

REFLEXIONES SOBRE LA REFORMA DE LA SANIDAD LOCAL

Por SANTIAGO MUÑOZ MACHADO

Sumario: I. INTRODUCCIÓN.—II. TRAYECTORIA HISTÓRICA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS LOCALES: A) Las declaraciones de los textos legales y sus contradicciones. B) Las vías de penetración del Estado en las competencias sanitarias de los entes locales: 1. Los gobernadores civiles. 2. Los delegados territoriales de la Dirección General de Sanidad. 3. Las mancomunidades sanitarias de municipios. 4. Los sanitarios locales.—III. PROBLEMAS ACTUALES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS LOCALES: A) Pérdida de vigencia de los planteamientos tradicionales. B) Observaciones sobre los llamados partidos médicos cerrados. C) En busca de una mejora de la Sanidad local: 1. Los nuevos principios de ordenación territorial. 2. Los recientes intentos de reforma.

I. Introducción

HACE aún pocos días se ha dado un primer paso (1), cuya importancia real sólo podrá ser determinada a la vista de los resultados a los que conduzca, para la reforma de un sector de nuestra Administración profundamente necesitado de ella: la Sanidad. En una época como la nuestra en la que

(1) La Orden de 26 de diciembre de 1974 crea la *Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria* a la que se le encomienda estudiar y proponer las medidas necesarias para alcanzar los objetivos siguientes: «a) Actualizar las funciones y competencias que incumben al sector público en materia de Sanidad, así como proceder a su reestructuración en orden a su mayor eficacia. b) Considerar una posible asistencia integral a la población bajo el criterio de finalidad social prioritaria, que ha caracterizado, desde su creación por la Ley de 14 de diciembre de 1942 y en su posterior evolución, al Seguro Obligatorio de Enfermedad. c) Ordenar el sector farma-

se rinde culto a la reforma administrativa, que se emprende las más de las veces a impulsos no de la necesidad de readaptar el sistema vigente, sino del simple e incontrolado deseo de reformar, resulta muy satisfactorio que le lleguen estos vientos a las ramas de la Administración realmente necesitadas de ellos.

La necesidad de reforma de la Sanidad ha sido el lastre más pesado que ha debido arrastrar este sector a todo lo largo de su evolución. Rara vez el sistema dado se adecuaba a las necesidades reales, y sin embargo las dificultades para introducir cambios coherentes han sido siempre enormes. La configuración que la Sanidad pública recibió en el siglo XIX parece tener una consistencia granítica a juzgar por la cantidad de proyectos de reforma que se han estrellado contra ella sin conseguir obtener resultados positivos (2), a menos que las modificaciones propuestas sólo introdujeran cambios acordes con la trayectoria del sector, permitiendo que continuara inspirado en los mismos principios informadores. Sólo dos grandes leyes de alcance general jalonan la historia de nuestra Sanidad pública (la de 28 de no-

céutico, desde el ámbito de la producción y distribución hasta la dispensación y consumo. d) Y señalar las bases de una futura Ley General de Sanidad.» La Comisión debe formular, en el plazo máximo de seis meses, los programas completos adecuados para el desarrollo y aplicación de la citada reforma sanitaria. Sin duda, el plazo de seis meses es totalmente insuficiente para que la referida Comisión pueda alcanzar un conocimiento profundo de un sector tan complejo como es el sanitario, y si no llega a conocer los problemas, difícil habrá de ser el montaje de las soluciones. No cabe, por tanto, en buena lógica esperar que la reforma afecte en principio a otra cosa que a las grandes estructuras administrativas operantes en el sector, ya que la modernización de nuestra Sanidad requerirá aún años de trabajo, en los que habrán de atenderse múltiples problemas y habrá de renovarse, casi por entero, la instrumentación jurídica de la actividad administrativa en este campo.

(2) Prescindiendo de hacer referencia a otros intentos de reforma legislativa ocurridos en la primera mitad de la pasada centuria, una vez aprobada la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 se intentó su modificación o su sustitución total en muy diferentes ocasiones, sin que los proyectos recibieran nunca aprobación definitiva: el Consejo de Sanidad aprobó proyectos de Ley en 17 de noviembre de 1857 y 2 de diciembre de 1860; redactó unas bases en febrero de 1881 que sirvieron de fundamento al Proyecto de Ley de Sanidad presentado por el Gobierno al Senado en 20 de marzo de 1882, el cual, con las consiguientes enmiendas lo aprobó dicho Cuerpo colegislador en octubre de 1892, y aún otras bases para la redacción de una Ley sobre Sanidad fueron presentadas al Senado en 18 de junio de 1894. La Real Orden de 18 de marzo de 1899 encomendó al Consejo de Sanidad la redacción de las bases para una nueva ley; por último, otro proyecto de ley de bases para la organización de los servicios de Sanidad fue presentado a las Cortes en mayo de 1911. En el tiempo transcurrido entre la elaboración de los dos últimos proyectos citados hubo de aprobarse con cierta urgencia y mediante Decreto lo que estaba destinado a ser ley, y que sería en realidad la única norma sanitaria importante aprobada en el largo período de tiempo que transcurre entre la aprobación de las dos grandes leyes sanitarias (28 de noviembre de 1855 y 25 de noviembre de 1944).

viembre de 1855 y la de 25 de noviembre de 1944), y las dos han tenido la rara virtud de aportar soluciones desfasadas con la realidad de su tiempo, al menos en lo que se refiere a los aspectos técnicos de la primera (3) y a los organizativos de la segunda (4); ambas responden, además, a modelos estructurales muy próximos, como si los problemas a los que tratan de dar respuesta fueran hoy sustancialmente idénticos que en la pasada centuria, o como si las concepciones en torno a la Sanidad entonces vigentes tuvieran aún plena validez.

Entiendo que no es difícil constatar, a poco que se investigue al respecto, que la mayor parte de los defectos e insuficiencias de nuestro sistema sanitario tienen una causa perfectamente determinable: el fracaso de los sucesivos intentos de reforma (emprendidos siempre con escaso interés y menor convicción) ante los que ha prevalecido la situación heredada de la época anterior, perpetuándose así una organización pensada para atender problemas totalmente diferentes de los actuales. Efectivamente, a mediados del siglo pasado (1847-1855) (5), se produjo la mayor reestructuración que ha conocido nuestra Sanidad pública a todo lo largo de su historia; se buscaba entonces una fórmula que hiciese más eficaz la actuación administrativa frente al gran problema que en aquella época eran las enfermedades infecciosas. Este objetivo (y pocos más de carácter secundario) era el que realmente le interesaba cubrir a la Administración; para el resto de los asuntos relativos a la salud humana pri-

(3) Se ha dicho de esta primera ley que «aunque (era) necesaria, llegó tarde; pues pronto no podrá abarcar la complejidad y renovación que señalan las directrices de hacer una Sanidad pública bajo el postulado de vacunar, aislar y sanear». Vid. Rico-Avelló, C.: *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*. Madrid, 1969.

(4) La Ley de 25 de noviembre de 1944 insistiría en mantener las estructuras recibidas del siglo XIX, cuando los planteamientos que debían inspirar la actividad administrativa en este sector habían variado totalmente. Vid. mi libro *La Sanidad pública en España*, Madrid, 1975.

(5) Aunque la gran reforma se inicia en los años precedentes (fundamentalmente gracias a la labor emprendida por Javier de Burgos) sería el Real Decreto de 17 de marzo de 1847 el que introduciría las más importantes modificaciones referentes a la organización del sector, al suprimir la *Junta Suprema de Sanidad* (creada en 1720 y que desde entonces había sido el máximo órgano sanitario del país), encomendando sus funciones a la *Dirección General de Sanidad* y al *Consejo de Sanidad del Reino*, órganos ambos creados por el referido Real Decreto. Se dictarían más tarde reglamentos para el *Consejo* y las *Juntas de Sanidad* (28 de marzo de 1847) y para los *Subdelegados de Sanidad* (24 de julio de 1848) agentes también de nueva creación a los que me refiero más adelante en este estudio. Todas estas reformas serían consagradas de manera definitiva por la Ley de 1855.

maba el dogma de la autosuficiencia individual, cuyas quiebras más notorias recibían respuesta únicamente desde las instituciones de Beneficencia. Nuestra Sanidad se organiza, pues, en el siglo XIX pensando fundamentalmente en las enfermedades generalizables, que por entonces eran un verdadero azote para el país. Todo este sistema defensivo tenderá a adoptar una organización administrativa acusadamente centralizada, considerando que tal modelo era el más eficaz para lograr los resultados apetecidos. A partir de este momento, los nuevos descubrimientos científicos acerca de las auténticas causas de la transmisión de las enfermedades proporcionan instrumentos más eficaces de lucha que contribuirán a que, con el tiempo, aquéllas dejaran de ser el grave problema que antes representaron. Por otra parte, la evolución de la sociedad irá exigiendo una participación más activa de la Administración en su función tutelar de la salud; los individuos, antes capaces de satisfacer por sí mismos sus propias necesidades buscando remedios para reponer su salud perdida, irán paulatinamente pasando a una situación que podríamos llamar de indigencia generalizada, al dejar de ser asequible, aun para las medianas e incluso para las moderadamente elevadas economías, acceder con sus solos recursos a los modernos medios de tratamiento (6). Esta especie de paraindigencia (7) acelerará la publicación de la necesidad, exigiéndose ahora de la Administración una presencia más activa y más intensa en este campo.

