtas”.

Tales argumentos plantean algunas cuestiones que merecen explicadas, antes de entrar al detalle del contenido del derecho a la protección a la salud. Primero, existe un papel preponderante e ineludible de los Poderes Públicos para asumir varias *funciones públicas* cuyo fin siempre será la salvaguarda de la salud pública, por tanto los deberes estatales preceptuados por la Constitución constituyen el reforzamiento de la presencia pública en este sector de actuación, sin que esto signifique que la actividad sanitaria no pueda ser practicada por los privados, simplemente es el reconocimiento de que sin el Legislador y las Administraciones Públicas competentes no existiría la posibilidad de ordenar y defender esta noción mediante una serie de medidas de diversas naturaleza y calidades (normativas, prestaciones, organizativas, preventivas, etc.)¹⁸. En segundo término, y como complemento al anterior fundamento, debe entenderse que este derecho “opera como un *mandato constitucional de actuación* dirigido a los poderes públicos y, señaladamente, al legislador, sin perjuicio de su función límite negativo – como garantía de irreversibilidad de unos contenidos mínimos ya alcanzados en la protección sanitaria de población por nuestro sistema sanitario – aporta el fundamento constitucional para una política de salud integral”¹⁹. En tercer lugar, los anteriores artículos constitucionales encargan al Legislador la

18 Cf. FUENTETAJA PASTOR, Jesús. Op. cit., p. 1056-1058. Esta obligación estatal es reconocida por el artículo II del Título Preliminar de nuestra Ley General de Salud, Ley 26.842 (en adelante LGS), cuando se indica que la “protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla”. También en el artículo IV de la misma sección reconoce este deber inicial del Estado pero, a reglón seguido, plantea el necesario apoyo y complemento del sector privado, cuando indica que la “salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado”.

19 PEMÁN GAVÍN, Juan. Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud. *Revista Derecho y Salud*, v. 16, número extraordinario, p. 60-61, 2008 (La cursiva es nuestra).

fijación exacta del contenido, alcance y resguardo del derecho, reconociéndose que la protección de la salud, al menos en cuestiones referidas a prestaciones y deberes estatales, es lo que diga finalmente “la delimitación legal”²⁰.

En el mismo sentido, existe un elemento de la configuración de esta figura que resalta sobradamente por sobre otros, esto es, la complicación que tienen los correspondientes titulares para exigir judicialmente el contenido constitucional de la protección a la salud, problema que debe ser solucionado o paliado a fin de permitir la existencia y virtualidad real de este derecho. Frente a esta consideración, debe entenderse que este instituto de origen constitucional tiene un matiz o sentido distinto, propio de su naturaleza de desarrollo normativo a posteriori, no pudiendo considerarse como “un derecho subjetivo propiamente dicho que resulte accionable directamente ante los Tribunales de Justicia [...] el derecho constitucional a la protección de la salud se materializa o articula a través de un amplio conjunto de derechos reconocidos por la legislación ordinaria que constituyen su plasmación jurídico-legal y que poseen – ahora ya sí – la configuración de derechos subjetivos exigibles ante los órganos administrativos y jurisdiccionales competentes en cada caso”²¹.

Por lo explicado, a pesar que la protección a la salud pueda estimarse como un derecho de libertad, capaz de ser un medio de oposición y denuncia de actuaciones u omisiones de los distintos Poderes Públicos que amenacen, atenten o no protejan su contenido, siempre quedará confinado su papel real e identificable a lo que la norma legal preponderantemente plantee, ya que la principal de sus facultades (la asistencia sanitaria) queda sujeta al régimen jurídico “de los servicios sanitarios públicos remitido por la Constitución al Legislador [...] de manera que el derecho a la salud, en cuanto concierne a las prestaciones debidas por los poderes públicos es de delimitación legal”²². Sin embargo, aunque exista la necesidad de la intervención pública descrita, la tutela de la salud no dejar ser un instituto constitucional, más aún es un derecho de naturaleza *social* que se practica para el beneficio común, para la salvaguarda física de cuantos integran una comunidad política²³, siendo jurídicamente inaceptable que los posibles menoscabos o cortapisas para su desarrollo pro vengan de la inobservancia de deberes por parte del principal Poder Público encargado de su perfeccionamiento.

Sobre estas dificultades, Pemán Gavín profundiza y va más allá, presentando una explicación que critica los intentos de la legislación ordinaria por presentar

20 FUENTETAJA PASTOR, Jesús. Op. cit., p. 1056. Esta cuestión es reconocida por el artículo III del Título Preliminar de la LGS cuando se preceptúa que toda “persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley”.

21 PEMÁN GAVÍN, Juan. Op. cit., p. 61.

22 FUENTETAJA PASTOR, Jesús. Op. cit., p. 1056. De la misma opinión es PEMÁN GAVÍN, Juan. *Asistencia sanitaria y sistema nacional de salud*. Granada: Comares, 2005. p. 95-97.

23 Cf. PEREZ-LUÑO, Antonio Enrique. Op. cit., p. 137.

a la protección de la salud como un *derecho subjetivo perfecto*²⁴, muchas veces usando términos extensos (y hasta confusos). Frente a este planteamiento, que no deja ser cierto, el mundo real cada vez más nos prueba que las deficiencias de las actividades funcionales o la precariedad de los sistemas sanitarios estatales son las causas principales para terminar por desdibujar o bloquear completamente los efectos de este derecho, dejando a las normas escritas como verdaderos papeles mojados. Por tanto, “el derecho a la salud – y los demás derechos de contenido prestacional – *están condicionados de forma muy intensa por la organización y funcionamiento de las instituciones y de los servicios públicos* [...] Ello hace que las técnicas jurídicas de protección de los mismos sean más imperfectas que las tienen otros tipos de derechos y que se tropiece aquí con las dificultades que surgen cuando se trata de proteger al particular en relación con al eficiencia administrativa y el buen funcionamiento de los servicios públicos”²⁵.

Explicada estas consideraciones iniciales, debe entenderse que, sin perjuicio, de otras facultades secundarias como la entrega o aporte de información al interesado referida a prestaciones médica (historia y documentación clínica)²⁶, la libertad del paciente (libertad de elección del establecimiento de atención o el médico tratante, la expresión de consentimiento voluntario y libre para recibir intervenciones y tratamientos médicos), la exigibilidad de condiciones de lugar, tiempo y calidad en la ejecución de las prestaciones sanitarias, la protección pública ante riesgos sanitarios (información sobre enfermedades epidemiológicas, alimentos, medicamentos, actividades, práctica y cuidado del régimen de higiene, ejercicios de potestades represivas y preventivas para proteger la salud pública); el principal y más dinámico derecho que reconoce el contenido de la protección de la salud es la *asistencia sanitaria pública*²⁷. Esta facultad permite medir el *quantum* prestacional ofrecido por los sistemas sanitarios públicos, el avance real de éstos en relación con la cláusula del progreso tecnológico y la verdadera implantación de los aspectos de promoción²⁸, prevención²⁹ y rehabilitación, más allá de las solas prestaciones referidas a la atención médica³⁰.

24 PEMÁN GAVÍN, Juan. La reforma sanitaria en Italia. *Revista de Administración Pública*, n. 106, p. 394, 1985.

25 Idem, *ibidem* (La cursiva es nuestra).

26 Al respecto, el Profesor Pérez-Luño ha señalado que este derecho se conecta con la intimidad, permitiendo que un ciudadano pueda informar, acceder y tener control sobre su historial clínico, más aún si en “el seno de una sociedad tecnológicamente avanzada cada sujeto va forjando, desde su nacimiento hasta su muerte, un amplio y, en ocasiones, complejo y prolijo, historial de informaciones médicas”. *Vid.* PEREZ-LUÑO, Antonio Enrique. *Op. cit.*, p. 136. También puede verse escalera de derechos contenidos en la protección de la salud, aunque de manera más desordenada, en VILLANUEVA FLORES, Rocío. *Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo*. Lima: Palestra, 2009. p. 35-36.