Sin embargo, ante la precariedad y la falta de éxito de las reformas, la Sanidad pública seguirá organizada como si los problemas fueran también hoy reconducibles a la lucha contra las enfermedades infecciosas, enquistándose en el modelo clásico y ofreciendo una tenaz resistencia al cambio. Y mientras la

(6) Sobre el tema, Vid. COB, R. M.: *Sociología de la medicina*, Madrid; HATZFELD, H.: *La crisis de la medicina liberal*. Trad. esp., Barcelona, 1965; FREEMAN y HOLMES: *Administración de los servicios de salud pública*, 1962, especialmente página 338. Son ejemplares, a este respecto, los servicios sanitarios de la Unión Soviética y de Inglaterra. Vid., de la abundante literatura sobre estos temas, por ejemplo, FELMAN, H.: *La santé publique en URSS*, 1960; SICERIST: *Socialized medicine in the Soviet Union*, 1957; CORSETTI: «Sull'organizzazione sanitaria dell'URSS», en *Difesa sociale*, 1941, núm. 6, p. 519; ROSS, J. S.: *The National Health Service in Great Britain*, Oxford, 1952; DEPLAS: «Le Service national de Santé en Angleterre», *Rev. Droit Social*, noviembre 1948; HILL, C.: *The National Health Service*, Londres, 1949.

(7) Vid. MARTÍN GONZÁLEZ, M.: *Sanidad pública: concepto y encuadramiento*. Madrid, 1970, II, p. 689.

evolución de la Sanidad se paraliza los problemas no dejan de crecer, por lo que el sistema de respuestas públicas se desvía de su cauce natural (servicios de Sanidad pública) para insertarse en otras organizaciones, fundamentalmente la Seguridad Social, que crecen vertiginosamente, haciendo imposible toda competencia por parte de la Sanidad, que además (facilitadas las soluciones por otras vías) encontrará renovados argumentos para continuar con su organización tradicional.

Así, pues, nos encontramos con que hoy la Sanidad pública tiene una estructura totalmente desfasada y, por si esto fuera ya de por sí pequeño problema, la presencia de nuevas organizaciones ha complicado el panorama hasta extremos insostenibles.

Cuanto vengo diciendo se manifiesta claramente en todos los niveles de la Administración, pero acaso en ninguno de manera más palmaria que en la organización de los servicios sanitarios locales, donde la permanencia de las estructuras clásicas, los desajustes provocados por la continuación de la tendencia centralizadora, iniciada cuando se la consideraba conveniente para los fines que la Sanidad perseguía y los problemas derivados de la dispersión del sector alcanzan una gravedad realmente extrema.

II. Trayectoria histórica de los servicios sanitarios locales

A) LAS DECLARACIONES DE LOS TEXTOS LEGALES Y SUS CONTRADICCIONES

En el artículo primero de la primera norma general sobre régimen local dictada en la época constitucional en nuestro país, la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias de 13 de julio de 1813, resume el contenido de la actividad sanitaria que debían desarrollar los Ayuntamientos; dice así el referido precepto:

«Estando a cargo de los Ayuntamientos de los pueblos la policía de salubridad y comodidad, deberán cuidar de la limpieza de las calles, mercados, plazas públicas y la de hospitales, cárceles y casas de caridad o de beneficencia; velar sobre la calidad de los alimentos de toda clase; cuidar de que en cada pueblo haya cementerio convenientemente situado; cui-

dar asimismo de la desecación, o bien de dar curso a las aguas estancadas o insalubres, y, por último, de remover todo lo que en el pueblo o en su término pueda alterar la salud pública o la de los ganados.»

De esta manera se desarrollaba lo establecido en la Constitución gaditana, cuyo artículo 321 atribuía a los Ayuntamientos la «policía de comodidad y salubridad», reflejando así la incorporación a nuestro sistema de la doctrina del *pouvoir municipal* como principio de ordenación de las competencias de los entes locales. En efecto, se trataba, según los teorizadores del sistema (8), de atribuir a los municipios funciones simples, referidas a asuntos que importasen sólo en la demarcación territorial a la que extendían su competencia, relativas a problemas que sólo atañían a los habitantes del municipio y desvinculadas de la política; funciones de carácter íntimo relativas a «cuestiones privadas, domésticas y casi familiares» (9). La Sanidad cumplía, sin duda, esas características; por ello, cuando se define el ámbito del *pouvoir municipal*, no se duda en incluirla en el mismo; aquél debe procurar «écarter de l'habitation comune tout ce qui pourra la rendre peu sûre, incommode et *malsaine*» (10). En realidad, el artículo más arriba transcrito cumplía rigurosamente con tal concepción, las funciones sanitarias de los Ayuntamientos se resumen casi en la limpieza viaria y en el saneamiento de los terrenos circundantes, funciones estrictamente domésticas, como bien se comprende.

El planteamiento acerca de la extensión de la intervención administrativa en materia de Sanidad es también congruente con la ideología a la sazón vigente. La Administración sólo debía preocuparse por los aspectos supraindividuales de la salud (11), es decir, debía atender sólo aquellas necesidades que escapaban de la capacidad de resolución individual y requerían una intervención del poder público. Cuando las fuerzas

(8) Vid. las referencias que hace sobre este tema GARCÍA DE ENTERRÍA, E.: «Los fundamentos ideológicos del régimen municipal francés», *REVL*, 117, y «Turgot y los orígenes del municipalismo moderno», *RAP*, núm. 23.

(9) Así las califica Turgot en su *Mémoire sur les municipalités*, p. 572.

(10) La descripción es de HENRIOT DE PANSEY. Vid. la referencia en GARCÍA DE ENTERRÍA, E.: *Los fundamentos...*, cit., p. 329.

(11) En este sentido, MORELL OCAÑA, L.: «Evolución y configuración actual de la actividad administrativa sanitaria», *RAP*, 63.

individuales bastaban para solucionar los problemas sanitarios, la Administración se debía abstener de inmiscuirse; el hombre era libre y autosuficiente, y sólo cuando quedase sobradamente demostrada la incapacidad individual se abrían las puertas para que la Administración la complementase (12). En razón a esta filosofía no puede extrañar que la actividad administrativa sanitaria se reconduzca a un objetivo fundamental: la lucha contra las enfermedades infecciosas. Aquí es realmente donde el dogma de la autosuficiencia individual quiebra con mayor estrépito y donde el papel cumplido por el poder público cobra su importancia real. Siendo esto así, la mayor parte de las disposiciones que se dicten a lo largo del siglo tendrán efectivamente como objetivo fundamental la lucha contra las enfermedades de carácter endémico o epidémico que con tanta frecuencia aparecían en el país (13).

Las comentadas funciones de limpieza y saneamiento que hemos visto recogidas en el artículo primero de la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias de 1813, estaban, sin duda, encaminadas a evitar que una defectuosa higiene del medio favoreciera que germinasen focos de infección. Pero la misión era muy escasa, exenta de complicaciones;

(12) A este respecto expresa POSADA (*Tratado de Derecho administrativo*, Madrid, 1847, III, pp. 277 y ss.) que, «sin duda, la acción inmediata del cuidado de la salud es una función individual privatisima, pero esto no obsta para que en atención: primero, al carácter colectivo de los males que perturban aquélla; segundo, a la índole expansiva de dichos males; tercero, a la necesidad de una atención colectiva común para poder obrar con eficacia en el ejercicio de la función sanitaria, ésta se constituye poco a poco, como fuerza que no se encierra en círculo social alguno, pues va tomando alcance universal, humano, y además se presenta excitando la intromisión de los gobiernos hasta dar vida a un servicio administrativo sanitario». En términos parecidos se pronuncia COLMEIRO: *Derecho administrativo español*, Madrid, 1865, p. 308, y la generalidad de la doctrina de la época. Vid., por ejemplo, BONNIAN: *Compendio de principios de Administración*, Madrid, 1834, pp. 203 y ss.; SANTAMARÍA DE PAREDES: *Curso de Derecho administrativo*, 3.^a ed., Madrid, 1888, pp. 372 y ss.; ABELLA: *Tratado de Sanidad y Beneficencia*, 3.^a ed., Madrid, 1885; VICO y BRAVO: *Estudios elementales de Derecho político y administrativo*, Granada, 1879, p. 310.

(13) Sobre la incidencia y efectos de este tipo de enfermedades en el pasado siglo pueden verse NADAL, J.: *La población española*, Barcelona, 1966; ROMERO DE SOLÍS, P.: *La población española en los siglos XVIII y XIX*, Madrid, 1973; con interesantes referencias a la organización administrativa de la Sanidad y a algunas disposiciones y proyectos de la obra de PESTR, J., y J. L.: *Muerte en España (Política y Sociedad entre la peste y el cólera)*, Madrid, 1972; MONLAU, P. F.: *Elementos de higiene pública o arte de conservar la salud de los pueblos, aumentada con un compendio de la legislación sanitaria de España*, 3 vols., Madrid, 1871; SOLÍS, R.: *El Cádiz de las Cortes*, Madrid, 1964 (reeditada en versión abreviada por Alianza Editorial en 1969; de esta edición, vid. las pp. 440 y ss.).

lo realmente relevante en la lucha contra las enfermedades infecciosas eran las actuaciones que debían ordenarse cuando aquéllas hicieran acto de presencia; entonces era cuando la actuación pública cobraba importancia.