27 Cf. PEMÁN GAVÍN, Juan. Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud, p. 61-62.

28 Cf. MARTIN MATEO, Ramón. Ordenación pública del sector salud, p. 374.

29 Sobre este aspecto, el Profesor Martín Mateo ha dicho que la “prevención en materia de salud es el origen de toda la Administración sanitaria en cuanto que el Estado, que como tal sólo en el siglo XX va a instalar su propio aparato curativo [...] El equipamiento hospitalario estatal es entre nosotros rigurosamente contemporáneo”. *Vid.* MARTIN MATEO, Ramón. *Medicina preventiva, economía y derecho*, p. 29.

30 Cf. BALBONI, Enzo. *Op. cit.*, p. 234.

Ahora bien, debe entenderse que este derecho es producto del avance del Estado de Bienestar, y como tal se establece para garantizar ciertas prestaciones básicas que permitan el desenvolvimiento de un *mínimo vital* de las personas. Este adelanto nunca debe perderse, siendo necesario y exigible que el Estado se haga cargo de su determinación, vigilancia e, incluso si fuera el caso, prestación de manera directa. Sin embargo, esto no significa un desboque y ampliación desmedida por llegar “a la íntegra absorción pública de las actividades asistenciales”³¹, pues siempre debe existir espacio de maniobra para la iniciativa privada prestada en un régimen de libre competencia y concurrencia, más si nuestra LGS ha preceptuado un régimen de responsabilidades compartidas y de colaboración entre las organizaciones administrativas sanitarias y el sector privado, recogida en el artículo IV de su Título Preliminar, cuando se preceptúa que la “salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado”. Claro, frente a esta disposición cabe reafirmar el rol estelar de la Administración Pública en la práctica de las labores asistenciales, pero esto en nada afecta de que servicios y productos sanitarios (sean de salud pública o salud individual) sean prestados o producidos por el sector privado, puesto que nuestra legislación reconoce la libertad de ejercicio de las profesiones sanitarias (artículo 22 y siguientes de la LGS) y el libre emprendimiento para iniciar y gestionar establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (artículo 37 de la LGS desarrollado por diversas normas del Decreto Supremo nº 013-2006-SA).

Sin embargo, a pesar de estas consideraciones que descartan a la salud pública y el mercado como dos figuras antitéticas³², debe dejarse claramente establecido el posicionamiento que ha ganado en el mundo (incluso anglosajón³³) el fenómeno denominado *colectivización de la asistencia sanitaria*³⁴, entendido como la participación potente, decidida, de manera directa o indirecta, de la Administración Pública y la socialización masiva de este derecho hacia más beneficiarios (los mismos que antes eran excluidos o negados para el sistema de asistencia). Todo esto en virtud, de que la *medicina liberal* sometida a regímenes de derecho privado (contratada mediante seguros u otra forma parecida) ha probado ciertos defectos para afrontar sostenidamente “los crecientes costos de la acción sanitaria, la complejidad y tecnificación de la medicina, y sobre todo el talante igualitario y providente de los Estados modernos”³⁵.

31 MARTIN MATEO, Ramón. Ordenación pública del sector salud, p. 374.

32 Cf. FUENTETAJA PASTOR, Jesús. Op. cit., p. 1058.

33 Al respecto, basta sólo ver la dificultosa reforma sanitaria promovida por el Presidente Norteamericano Barack Obama, la cual se aprueba para superar los desequilibrios de un sistema con la mejor asistencia sanitaria (y de prestaciones) del mundo, pero con altos costos de financiamiento e inaccesible para muchos sectores de la población de ese país. Esta nueva legislación busca ampliar la cobertura de los antiguos programas públicos sanitarios denominados Medicare y Medicaid, destinados para ciudadanos de escasos recursos o pertenecientes a la tercera edad.

34 MARTIN MATEO, Ramón. Ordenación pública del sector salud, p. 376.

35 Idem, p. 379.

Considero que quedan algunas cosas en el tintero tales como la explicación detallada de las facultades “secundarias” de la protección de la salud y su profundización dogmática para entender el complejo contenido de este derecho constitucional, no obstante nuestra intención nunca fue de agotar el estado de esta cuestión sino sólo presentarla de una manera clara y entendible. Continuemos entonces con el plan trazado en el primer acápite de este trabajo.