El tenor literal del referido artículo hace pensar que también incumbía a los Ayuntamientos la adopción de las pertinentes resoluciones en aquellos supuestos, puesto que les correspondía «remover *todo* lo que en el pueblo o en su término pueda alterar la salud pública o la de sus ganados». Sin embargo, la propia Instrucción se encargará de dar una respuesta contraria; su artículo 22 expresaba que «cuando ocurriese en alguna parte epidemia o enfermedades contagiosas o endémicas, el jefe político tomará por sí, o de acuerdo con la Junta de Sanidad, y aun de la Diputación Provincial si se hallara reunida, todas las medidas convenientes para atajar el mal y para procurar los oportunos auxilios. Dará frecuentemente aviso al Gobierno de lo que ocurra en este punto, de las precauciones que se tomen y de los socorros que se necesiten, y asimismo le instruirá de lo que los facultativos de la Junta Provincial de Sanidad opinasen sobre la naturaleza del mal y su método curativo, de los efectos que se observen y de la mortandad diaria que se note». De todo ello se desprende que los Ayuntamientos quedaban privados de competencias en todo lo referente a la lucha directa e inmediata contra las enfermedades infecciosas, punto, insisto, en el que se resumió lo más sustancial de la actividad administrativa sanitaria en la pasada centuria. La alteración de la salud colectiva que producía una epidemia suponía, en definitiva, un grave quebranto del orden público y ello permitía la intervención del agente genuinamente encargado de mantenerlo: el jefe político.

La declaración general de competencia en materia sanitaria a favor de los Ayuntamientos quiebra así en un punto fundamental merced a la más específica declaración que atribuía estas funciones al jefe político (14). En lo sucesivo, las deter-

(14) Sobre el valor de tales declaraciones de competencia *vid.*, por todos, SALAS HERNÁNDEZ, J.: «El tema de las competencias: Instrumentación de las relaciones entre el Estado y la Administración local desde la perspectiva de la descentralización territorial», en el libro colectivo *Descentralización administrativa y organización política*, Madrid, 1973, II, pp. 303 y ss.

minaciones de los textos legales no variarán sustancialmente, incluso la norma modelo de descentralización en el pasado siglo (15), que fue la Instrucción aprobada el 3 de febrero de 1823, en sustitución de la de 1813, haría más diáfana la intervención de aquél.

A lo largo de la centuria se producirá en multitud de ocasiones el efecto que comento: los entes locales pierden competencias en virtud de las declaraciones más específicas hechas a favor de los agentes dependientes de la Administración central. Ello se hará notar de manera más intensa a medida que las leyes de régimen local empiecen a regular menos minuciosamente los temas sanitarios (16) dejando paso a una abundante legislación especial dictada sobre el sector y, más aún, cuando empiecen a desplazarse a la periferia agentes estatales que se encarguen de cumplir directamente funciones que los textos legales encomendaban a los entes locales, los cuales poco a poco irán quedando relegados a la mera función de sostenimiento financiero de los servicios gestionados por el centro. La tendencia centralizadora se justificaba entonces, y no estaba descaminada la idea (17), en que la lucha contra las enfermedades infecciosas ganaba eficacia a medida en que la intervención de la Administración central era más intensa, dada la escasa capacidad de resolución de las Corporaciones locales.

(15) La Instrucción de 3 de febrero de 1823 sería una norma de capital importancia para el régimen local (vid. POSADA: *Evolución legislativa del régimen local en España*, Madrid, 1910, p. 109), que sería cíclicamente derogada o restablecida dependiendo del momento político: tras su derogación por Fernando VII después de la reacción absolutista, fue restablecida el 15 de octubre de 1838, estando en vigor hasta el 8 de enero de 1845; luego sería de nuevo puesta en vigor por virtud del Decreto de 10 de agosto de 1854, hasta que otro, de 18 de enero de 1856, la deroga definitivamente. El restablecimiento de la referida Instrucción se consideraba como un «rito obligado, auténtico símbolo de todo procedimiento con ropaje liberal» (MARTÍN RETORTILLO, S., y ARGULLOL, E.: «Aproximación histórica», en el libro colectivo *Descentralización administrativa y organización política*, Madrid, 1973, I, p. 132).

(16) Ocurrirá el efecto a que me refiero a partir de la aprobación de la Ley de Ayuntamientos de 1840, época en la que la expansión de la legislación especial sanitaria ganará intensidad.

(17) Véase *Organización de las Administraciones locales e intermedias de Sanidad* (Informe de un Comité de Expertos de la OMS), Ginebra, 1972, donde se afirma (p. 9) que «en zonas poco desarrolladas y con pocos servicios, y en las que las necesidades sanitarias primordiales son la vigilancia fundamental del medio y la lucha contra las epidemias, un sistema central es el que más probablemente conseguirá medidas rápidas y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles».

Me refiero ahora brevemente (18), a la forma en que se consumará la centralización a que me vengo refiriendo desde el siglo XIX hasta nuestros días.

B) LAS VÍAS DE PENETRACIÓN DEL ESTADO EN LAS COMPETENCIAS SANITARIAS DE LOS ENTES LOCALES

1. *Los gobernadores civiles*

La primera y más típica quiebra del principio que hacía competentes a los Ayuntamientos en todos los asuntos sanitarios, fue debida, a lo largo de todo el siglo pasado, como hemos podido observar ya en sus inicios, a la intervención continua del gobernador civil; en cuanto que los problemas alcanzaban alguna relevancia le correspondía a aquél resolverlos asesorado, en principio, por la Junta provincial de Sanidad, aun cuando la obligación de consultarla desaparecería pronto (19), quedando eliminado en este tipo de decisiones un órgano que había cumplido un papel fundamental en la lucha contra las enfermedades infecciosas en una época anterior, y que entonces tenían un carácter típicamente representativo (20).

En las sucesivas normas que vayan apareciendo referidas a la Sanidad, la figura del gobernador cobrará paulatinamente mayor importancia; a él le correspondía, según declaraba la Ley de 28 de noviembre de 1855 «la dirección superior del servicio de Sanidad en sus respectivas provincias, bajo la dependencia del Ministerio de la Gobernación» (21). Los planteamientos no variarán sustancialmente en el futuro, ni siquiera

(18) He estudiado más detalladamente este tema en mi libro *La sanidad pública en España*, Madrid, 1975, *passim*.

(19) El artículo 284 de la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias de 1823 modificó en el sentido que se expresa en el texto lo previsto en la Instrucción de 1813.

(20) Carácter representativo que perderían más tarde al modificarse su composición para quedar integrados exclusivamente por funcionarios, efecto que no puede ser más contradictorio con lo que hoy es un postulado ineludible para la eficaz organización de los servicios sanitarios, para los cuales no sólo se aboga por una descentralización efectiva, sino también porque existan órganos de gestión representativos de la colectividad en las demarcaciones territoriales inferiores. *Vid.*, sobre el tema, OMS: *Organización de las Administraciones...*, cit., p. 22, y *Tercer informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria*, que tuvo por objeto el estudio de los servicios sanitarios locales (publicado por la OMS, colección Informes Técnicos, núm. 194, páginas 15 y 16).

(21) Artículo 2.º de la Ley.

cuando se cree y fortalezca la rama periférica especializada constituida primero por los subdelegados, a los que en seguida me referiré, y más tarde por los inspectores provinciales y municipales de Sanidad. Incluso en un momento como fue la fecha de la aprobación de la Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904, en la que la tendencia hacia la especialización de la organización del sector, con el consiguiente detrimento del papel cumplido por los agentes gubernativos, llegó a su punto más álgido, se utilizaría una fórmula de compromiso capaz de mantener a los gobernadores en su tradicional papel: las competencias de éste se entenderían «ordinariamente delegadas» en los inspectores provinciales de Sanidad, los cuales, siempre que no fuera estrictamente necesario por determinarlo así alguna disposición legal, podrían actuar «excusando la intervención de las mencionadas autoridades gubernativas» (22). El gobernador además de ser el principal encargado del mantenimiento del orden público, y los asuntos sanitarios se integraban en su concepto (vinculación de la que aún hoy quedan, no pocos recuerdos), era también el más cualificado representante en la provincia del Ministerio de la Gobernación, además de serlo del Gobierno en pleno, y tal condición le hacía prevalecer sobre los representantes menos cualificados, los cuales, en definitiva, eran sólo delegados de una Dirección General.

La intervención de aquella autoridad en los asuntos pertenecientes a los entes locales ganará en intensidad a lo largo del tiempo. Cuando, en nuestros días, se sometió a debate el proyecto de la vigente Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, se subsanaría inmediatamente el supuesto «olvido» en que había caído la figura en beneficio de la mayor independencia de los jefes provinciales de Sanidad, al aprobarse una enmienda que introducía en la descripción de competencias de éstos una salvedad final que permitía la continuación del sistema anterior: aquéllas se ejercerían «sin perjuicio de las atribuciones de los gobernadores» (23), atribuciones que no sólo

(22) *Vid.* artículo 58 de la Instrucción de 1904.

(23) La enmienda fue presentada por el gobernador civil de Madrid y con ella (según dijo el director general de Sanidad en su discurso ante las Cortes con ocasión de la presentación al Pleno de la Cámara del proyecto de Ley de Bases de Sanidad

tienen que ver hoy con las relaciones jerárquicas existentes entre ambos órganos, sino que suponen una real intervención en asuntos de carácter puramente técnico-sanitario. Por lo que aquí interesa, baste por ahora con constatar la permanencia de una situación de la que resulta una primera vía de escape de competencias y de mediatización de las decisiones de los entes locales por un agente dependiente del centro.

2. *Los delegados territoriales de la Dirección General de Sanidad*

El Real Decreto de 17 de marzo de 1847, que ha sido, quizá, la norma que ha introducido innovaciones más profundas en la organización del sector desde el siglo pasado hasta hoy mismo (24), determinó que en cada partido judicial se estableciesen tres subdelegados de Sanidad, uno de Medicina y Cirugía, otro de Farmacia y otro de Veterinaria, que vendrían a asumir también funciones antes desempeñadas por las Corporaciones locales. El 24 de julio de 1848 se aprobaría su reglamento y la Ley de 1855 los integraría definitivamente en la organización administrativa del sector. Les correspondía a los subdelegados «vigilar y reclamar el cumplimiento de las leyes, ordenanzas, decretos, reglamentos, instrucciones y órdenes relativas a todas las ramas de la Sanidad en lo que también está comprendido el ejercicio de las profesiones médicas, el de las farmacéuticas, el de veterinaria, la elaboración, introducción, venta y aplicación de sustancias que puedan usarse como medicinas, o ser consideradas como venenos» (25). Confiesa expresamente el reglamento citado de 1848 en su preámbulo que el establecimiento de los subdelegados en cada partido responde a la idea de «crear y organizar debidamente agentes de la Administración en provincias», siendo calificados aquéllos en el artículo primero de la citada norma de «delegados especiales del Gobierno». El gobernador civil quedaba configurado en las normas citadas como el superior jerárquico de los sub-

Nacional) «se trataba de dejar a salvo las facultades y atribuciones que los gobernadores deben tener en la lucha contra dichas enfermedades, en forma tal que los jefes de Sanidad no pueden desconectarse de ellos».

(24) *Vid. supra nota.*

(25) Artículo 1.º del Reglamento de 24 de julio de 1848. *Vid.*, sobre este punto, ABELLA, F.: *Tratado de Sanidad y Beneficencia*, Madrid, 1879, pp. 11 y ss.

delegados, si bien éstos sólo dependían inmediatamente de él cuando lo eran de los distritos de las capitales de provincia, configurándose como autoridad superior de los mismos, fuera de los casos citados, el alcalde. En cualquier caso, queda clara la dependencia y la subordinación a las decisiones de la Administración central, de la que eran sólo agentes destacados en las demarcaciones territoriales periféricas. Constituían pues un nuevo y precoz (26) paso hacia la centralización de la gestión administrativa de los asuntos referentes a la Sanidad pública.

De nuevo el establecimiento de los subdelegados viene a poner de manifiesto la continua contradicción, que será tradicional, entre las declaraciones de la legislación especial sanitaria y las formuladas en las normas reguladoras del régimen local. Aquéllos reciben su espaldarazo definitivo en la ley sanitaria de 1855, es decir, en pleno bienio progresista, cuando se pretendía «arrancar los pueblos a la centralización que los devora» (27), cuando se tendía a rectificar el «sentido estrictamente centralizador y absorbente dominante en la legislación, en las prácticas administrativas y en las doctrinas» (28); mientras tan enfáticamente se declaraba la tendencia descentralizadora que los políticos progresistas pretendían potenciar, perdían los Ayuntamientos más y más competencias, esta vez en beneficio de los subdelegados, siempre sacrificados en aras a una mayor eficacia en la misión tutelar de la salud colectiva encomendada a la Administración, para la cual los entes locales parecían poco dotados.

La técnica de desconcentrar funciones atribuyéndolas a delegados territoriales operantes en provincias y municipios no declinará ya nunca en el futuro. Se suprimirían en 1933 los subdelegados, no sin antes declarar que esta medida estaba expresamente pensada para «resolver las legítimas aspiraciones

(26) La generalización del sistema de delegaciones territoriales como técnica organizativa de marcado cariz centralista se produciría fundamentalmente a partir de los primeros años de nuestro siglo. Sobre este tema, *vid.* GARCÍA DE ENTERRÍA, E.: «Administración local y Administración periférica del Estado; problemas de articulación», en su libro *La Administración española*, Madrid, 1984, pp. 130 y ss.

(27) En este sentido se había expresado años antes O'DONNELL en el llamado *Programa del Manzanares* (7 de julio de 1847).

(28) POSADA: *Evolución legislativa*, cit., p. 132.

de los Ayuntamientos» por cuanto los subdelegados «*no obstante desempeñan servicios de la exclusiva competencia municipal, están independizados de las Corporaciones locales*» (29); no obstante, lo que en realidad se trataba de evitar era la existencia de una duplicidad de agentes que ejercían funciones idénticas: los subdelegados, de una parte, y los inspectores provinciales y municipales de Sanidad, de otra. Al ser éstos de más reciente creación se acordó la supresión de los más antiguos, a pesar de que técnicamente era mucho más perfecta la fórmula de los subdelegados (30). Los inspectores creados en los últimos años del siglo XIX, serían fuertemente potenciados por la Instrucción General de Sanidad de 1904, la cual ordenaría el establecimiento de un inspector, como mínimo, en cada municipio, y otro en la capital de la provincia. Con éstos se daba, simultáneamente, un paso hacia la especialización de la organización sanitaria mediante la técnica de las delegaciones, más atrás referida, y otro, rotundo, hacia la centralización del sistema.

La progresiva absorción por la Administración central de lo que las leyes declaraban de la «exclusiva competencia» municipal, no se descaminará en el futuro. Un simple cambio de la denominación «inspectores» por la de «jefes» (31) es, en realidad, el cambio más notable que puede reseñarse en lo que se refiere a los planteamientos actuales, salvando la distancia que supone el que hoy la asunción por aquéllos de competencias propias de los entes locales reviste caracteres mucho más intensos.

(29) Exposición de motivos del Decreto de 3 de septiembre de 1933. El Decreto de 20 de noviembre de 1931 había suprimido los subdelegados de la rama veterinaria.

(30) Los subdelegados fueron un tosco y primitivo exponente de un principio de Administración sanitaria que hoy no se cumple y que es necesario integrar en la organización del sector: la separación entre los agentes que ejercen las funciones de inspección y las personas a las que les están encomendadas las funciones de asistencia sanitaria a la población. Ambas funciones están hoy unidas, por efecto posterior de las reformas a que me refiero en el texto, en las personas de los médicos titulares, lo cual entorpece notoriamente el ejercicio de las mismas, ya que difícilmente puede sancionar el inspector a las personas que debe atender y de las que depende económicamente, y éstas, por su parte, perderán ante aquél la confianza que deben tener ante el médico de cabecera. En el mismo sentido, *vid.* MARTÍN GONZÁLEZ, M.: *Sanidad pública*, cit., II, p. 672.

(31) *Vid.* Orden de 30 de septiembre de 1930 y bases 19 y 24 de la Ley de 25 de noviembre de 1944.

3. Las mancomunidades sanitarias de municipios

La centralización se hacía cada vez más acusada, pero la Administración del Estado, que se iba haciendo cargo íntegramente de la dirección y la gestión de los asuntos sanitarios no estaba, en cambio, dispuesta a asumir la carga de su sostenimiento financiero.

El mantenimiento del sistema de Juntas de Sanidad, reconocido ya en las primeras disposiciones sobre régimen local, que se nutrían de una representación del vecindario de cada localidad, había sido útil, más que para otra cosa, para alentar la ilusión de los municipios de que realmente participaban en la tarea de tutelar la salud pública. Lo cierto es que, salvo los casos en que el desconcierto producido por las eventuales alteraciones sanitarias condujera a las Juntas a adoptar decisiones por sí mismas (32), su papel será de mero asesoramiento y se prescindirá de ellas con frecuencia. Su presencia servirá, sin embargo, para mantener viva una conciencia de participación en cuestiones que paulatinamente iban siendo asumidas por la Administración central, de lo que derivará el importante efecto de que se podrá seguir pidiendo a los entes locales que satisfagan el costo de los servicios sanitarios, que al fin y a la postre, según expresaban sin lugar a dudas los textos legales, les «perteneían».

Todo ello suponía una contradicción continua, no ya sólo porque el carácter representativo de las Juntas se iba perdiendo irremediabilmente al adoptar de forma cada vez más clara una composición burocrática pura, sino porque la razón fundamental aducida para justificar la intervención estatal era la escasa capacidad de gestión de los entes locales, incapacidad que, sin duda, procedía de la escasez de medios con que contaban. Sin embargo, no se sacaron de estos razonamientos sino consecuencias parciales con lo que la mayor parte del peso del sostenimiento de la Sanidad recaería en los municipios.

De cualquier forma a los entes locales, al menos a la mayoría de ellos, les resultaba sumamente difícil hacer frente a sus

(32) Vid. cuanto dice sobre el tema ALCUBILLA en su *Diccionario de Administración*, Madrid, 1898, vol. X, voz *Sanidad*.

obligaciones sanitarias, por lo que tempranamente (33) se hubo de acudir a la fórmula de obligarlos a asociarse con los más inmediatos, en principio sólo para (mediante aportaciones a un fondo común) poder pagar a los facultativos contratados para la asistencia benéfica y, más tarde, para poder sostener instituciones sanitarias más ambiciosas. El sistema de asociaciones forzosas se fortalecería en la legislación municipalista de la dictadura (34) y sería establecido como auténtico principio básico de ordenación del sector por la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934, la cual exigía el establecimiento en cada provincia de una mancomunidad sanitaria de municipios.