III

La segunda faceta, si puede llamarse de algún modo, de la salud es su posible categorización como *servicio público*. En nuestro ordenamiento, como ya se puede inferir de lo anteriormente explicado, no existe una publicatio formal, suficiente y recogida legislativamente que permita catalogar a la sanidad o salud pública (y en particular a la asistencia sanitaria) como un servicio público en sentido estricto. Al menos, el rastreo de las normas y disposiciones aparecidas en la LGS³⁶ o en la propia LMAUS³⁷ no nos permiten afirmar que existe una declaración que cumpla con las características anteriormente expuestas, por tanto, queda descartada cualquier forma de reserva de titularidad y ejercicios monopólicos a favor del Estado, que lógicamente son excluyentes e impiden la libre iniciativa privada³⁸.

El camino de explicación va por otro lado. Nos encontramos ante una categoría que permite e involucra la concurrencia de la *actividad prestacional pública*, exigida “por explícitos mandatos constitucionales”³⁹ para crear “un sistema sanitario suficiente”⁴⁰, con la *intervención privada* sometida al régimen de libertad de empresa y cuya finalidad es colocar bienes y servicios sanitarios en el mercado. Por tanto, si queremos calificar a la salud pública, debemos señalarla como un *servicio público compartido*, que al desplegarse no elimina ni se contrapone con la iniciativa privada, sino, a contrario sensu, permite su concurrencia ordenada y regulada, sometida – claro está – a la dirección (recoría) del Poder Público. Adicionalmente, para el Estado (y sus Administraciones sanitarias) se habría instaurado el deber de crear y organizar servicios de asistencia que garanticen la observancia de específicos derechos individuales, “en concreto, de todos aquellos que hacen nacer una obligación de prestación para la Administración pública”⁴¹.

36 En este punto nos apoyamos en los citados artículos II y IV del Título Preliminar de la LGS.

37 En este punto nos apoyamos en la participación de instituciones de naturaleza pública, privada o mixta cuyos fines sean la recaudación y gestión de fondos o la prestación de servicios de salud, reconocidas por el artículo 7 y 8 de la LMAUS.

38 Cf. BACIGALUPO SAGGESE, Mariano. Servicio público y derechos fundamentales. *Boletín de la Facultad de Derecho de la UNED*, n. 21, p. 170-171, 2003.

39 Cf. *Idem*, p. 174.

40 GARCÉS SANAGUSTÍN, Ángel. “Sanidad y administración sanitaria” en el Vol. Col. coordinado por J. Bermejo Vera. *Derecho administrativo*. Parte especial. Madrid: Cívitas, 1999. p. 183.

41 *Idem*, *ibidem*.

En resumidas cuentas, si asumimos que el privado puede participar o intervenir en la sanidad pública, de manera prioritaria debido a su alta rentabilidad y posibilidades económicas, en la prestación de servicios de asistencia, en la producción o expendio de ciertos productos sanitarios (principalmente provistos por la industria farmacéutica) y en el desarrollo de las profesiones ligadas a las ciencias de la salud, cabe entender a continuación que estas actividades y cualesquiera otras que se pretendan emprender en este sector, aunque posibles de ser ejercitadas tienen una directa incidencia sobre el interés general, quedando así sometidas inmediatamente a una “intensa regulación pública”⁴². Esta re-regulación busca proteger tres finalidades:

- a) Que, los privados prestadores de las actividades sanitarias, en cualquiera de sus modalidades, cumplan con unas condiciones y requisitos mínimos, sometiendo a todos a la obtención previa de un título habilitante otorgado desde la práctica de potestades de policía administrativa (autorización, colegiación obligatoria para ejercer ciertas profesiones sanitarias, permisos, licencias, etc.)⁴³. Esta cuestión es el presupuesto ineludible para asegurar que el privado pueda prestar el servicio u ofrecer el bien sanitario “con unos criterios mínimos de calidad que aseguren la satisfacción del interés general”⁴⁴.
- b) Que, se genere ciertos niveles de competencia entre prestadores allí donde las condiciones, circunstancias y posibilidades de diversa índole la hagan viable (el establecimiento de una regulación para permitir la competencia)⁴⁵. Como lo indicaba Ariño, es necesario “introducir una mayor competencia en aquellos aspectos o actividades en que ésta sea posible y en revisar o reformar el sentido de la regulación orientándola a la re-creación del mercado”⁴⁶.
- c) Evidentemente, existen muchas actividades sanitarias que tienen poca o ninguna rentabilidad económica para los privados, las cuales no serían satisfechas mediante los solos mecanismos del mercado (piénsese por ejemplo en las prestaciones de aseguramiento del mínimo vital o de atenciones altamente especializadas como las oncológicas o propias de una epidemia). Es en este punto, donde la regulación debe asumir el papel de discernimiento para señalar