Puede parecer que llegados a la generalización del sistema de mancomunidades la tendencia centralizadora desarrollada hasta entonces quebraría en favor de la autonomía gestora de los entes locales. Puede lícitamente pensarse así si se tiene en cuenta tan sólo que la técnica asociativa aplicada a la organización de los entes locales, conduce normalmente a un fortalecimiento de su posición con respecto a la Administración Central o, lo que es lo mismo, produce un efecto descentralizador (35). Sin embargo, si se examina detenidamente el contenido de la ley citada de 1934 y de las normas dictadas para su desarrollo puede muy bien llegarse a conclusiones totalmente contrarias, es más, cabe afirmar que fue precisamente en el momento del establecimiento de las mancomunidades cuando se dio el paso definitivo hacia la total centralización del sec-

(33) El establecimiento de asociaciones forzosas de municipios para cubrir necesidades sanitarias fue ordenado por la Ley de 28 de noviembre de 1855, adelantándose así a la generalización del sistema operada más tarde por las normas reguladoras del régimen local. Como es conocido, la primera Ley Municipal que regula la asociación voluntaria de municipios es la de 1870. Las asociaciones forzosas aparecerían más tardíamente en la legislación municipalista: intentos en este sentido se contienen en el proyecto de Ley Municipal de 1891, en el proyecto Maura de 1903 y en el proyecto Romanones de 1905. El Estatuto Municipal diferencia ya las agrupaciones forzosas y las mancomunidades de municipios.

(34) *Vid.* artículos 150, párrafos 10 y 15, y 202 del Estatuto Municipal de 1924.

(35) Sobre las mancomunidades municipales en general y su régimen jurídico puede verse MARTÍN MATEO, R.: *El horizonte de la descentralización*, Madrid, 1969, página 168; JORDANA DE POZAS, J.: «Intermunicipalismo, mancomunidades y asociaciones de municipios», en sus *Estudios de Administración local y general*, Madrid, 1961; MARQUÉS CARBÓ, L.: «La cooperación intermunicipal», en *Estudios en homenaje a Jordana de Pozas*, vol. III, Madrid, 1962; MORELL OCAÑA, L.: *Asociaciones de Corporaciones locales*, Málaga, 1972.

tor (36). Por lo pronto el texto de la ley empezaba aclarando que «la Sanidad será una función de colaboración reglada de actividades municipales, provinciales y estatales, bajo la dirección técnica y administrativa del Estado» para después demostrar cumplidamente a lo largo de sus bases lo mismo que haría su reglamento, aprobado por Decreto de 14 de junio de 1935, que la función estatal iba mucho más allá de la mera dirección técnica, pues de hecho quienes ejercían la parte de competencias correspondientes a los municipios eran agentes de la Administración del Estado. Mantenía además la ley que los servicios municipales de Sanidad eran simplemente complementarios de la acción estatal (37), de tal manera que el principio de exclusividad de las competencias de aquéllos quedaría roto tantas veces como la Administración central decidiera asumir la prestación de algún servicio en concreto. Además las mancomunidades estaban dirigidas por una Junta Administrativa en la que si bien en principio hubo alguna representación de los entes asociados, similar era la participación que en ella tenían los funcionarios estatales; la Ley de Sanidad de 1944 establecería definitivamente que la presidencia de aquella Junta correspondía al delegado de Hacienda de la provincia.

Con todo ello queda de manifiesto que el objetivo realmente perseguido con el establecimiento de las mancomunidades sanitarias era utilizar un sistema organizativo que asegurase e hiciese más continuas y eficaces las aportaciones económicas de los Ayuntamientos en la financiación de unos servicios que cada vez escapaban en mayor medida de su horizonte. Creo que ello se demuestra suficientemente con la observación de que cuando los servicios periféricos de la Administración estatal se robustecieron (38) y ésta decidió asumir el pago de los haberes de los sanitarios locales (objetivo fundamental de las

(36) Vid. GARCÍA TRIVIJANO, J. A.: «Relación orgánica y relación de servicio en los funcionarios públicos», *RAP*, núm. 13.

(37) La base tercera de la Ley contiene la siguiente afirmación: «Los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios a que se refiere la presente Ley seguirán teniendo el carácter municipal, provincial o interprovincial que le reconozcan las leyes, reglamentos y complementarios del Estado», con lo que claramente quedaba dicho que en todo caso eran las competencias estatales las que prevalecían.

(38) Fundamentalmente a partir del establecimiento de las Jefaturas Provinciales de Sanidad, tras la reforma operada por la Orden de 30 de septiembre de 1939.

mancomunidades) aquéllas fueron suprimidas (39). Años antes habían sido clasificadas por el Decreto de 14 de junio de 1962, dictado en desarrollo de la Ley de Entidades Estatales Autónomas, como organismos autónomos dependientes del Ministerio de la Gobernación. El dato es por sí mismo lo suficientemente expresivo, lo que me ahorra mayores comentarios.

4. *Los sanitarios locales*

Creo que en ningún aspecto el proceso de centralización de la Sanidad se manifiesta de forma más palmaria que con la contemplación de los resultados del análisis referente a la evolución del personal especializado adscrito a los servicios sanitarios locales. Con objeto de examinar tan sólo los rasgos más significativos de las transformaciones experimentadas por este personal, me referiré en lo esencial a lo concerniente a los profesionales de la medicina, si bien pueden generalizarse las observaciones que se hagan respecto de los mismos a los farmacéuticos y veterinarios.

En su origen, la adscripción de este personal a los servicios municipales se operaba mediante un contrato que los Ayuntamientos estaban obligados a celebrar. El establecimiento de la obligatoriedad de contratar facultativos será una consecuencia de la aprobación de la Ley de 23 de enero-6 de febrero de 1822, sobre Beneficencia, que recogerá después la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias de 3 de febrero de 1823; los artículos 12 y ss. de esta última norma muestran que la finalidad perseguida al preceptuar la contratación de facultativos era tener suficientemente atendida la asistencia sanitaria a los pobres. Era, pues, una función típica de beneficencia lo que aquellos médicos debían cumplir (40).

(39) Antes de su supresión, el Decreto de 14 de junio de 1962 clasificó a las mancomunidades sanitarias en el grupo B). La oportunidad para la supresión de las mancomunidades sanitarias la ofreció el Decreto-ley de 3 de octubre de 1966; en uso de la autorización contenida en esta norma se dictó el Decreto de 19 de agosto de 1967, sobre supresión e integración de organismos autónomos en la Administración Civil del Estado, por el que se suprimían las mancomunidades además de otros organismos.

(40) En cuanto que era una actividad ordenada de manera directa a la protección general de lo indigentes y no a la tutela de la salud pública. Vid. las diferencias entre ambas instituciones en razón a las finalidades que cada una de ellas persigue en MARTÍN GONZÁLEZ, M.: *Sanidad pública...*, cit., II.

Sin embargo, poco a poco irán ampliando su campo de actividad y empezarán a hacerse imprescindibles para que los Ayuntamientos pudieran ejercer correctamente sus competencias sanitarias. En la Ley de Sanidad de 1855 se les encomienda a los médicos, cirujanos y farmacéuticos (a los que ya se les identifica como «titulares») la misión de «auxiliar con sus consejos científicos a los municipios en todo cuanto diga relación con la policía sanitaria» (41). Con ello dejarán de ser estrictamente médicos de beneficencia para empezar a intervenir en asuntos típicamente sanitarios. En principio, los Ayuntamientos venían cumpliendo mal la obligación de contratar facultativos que las leyes les encomendaban, por lo que se hubieron de dictar diversos reglamentos regulando más estrechamente esta materia (Real Orden de 9 de noviembre de 1864, Real Decreto de 9 de noviembre de 1864, Real Orden de 6 de diciembre de 1865, Reglamento de 24 de octubre de 1873); en las leyes de régimen local cobrará primacía entre todas las competencias de los Ayuntamientos la de celebrar estos contratos. El último de los reglamentos citados, de 24 de octubre de 1873, iniciará ya el camino, que será irreversible, hacia la conversión en funcionarios municipales, inamovibles, a los médicos contratados: se establecía la obligación de que en los Gobiernos civiles existiera una relación alfabética de los facultativos entre los cuales los Ayuntamientos habían de elegir a la hora de contratar, y, si no lo hacían, el gobernador les impondría la persona que estimase adecuada de entre los inscritos; el contrato se entendería válido por tiempo indefinido (42).

La Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904 constituiría a los médicos titulares en Cuerpo (43) y la contratación por los Ayuntamientos habría de hacerse en lo sucesivo

(41) Artículo 64 de la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855.

(42) El Reglamento posterior, de 14 de junio de 1891, establecería que los contratos que se celebrasen entre los médicos y los Ayuntamientos tendrían una duración máxima de cuatro años, pero esta restricción desaparecería tras aprobarse la Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904; aducía para ello esta norma última que «en nada daña a la autoridad de los municipios el que amparando derechos, si no escritos, unánimemente reconocidos, se regularice la prórroga tácita de un contrato de arrendamiento de servicios, previo cumplimiento por ambas partes de las condiciones estipuladas».

(43) En desarrollo de lo dispuesto en la Instrucción se aprobaría en seguida el *Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares de España*, aprobado por Real Decreto de 11 de octubre de 1884.

entre los que pertenecían al mismo por haber superado la oportuna oposición. Con ello la Instrucción General de Sanidad (aprobada por Decreto) venía a introducir serias limitaciones en la absoluta autonomía que la Ley Municipal de 1877 concedía a los municipios para contratar a los médicos titulares (44). En la misma Instrucción se producirá también un cambio sustancial en las relaciones de dependencia de estos sanitarios, ya que por declaración expresa de la misma en los pueblos cabezas de partido será inspector municipal de Sanidad el subdelegado de medicina y, en los demás, *el médico titular*. De ello resultaba que en la mayoría de los casos coincidirían en una misma persona el cargo de médico titular y el de inspector municipal, agente este último vinculado jerárquicamente a través del alcalde y el gobernador a la Administración central. De esta manera, se superponen en un mismo funcionario la vinculación al Ayuntamiento y a la Administración del Estado y, dado que el cargo de inspector era más relevante y sus funciones como tal duplicaban en muchos casos (y primaban siempre) las ejercidas como titular (que eran las enumeradas en la legislación como propias de los municipios), se adivina sin esfuerzo que en lo sucesivo el Estado tenía abierta una nueva y definitiva vía de penetración en el reducto de los asuntos sanitarios municipales, puesto que éstos iban a ser, en muchos casos, gestionados por un agente dependiente de él.

Esta dependencia de la Administración del Estado culminará más tarde a consecuencia de la aprobación de la Ley de Coordinación Sanitaria de 1934, ya citada; casi inmediatamente después de la ley se dictaron reglamentos para cada uno de

(44) En razón a que la contratación ya no se haría libremente, sino que habría de elegirse forzosamente a un médico perteneciente al referido Cuerpo. Todas estas restricciones a la autonomía municipal condujeron a que se dictase el Real Decreto de 15 de noviembre de 1909, persiguiendo restablecer en su integridad la Ley Municipal vigente, derogando cuantas disposiciones de carácter administrativo hubiesen sido dictadas para interpretarla. Sin embargo, esta disposición fue inocua en lo que respecta al sector sanitario; incluso se llegó a dictar una Real Orden de 13 de agosto de 1913 para dar una interpretación acorde con la deseada continuidad de la situación al Real Decreto de 1909; dicha Real Orden decía que aquella norma «no ha derogado la Instrucción de Sanidad de 12 de enero de 1904, ni los Reglamentos de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios Titulares, consecuencia de ellas, disposiciones dictadas en ejecución de la Ley de Sanidad de 1855»; pretensión desde luego extrema, porque la Instrucción había modificado en bastantes puntos la Ley de la que pretendía ser desarrollo.

los Cuerpos Sanitarios locales (45), el de los médicos titulares fue aprobado por Orden de 29 de septiembre de 1934; en este reglamento se calificaba a aquéllos de «funcionarios técnicos del Estado» con lo cual los médicos conseguirán definitivamente la inamovilidad y la Administración central tener funcionarios destacados en cada pueblo que ejercían materialmente las competencias atribuidas a los entes locales. Los haberes se satisfacían sin embargo con cargo a los presupuestos de las mancomunidades sanitarias lo que abona la tesis más atrás sostenida acerca de la razón de su existencia. Sin embargo, pronto empezará el Estado a asumir la mencionada carga; la Ley de 31 de diciembre de 1941 determinaría el traspaso al Estado de la obligación de abonar los sueldos a determinadas categorías de médicos; decía su preámbulo, y es una declaración muy ilustrativa, que con ello se pretendía «que tales funcionarios pasen a depender directamente del Estado en el orden económico, como ya lo están en el facultativo y el técnico». En esta línea, la Ley de 30 de marzo de 1954 generalizaría la asunción del pago por el Estado de los demás funcionarios de los cuerpos sanitarios locales (46). Y este proceso quedaría, en fin, consumado con la aprobación de la Ley de 24 de diciembre de 1962, cuyo artículo 7 expresaba: «El Estado asume el pago de la totalidad de los haberes activos del personal de los servicios sanitarios municipales; se comprenderán en dicha medida los sueldos, quinquenios, u otros conceptos legalmente reconocidos.»

De esta forma, la estatización de los Cuerpos Sanitarios locales se completa; la participación de los entes locales no se referirá ya ni siquiera a su tradicional papel de sostenedores

(45) La base 19 de la referida Ley estableció que se dictasen los reglamentos de constitución y régimen de los Cuerpos Farmacéuticos Titulares y de Médicos Titulares y la Ley de 27 de diciembre de 1934 ordenó la configuración de los diversos reglamentos. A ellos se remitió después la Ley Municipal de 1935. Los reglamentos de Veterinarios y Farmacéuticos Titulares se dictaron ambos el 14 de junio de 1934; el de Médicos Titulares, el 29 de septiembre de 1934; el de Odontólogos, Matronas y Practicantes, el 14 de junio de 1935, y el de Médicos de Casas de Socorro y Hospitales Municipales, muy posteriormente, por Orden de 15 de febrero de 1943.

(46) Esta Ley se refería tanto a los médicos como a los farmacéuticos, veterinarios, etcétera. Respecto a los primeros, su artículo 4.º expresaba que «los sueldos, quinquenios y gratificaciones extraordinarias de los médicos de asistencia pública domiciliaria de tercera, cuarta y quinta categoría se pagarán con cargo a los presupuestos del Estado, y los haberes del restante personal establecido en la Ley se seguirán pagando con cargo a los presupuestos municipales».

materiales de los servicios. Los sanitarios locales son funcionarios técnicos del Estado, hecho que, cara a la centralización del sistema tiene una importancia incuestionable: muchos asuntos sanitarios siguen, según el tenor literal de las leyes, perteneciendo en exclusiva a los municipios, pero «la centralización de medios (funcionarios y posibilidades económicas) provoca inexorablemente la de la función» (47). No es posible interpretar que la Sanidad sea una función planificada y dirigida por el Estado cuya gestión se atribuye a los entes locales, de ser así sería preciso que las Corporaciones locales fueran realmente responsables del ejercicio de estos cometidos, que los desarrollasen a través de su actividad y régimen peculiares aportando sus propios medios financieros y personales. Sin embargo, a los entes locales se les utiliza como meras demarcaciones territoriales de la Administración estatal, jerárquicamente subordinados a sus decisiones individuales—no en Administraciones ejecutorias de las normas generales—, y de esta manera es lógico que sea la Administración competente la que les suministre los medios precisos. Se ha consumado así un auténtico desapoderamiento material de las competencias a los entes locales, evitándose solapadamente el mal efecto que hubiera producido el hacer desaparecer de los textos la «importante» contribución de los entes locales a la gestión de la Sanidad.

III. Problemas actuales de los servicios sanitarios locales

A) PÉRDIDA DE VIGENCIA DE LOS PLANTEAMIENTOS TRADICIONALES

Puede resumirse en muy pocas palabras cuál ha sido el auténtico sentido de la evolución de los servicios sanitarios locales, que ha venido a consumir en nuestros días su actual configuración: a los Ayuntamientos les han estado siempre atribuidas *ex lege* funciones de Sanidad preventiva consistentes en la limpieza viaria, el saneamiento del medio, la determinación de la ubicación correcta de cementerios, fábricas, control de

(47) SAINZ DE ROBLES, F. C.: «Organización local, autoridades y funcionarios», en el libro colectivo *Descentralización administrativa y organización política*, Madrid, 1973, II, página 287.

las condiciones sanitarias de los establecimientos abiertos al público, etc., junto a otras de gran importancia consistentes en la asistencia sanitaria a las familias desvalidas. Como consecuencia fueron legalmente obligados a contratar personal especializado que cumpliera estas funciones. En realidad, para la primera de ellas, hubiera bastado con que en cada provincia existieran un número no muy abundante de sanitarios que se dedicasen precisamente a la inspección, sin embargo, las funciones de beneficencia requerían poco menos que un médico en cada pueblo. De la combinación de ambas necesidades y del no menor empuje de los estamentos profesionales, resultó una situación en la que la cifra de médicos titulares existentes estaba muy próxima a la de municipios (48).

Sin embargo, en nuestros días, precisamente cuando se consume esta evolución, los planteamientos habían cambiado totalmente. Ahora lo que la población reclama es asistencia concreta en caso de enfermedad, y no estricta prevención frente a las amenazas de la enfermedad ofrecida a la comunidad considerada como tal. A la Sanidad pública se le exige hoy que se detenga a examinar los problemas de cada ciudadano, y, sin embargo, no lo hace, manteniéndose, enquistada, en su configuración tradicional, mientras que otro sistema, el de Seguros obligatorios, va a empezar a dar respuesta a las nuevas necesidades, empezando por cubrir las de la población laboral.

La creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad vendría a plantear la necesidad de encontrar personal a través del cual pudiesen hacerse efectivas las prestaciones sanitarias. La solución más fácil era, desde luego, hacer médicos del Seguro a los titulares, como efectivamente hizo la Orden de 25 de noviembre de 1947 (corregida por la de 26 de enero de 1948): «Todo médico titular o de Asistencia pública domiciliaria en servicio activo con plaza en propiedad e interinamente de todas las categorías, será designado automáticamente, médico del Seguro Obligatorio de Enfermedad con igual carácter que tenga el nombramiento de médico titular, con la obligación ineludible, por parte de estos facultativos de ejercer ambos cargos una

(48) El Decreto de 21 de noviembre de 1974 señala que son 8.601 los puestos de trabajo existentes en la actualidad para médicos titulares.

vez tomada posesión del de titular, cesando como consecuencia en los dos simultáneamente, y a todos los efectos, al cesar en uno de ellos, cualquiera que sea la causa que lo motive». La medida, tomada por una simple Orden ministerial no podía ser más trascendental y sus consecuencias tampoco más graves; por lo pronto recibió el espaldarazo definitivo en el Reglamento de personal de los servicios sanitarios locales (49) y disposiciones posteriores.