42 BACIGALUPO SAGGESE, Mariano. Op. cit., p. 172.

43 Idem, ibidem.

44 HERNÁNDEZ-MENDIBLE, Víctor. *Telecomunicaciones, regulación y competencia*. Caracas: Editorial Jurídica Venezolana, 2009. p. 74.

45 Cf. BACIGALUPO SAGGESE, Mariano. . Op. cit., p. 173.

46 ARIÑO ORTIZ, Gaspar. *Principios de derecho público económico*. Ara, Lima, 2004. p. 618. En el mismo sentido se pronuncia Hernández-Mendible cuando indica que “la última década del Siglo XX, en los países que se inspiran en el derecho continental se produjo un cambio de paradigma en la regulación, porque se comenzó a pasar de una regulación económica que restringía la libertad de empresa [...] a una regulación que pretende ordenar el mercado, sin sustituirlo y garantizar el ejercicio de la libertad de empresa y la libre iniciativa empresarial”. Vid. HERNÁNDEZ-MENDIBLE, Víctor. Op. cit., p. 73.

aquellas actuaciones que merecen estar bajo la tutela *principalísima* del Estado mediante sus Administraciones sanitarias, cumpliendo así de manera efectiva con las exigencias encomendadas por el Constituyente, y aquellas otras que podrían recalar en la esfera de los sujetos interesados en ofrecerlas en régimen de libertad de empresa. El camino se abriría así para ordenar la oferta de servicios en el mercado y para determinar las funciones públicas y la intensidad de su práctica por parte de las organizaciones administrativas pertinentes.

IV

Esta última parte se centra en estudiar los aspectos resaltantes de la nueva organización administrativa creada por el Legislador para regular el nuevo proceso de aseguramiento universal en salud. El artículo 9 de la LMAUS plantea la creación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (en adelante Sunasa), como una Administración pública de “características” aparejadas a los organismos reguladores ya existentes en el país, ligada o adscrita al Ministerio de Salud y – quizás el elemento que deberá marcar la ruta de esta novel organización a fin de proteger su ámbito funcional y tener a la vez autocontrol en los ejercicios de sus potestades – instaurada en su esencia con fuertes dosis de “autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera”. Lo interesante, a fin de evitar despilfarro de fondos públicos, es que se crea sobre las cenizas y restos de la desaparecida Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (antiguo regulador del sistema sanitario de entidades prestadoras de salud creado al amparo de la derogada Ley de Modernización de la Seguridad Social, Decreto Legislativo nº 887).

Sobre el penúltimo aspecto señalado, extrañamente el Legislador, sabiendo que es un sector sensible socialmente y propenso a la volatilidad e inmadurez de los políticos de turno, ha olvidado la implantación de algún mecanismo de reacción propio para proteger las autonomías puestas a disposición de la Sunasa, destinado a hacer frente o frenar cualquier ataque o amenaza que intente vaciar su contenido, provenientes, principalmente del propio sector público (piénsese en que esta organización controlará y supervisará instituciones o establecimientos prestadores de servicios sanitarios pertenecientes al Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Municipalidades). Por tanto, aunque hubiese sido deseable algún mecanismo instrumentalizado mediante un procedimiento administrativo o incluso uno de corte judicial (fundamentalmente de dirimencia técnico-sanitario o para paliar conflictos funcionales), si aparecieran problemas de este tipo, esta Administración pública deberá recurrir a los existentes (atacar la actuación administrativa en la jurisdicción contencioso-administrativa o acudir a la sede constitucional para proteger sus potestades públicas mediante la utilización del proceso competencial regulado por el Código Procesal Constitucional).