He aquí, por tanto, una peculiar integración de la Sanidad operada en las personas de los médicos titulares, es decir, en el único punto en que lo que debe plantearse hoy en nuestro país como meta de una reforma es, sin embargo, inconveniente; la unión en una persona de las funciones de inspector y médico de cabecera, no es, con mucho, una situación ideal ya que surgen inmediatamente los inconvenientes propios derivados de que la relación de confianza que se debe tener ante el médico, se verá quebrantada ante el inspector, que debe controlar y sancionar las posibles infracciones de los que son sus clientes (50).

Pero al margen de las anteriores consideraciones, las contradicciones mayores del sistema provienen hoy de otros hechos: los enfermos atendidos por la Beneficencia, razón primera de la existencia de los titulares, han decrecido en los últimos años de forma aparatosa, a la par que el campo de cobertura de la Seguridad Social se ha ensanchado. Esto quiere decir que por parte del Estado sostenedor de los médicos, al menos en puros principios, como titulares (para la asistencia a enfermos pobres) y no como médicos de la Seguridad Social, el interés por mantener un médico en cada pueblo debería lógicamente decrecer. ¿Para qué hacen falta médicos de beneficencia si no hay enfermos que atender? Por otro lado, las funciones de Sanidad preventiva han decrecido notablemente para los médicos titulares, ya que no hay una epidemia amenazando extenderse al menor descuido, como en otras épocas; ahora casi todo se resume en la esporádica realización de las campañas sanitarias que programa la Dirección General de Sanidad y en una poco extensa labor de

(49) Este Reglamento se aprobó por Decreto de 17 de diciembre de 1953.

(50) En este sentido, MARTÍN GONZÁLEZ, M., *ob. cit.*, II.

inspección de establecimientos, trabajos para los que, como bien se comprende, no son precisos más de 8.000 médicos titulares como hay en nuestro país. Los intereses de la Seguridad Social son, en cambio, bien diferentes; lo que la actividad tradicional de los médicos titulares ha decrecido, ha aumentado en cuanto médicos adscritos al sistema de la Seguridad Social; la asistencia sanitaria requiere una aproximación del médico al enfermo. Por ello los intereses del Estado y los de la Seguridad Social difieren de forma grave, sobre todo si se intenta encontrar la lógica interna de los respectivos sistemas. A la Sanidad Nacional le interesa desprenderse de buena parte de ese personal y reestructurar los partidos médicos con arreglo a las exigencias lógicas del sector que le corresponde ordenar; a la Seguridad Social, todo lo contrario. Así ocurre que la Dirección General de Sanidad, que sólo se ocupa del sector preventivo, planifica y distribuye los efectivos de personal, teniendo en cuenta los intereses del sector asistencial de la Seguridad Social, en el que no tiene competencia alguna (51). La situación, como puede observarse, es muy confusa y los planteamientos enormemente equivocados, lo que exige una urgente reordenación.

No se olvida con lo dicho que mejorar tan dificultoso sistema es sumamente complejo, pues los médicos titulares, con gran esfuerzo a lo largo de su historia, han conseguido ser hoy funcionarios de la Administración civil del Estado, y la propia contextura y rigidez de la relación funcional es un grave inconveniente para un replanteamiento *ex radice* del sistema de Sanidad local. En Sanidad, como en ningún otro sector, es conveniente, incluso necesario, que, al menos en muchos casos, la relación funcional quede desplazada, dando paso a otras formas de vinculación del personal más flexible que permitan la adecuación de los servicios a las necesidades de cada momento (52).

(51) Al menos las competencias que ostenta son muy escasas y provienen de la gestión de los centros creados para la atención de enfermos aquejados de dolencias socialmente trascendentes (en su mayoría dependientes de los hoy suprimidos Patronatos Nacionales Antituberculosos y de las Enfermedades del Tórax y de Asistencia Psiquiátrica), integrados hoy en el organismo autónomo *Administración Institucional de la Sanidad Nacional*, creado por Decreto-ley de 29 de diciembre de 1972.

(52) *Vid.*, en este sentido, ORTIZ DÍAZ, J.: *La descentralización territorial en la Administración local*, Madrid, 1972, p. 75.

En los últimos años la Administración pública parece decidida a intentar un replanteamiento de los servicios sanitarios locales, a base de agrupar municipios en comarcas sanitarias desde las que se atiendan sus necesidades. Me referiré más adelante a estos nuevos enfoques, pero baste por ahora con constatar que los anuncios de cambio se han visto acompañados de una medida que no puede ser más contradictoria con la situación descrita hasta aquí.

Consecuentemente con la escasez de funciones de los médicos, en cuanto que funcionarios del Estado, a que me he referido, después de dictarse la Ley de Retribuciones para los funcionarios civiles del Estado, de 4 de mayo de 1965, en cuyo artículo segundo se excluía del ámbito de la Ley el personal de los servicios sanitarios locales, se dictó otra de 28 de diciembre de 1966, que regulaba el régimen retributivo del mencionado personal. Según preveía esta ley, y luego quedó plasmado en el Decreto de 2 de febrero de 1967, se establecieron, a efectos retributivos, equivalencias en el grado de actividad de los Cuerpos de funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Sanidad local, respecto de la jornada normal de trabajo de los funcionarios civiles del Estado. Para los médicos titulares la equivalencia se estableció en el cincuenta por ciento, porcentaje que no era, con mucho, exiguo.

Pues, bien recientemente el Decreto de 7 de julio de 1972 ha cambiado radicalmente las cosas, estableciendo la mencionada equivalencia en el ciento por ciento, aduciendo como motivo del cambio las mayores funciones que están llamados los titulares a desempeñar como consecuencia del III Plan de Desarrollo. En dicho Plan no encuentro, sin embargo, ningún cometido nuevo que haga esperar mayor actividad, sino tal vez lo contrario; si bien es cierto que esta medida puede estimular el que los médicos acudan a las zonas rurales, no lo es menos que dichas retribuciones no se correspondan con la realidad de los servicios que prestan. A quien sí interesa este aumento de retribuciones es a la Seguridad Social, que puede disponer así de un personal semifinanciado. Tal y como están las cosas hoy, lo cierto es que, pese a que la Administración pública no interviene en la prestación de asistencia sanitaria en las demarcaciones territoriales

inferiores, si el sector rural está medianamente atendido es gracias a la presencia de los médicos pagados con el presupuesto del Estado. Por ello, la medida que acabamos de comentar, analizada desde el punto de vista de la necesidad de que el citado sector cuente con los técnicos necesarios es plausible sin condiciones. Pero, ya que los servicios sanitarios rurales están atendidos gracias a la intervención del Estado, lo que es menos lógico es que los médicos titulares no dependan exclusivamente del Estado, sino que mantengan una relación de servicio con la Seguridad Social, cuyos intereses son los que atienden fundamentalmente durante la jornada normal de trabajo.

Se comprenderá que con esta situación no sería extremoso ni difícil convertir la asistencia que prestan los médicos titulares en un servicio a cargo de la Administración pública, pues, sin declaraciones formales en tal sentido, ocurre que es ella quien realmente lo mantiene, aunque el prestador material de los servicios sea la Seguridad Social. Convertida la asistencia en estas zonas en servicio público, de él podrán beneficiarse todos los ciudadanos en igualdad de condiciones, cualquiera que fuese su extracción social, con independencia de que, según su condición (rico, trabajador o pobre), el pago de los servicios prestados pudiera recaer parcialmente sobre el peculio propio del asistido o de la Seguridad Social o fuera financiado por el Estado. De esta forma serían aprovechados consecuentemente los gastos que ahora se realizan y que no se corresponden, desde luego, con lo que el buen funcionamiento de los servicios estatales exige, sino con la eficacia necesaria del sistema de Seguridad Social, lo cual, de momento, es sólo una solapada forma de ayuda financiera a la misma que no figura formalmente como tal entre las aportaciones presupuestarias del Estado.

B) OBSERVACIONES SOBRE LOS LLAMADOS PARTIDOS MÉDICOS CERRADOS

Hemos visto cómo la programación y distribución de los efectivos de sanitarios locales se hace desde la Dirección General de Sanidad, pensando en las funciones que tienen que cumplir, dada su vinculación al sistema de Seguridad Social (organización que se desenvuelve con completa independencia de aquel centro

directivo), lo que lleva a resultados bien diferentes de los que derivarían de atenderse sólo al ejercicio de las competencias atribuidas a la Dirección responsable de aquel personal. Produce ya notable perplejidad examinar tan extraña situación; pero puede aún aumentar si se analizan los remedios que se han ordenado para resolver el grave problema que supone la falta de atractivos que ofrecen las zonas rurales a los profesionales de la medicina.