Creo, que otorgar autonomías sin medios para protegerlas puede ser altamente peligroso para separar y darle la independencia debida a la Sunasa, frente a la presumible injerencia funcional que pretendan ejercer los órganos administrativos de la Administración sanitaria, que aunque tengan atribuidas decisiones políticas, éstas no son esenciales para cumplir directa e inmediatamente con los siete fines de este proceso de salud pública por los cuales deberá velar esta nueva organización administrativa⁴⁷, menos aún puede ser útil para cerrar la brecha de autoridades administrativas efímeras y pasajeras, incapaces de ejercitar competencias de regulación, supervisión y control con cierto grado de estabilidad.

Sin embargo, a pesar que el elemento funcional de la Sunasa podría tener algunas fisuras, en lo que se ha cuidado y mucho el ordenamiento sanitario es en promover un adecuado elemento orgánico, entendido como “una estructura administrativa debidamente definida en sus funciones; que cuente con unas autoridades que la dirijan, las cuales deberán ser designadas teniendo en consideración su competencia profesional en el sector, con independencia de las influencias de los grupos político y de los agentes económicos regulados”⁴⁸.

En el anterior sentido, se ha escogido que el máximo órgano de gobierno de la Sunasa sea un Consejo Directivo integrado por cinco representantes (ver los artículos 35 y 36 del Decreto Supremo nº 008-2010-SA), órgano colegiado que sería gestionado por miembros con competencias profesionales, experiencias y capacidades directivas, con topes mínimos de temporalidad debidamente demostrados, (según el mandato del par de potentes requisitos recogidos en el artículo 38 del Decreto Supremo nº 008-2010-SA) y recogería a la mayoría de actores principales involucrados en este proceso⁴⁹. No quisiera entrar en más detalles de este punto pues sería un trabajo exclusivo, pero resulta importante destacar que la permanencia de estos nuevos integrantes y la integridad del Consejo Directivo de la Sunasa, podría estar asegurada de los cambios y humores políticos, en virtud de que tienen un *auténtico régimen estatutario*, que impediría la libre remoción del cargo designado, pudiendo sólo ser *vacados*

47 Cf. HERNÁNDEZ-MENDIBLE, Víctor. Op. cit., p. 168. Los fines que deberá velar la Sunasa, según el artículo 9 son: a) Fortalecimiento y promoción aseguramiento universal en salud. b) Uso eficiente y oportuno de los fondos destinados a dicho proceso. c) Garantía y protección para asegurar la calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones. d) La instauración de reglamentación referida a la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal. e) El establecimiento, promoción y potenciación de mecanismos de conciliación y arbitraje entre los usuarios y las instituciones prestadoras y financiadoras. f) La transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados. g) Otras que podrían ser planteadas por el Legislador en virtud del avance de la supervisión (regulación) recaída sobre el proceso de salud pública explicado.

48 HERNÁNDEZ-MENDIBLE, Víctor. Op. cit., p. 168

49 De los cinco integrantes del Consejo Directivo de la Sunasa, dos son designados por el *Ministerio de Salud* ejerciendo uno de ellos la Presidencia de la institución en calidad de Superintendente, uno representa al *Ministerio de Economía y Finanzas*, otro al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y uno último es designado por el *Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social*, todo esto según lo preceptuado por el artículo 36 del Decreto Supremo nº 008-2010-SA

por causales tasadas reglamentariamente (artículo 39 del Decreto Supremo nº 008-2010-SA), y removidos por el sector ministerial que los designó sólo en aplicación de las denominadas *faltas graves* (artículo 42 del Decreto Supremo nº 008-2010-SA). Incluso, se ha estipulado expresamente que el cambio de los Ministros que designaron a los representantes de su sector ante el Consejo Directivo “no genera la obligación de formular renuncia al cargo” por parte de éstos (artículo 41 del Decreto Supremo nº 008-2010-SA).

Ahora bien, una pregunta que podría plantearse inmediatamente es ¿Cuáles son las potestades públicas habilitadas por el Legislador a favor de la Sunasa? Y la respuesta sintetizada viene establecida en el propio artículo 9 de la LMAUS cuando indica que ésta deberá “registrar, autorizar, supervisar y regular” a dos tipos de sujetos regulados: las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (de siglas IAFAS) y, en segundo orden, a las instituciones prestadoras de servicios de salud (de siglas IPRESS), vinculadas ambas al proceso de aseguramiento universal en salud. Luego, estas competencias se desarrollan largamente, de manera genérica como marco de desempeño toda la institución o según los órganos principales de ésta (Consejo Directivo, Superintendencia, Intendencia General, órganos resolutivos y consultivos) en los artículos 32, 33, 34, 47, 51 y 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, y 68 del Decreto Supremo nº 008-2010-SA. Estimo que podemos agrupar a las funciones encomendadas a la Sunasa en los siguientes bloques:

- a) Funciones provenientes de la actividad de *policía administrativa*, siendo las que en mayor número y superior atención pueden reconocerse en la LMAUS y su reglamento, tanto que el Título III del Decreto Supremo 008-2010-SA ha reglado un capítulo exclusivo referido a la potestad sancionadora. Entre ellas podemos identificar la potestad para imponer *órdenes*, para otorgar *autorizaciones* y otros títulos habilitantes necesarios para las diferentes actividades reguladas, la *inspectiva*, la función normativa para crear *reglamentos y planificación* referida al aseguramiento universal, la capacidad para solicitar y exigir diversas *comunicaciones obligatorias*, la función de inscribir en *registros administrativos* actuaciones de los regulados referidas a la renovación y cancelación de su inscripción como “agentes vinculados al Aseguramiento Universal en Salud”, y, finalmente, como no podía obviarse, las diversas *potestades sancionadoras y de ejecución coactiva*.
- b) Funciones provenientes de la *actividad de fomento*, centradas en la promoción de la solución de pleitos entre los privados mediante métodos alternativos de solución de conflictos. Al menos, el artículo 69 del Decreto Supremo nº 008-2010-SA, obliga que esta institución establezca, bajo el marco del Sistema Nacional de Conciliación y Arbitraje en Salud, aquellos “mecanismos para

solución de controversias entre los agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud”.

- c) Otras funciones referidas a potestades *parajudiciales* necesarias para dirimir administrativamente conflictos entre agentes (IPRESS o IAFAS) y usuarios del proceso, las necesarias competencias *de-cisorias* para resolver recursos dentro de su ámbito de actuación funcional, funciones *consultivas*, entre otras.

Existe mucho más por escribir sobre esta materia, pero considero que con lo explicado podemos llegar a una única conclusión de dos vertientes. Primero, la Sunasa como institución de regulación es un formidable *reto* por donde se le mire, pues significa crear una organización administrativa con un régimen de independencia organizativa y autonomía funcional reconocido jurídicamente, que sea capaz de intervenir legal y eficientemente en este nuevo proceso de salud pública de vallas bien altas (integración de los aparatos sanitarios públicos y privados, ampliación de cobertura hacia los excluidos, armonización de las prestaciones sanitarias, la concretización de la igualdad en todo el territorio nacional, etc.). Sin embargo, al costado, quedan varias dudas por disipar ¿Cómo tomará el Ministerio de Salud su pérdida de *protagonismo* en la salud pública? Es más, y si en el futuro aparecieran buenos vientos, ¿Cómo se organizará jurídicamente el sistema de relaciones entre ambos? A reglón seguido ¿Cómo se instaurará la regulación sobre establecimientos hospitalarios públicos (IPRESS) de los Gobiernos Regionales y Municipalidades?

Todas estas cuestiones todavía no cuentan con respuesta real. Sin embargo, nuevamente habría que recordar machaconamente a los que gobiernan los Poderes Públicos involucrados en esta materia, que necesitamos y con urgencia “un sistema sanitario unitario y armónico, al que se reconduzcan [...] todas las acciones públicas en materia sanitaria”⁵⁰.

50 PEMÁN GAVÍN, Juan. La reforma sanitaria en Italia, p. 391.