La Orden de 22 de junio de 1951 prescribía que en cada provincia se constituyera una Comisión integrada por diversas autoridades, representantes de la clase médica y de los vecinos de los pueblos, la cual se encargaría de redactar un «proyecto de clasificación de los Ayuntamientos que no excedan de seis mil habitantes de derecho... *determinando aquéllos en que solamente puedan ejercer el médico o médicos titulares (A. P. D.) o del Seguro de Enfermedad*, nombrados de acuerdo con la legislación vigente, y asimismo aquellos otros Ayuntamientos de censo de población comprendido en el límite marcado en que, *además de los médicos aludidos, puedan ejercer uno o más médicos con carácter libre*, precisando para cada Ayuntamiento el carácter de éstos». La clasificación referida había de ser aprobada por el Ministerio de la Gobernación.

Me parece que el contenido del precepto transcrito es lo suficientemente claro como para no tener que añadir por mi parte que de lo que se trataba, dicho de forma más llana, era de ofrecer a los médicos que se decidieran a acudir a ejercer su profesión en los pequeños municipios el monopolio de la asistencia a los mismos, con el consiguiente efecto de que, además de los consiguientes sueldos del Estado y de la Seguridad Social, se les aseguraban, sin disputa posible, los honorarios resultantes del ejercicio de su profesión como médico libre. A este respecto es significativo constatar que ya la Ley de Sanidad de 1855, al enfrentarse con el problema que, salvadas las distancias, estaba planteado entonces en similares términos, declaró expresamente que «los profesores de la ciencia de curar podrán ejercer libremente la profesión para que estén debidamente autorizados, quedando derogados los privilegios que contra la ley o reglamentos vigentes se hubieran otorgado». Uno de los más caracterizados

de estos privilegios consistía en la posibilidad de ejercer la medicina en el llamado régimen de partido cerrado. Este sistema respondía, como hoy, a la necesidad de atraer médicos a las zonas rurales, ofreciéndoles una sustanciosa fuente de ingresos, no limitada a la cuantía de su contrato con el Ayuntamiento, sino ampliada a los recursos adicionales que proporcionaba el consiguiente sistema de igualas que, por fuerza, habían de aceptar los vecinos si querían ser asistidos por el único y excluyente facultativo existente en la localidad, ya que si se deseaba consultar a otro médico no por ello se quedaba eximido del pago.

Años después de aprobarse la ley citada empezaron a establecerse de nuevo partidos cerrados, pero contra ello se pronunció expresamente la Real Orden de 17 de abril de 1877, en la que se decía que la razón de obligar a los Municipios a contratar facultativos era de carácter benéfico y se concretaba en la necesidad de que recibieran asistencia sanitaria los enfermos pobres, pero que ello debía de hacerse con el menor gravamen posible para los contribuyentes; de contratar un facultativo que ostentara el monopolio de la asistencia resultaría—según dice la Orden—mayor «gravamen para los fondos municipales y, de consiguiente, para los vecinos, así pudientes como pobres»; y añadía: «desde el instante que se estipulase la asistencia a todo el vecindario, no sólo resultaría ilusoria esta prescripción, sino que además se coartaría la libertad del médico y la de los vecinos pudientes, a quienes no puede la Junta municipal obligar a que se sirvan de un facultativo determinado o a que, si no tiene confianza en el titular, paguen, además del crecido sueldo de éste, las dietas que quiera exigirles el médico particular que les asista».

Tienen una sorprendente vigencia los argumentos aducidos por la transcrita Real Orden, pues, como hemos podido señalar, el sistema de partidos cerrados ha vuelto a recuperar su vigencia. Ciertamente es grave el problema que plantea la asistencia sanitaria en las zonas rurales, debido a la escasez de médicos y a la tendencia manifiesta de éstos a permanecer en las grandes urbes, donde se les ofrecen mejores medios y más alagüeñas perspectivas profesionales. La penuria de las zonas rurales hace incluso difícil el adecuado ejercicio de la medicina

y no se pueden ofrecer al cliente los necesarios medios de diagnóstico y tratamiento; pero, desde luego, no es el sistema de asegurar pingües beneficios a los médicos que se decidan a acudir a aquéllas el que parece más adecuado, sino, por el contrario, el de establecer equipos y establecimientos sanitarios idóneos en las zonas rurales; aquella solución sólo aseguraría, cuando más, la presencia de un médico en cada pueblo, pero no la adecuada asistencia a la población, que es cosa bien distinta.

Por otra parte, asegurar una adecuada asistencia sanitaria a la población es un objetivo que, sin duda, merece una rigurosa regulación; en aras a la misma pueden, lógicamente, sacrificarse derechos e intereses individuales; pero no cabe duda también que hay que buscar una instrumentación consecuente para estas técnicas y plasmarlas en normas de rango adecuado, que garanticen suficientemente los derechos individuales ante las intervenciones de la Administración. Limitaciones tan drásticas para éstos como son el establecimiento de partidos médicos cerrados es obvio que exigen algo más que una simple Orden ministerial (53).

Obligar a todo un núcleo de población a servirse de un mismo facultativo o a pagar grandes cantidades para poder utilizar los servicios de otro (opción irrelevante si se carece de recursos para ello) va en contra de uno de los principios que deben ser más rotundamente defendidos: la libre elección de médico (54). Principio que incluso no quiebra y se cuida con toda meticulosidad en los países en que la medicina está completamente socializada (55), como correctivo de los inconvenientes que pueden

(53) También en nuestro Derecho puede interpretarse de lo dispuesto en las diferentes Leyes Fundamentales (y no sólo en los artículos 10 y 12 de la Ley de Cortes) que las limitaciones de derechos están en todo caso reservadas a la Ley. *Vid.*, en este sentido, GARCÍA DE ENTERRÍA, E., o FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, T. R.: *Curso de Derecho administrativo*, Madrid, 1974.

(54) *Vid.*, sobre estos temas, HATZFELD, H.: *La crisis de la medicina liberal*, traducción española, Barcelona, 1965; VILLAR SALINAS: «Presente, pasado y futuro de la profesión médica», *Riss*, II, 1949; SAVATIER, J.: «Une profession libérale face au mouvement contemporaine de socialization», *Rev. de Droit Social*, núms. 9-10, 1962; POURCEL-BROOTSCHERT: *La profession medical et son avenir*, París, 1965.

(55) Servicios sanitarios modelos en países de sistemas políticos distintos son los de la URSS, en los que la integración de los servicios es total. *Vid.* FELMAN, H.: *La santé publique en URSS*, 1960; MITREU: *La protection de la santé publique en URSS*, 1944; SIGERIST: *Socialized medicine in the Soviet Union*, 1957; CORSETTI: «Sull'organizzazioni sanitarie dell'URSS», en *Difesa Sociales*, 1941, núm. 6, p. 519; OMS: «Les services de santé en URSS, *Cuadernos de Salud Pública*, 1960, núm. 3. También es una experien-

resultar del peligro palpable en estos sistemas de burocratización de la asistencia médica.

Los partidos médicos cerrados son, pues, una torpe y difícilmente justificable corrección de un problema, como es el de la falta de atractivo de las zonas rurales para los profesionales de la medicina, que debe resolverse dotando a estas zonas de mejores medios y no asegurando sustanciosas ganancias y un lugar donde practicar a los jóvenes profesionales.

Los partidos médicos cerrados siguen teniendo hoy plena vigencia, si bien recientemente ha sido dictada una Orden de 24 de abril de 1974 con la que, sin duda, se trata de superar los grandes problemas derivados de las concentraciones de veraneantes en pequeñas localidades, que no alcanzan fuera de temporada los seis mil habitantes pero que superan con creces esta cifra, debido a la afluencia del turismo, en determinadas épocas del año, desbordando entonces la demanda de asistencia las posibilidades del médico titular ejerciente en el lugar. La referida Orden determina que los partidos médicos cerrados se declararán abiertos en cuanto un municipio supere los seis mil habitantes de derecho; igualmente la Dirección General de Sanidad podrá ordenar la apertura de aquéllos, aun cuando la población del partido de que se trate no supere los seis mil habitantes de derecho, si dicha cifra es sobrepasada de hecho en cualquier época del año. No estaría de más que se diera un nuevo paso en este sentido que condujera a la supresión total de tan arcaico, inadecuado e injusto sistema.

cia ejemplar la inglesa; sobre ésta puede verse HILL, C.: *The National Health Service*, Londres, 1949, y del anterior autor y WOODCOCK: *The National Health Service*, Londres, 1949; LEWIS, H. K.: *National Health Service Act, 1946, with view of the medical services in Great Britaine*, Londres, 1962; OSMOND, T., y WALKER, H.: *The National Health Service*, 1950; ROSS, J. S.: *The National Health Service in Great Britain*, Oxford, 1952; WOFINDEN, R. C.: *Health Services in England*, Bristol, 1947; ABEL-SMITH, B.: *The hospitals 1800-1948. A Study in Social Administration in England and Wales*, 1954; DESPLAS: «Le service national de santé en Angleterre», *Rev. Droit Social*, noviembre 1949; Plichett, A.: «L'oposition des medecins anglais au service national de santé», *La Presse Medical*, supl. al núm. 13-3-1948; ROTELLA, S. G.: «The genesis of the british health services», *Journal of the American, Medical Association*, 1962, 215.

C) EN BUSCA DE UNA MEJORA DE LA SANIDAD LOCAL

1. *Los nuevos principios de ordenación territorial*

De lo dicho hasta aquí puede concluirse que buena parte de los problemas de la Sanidad local se han hecho girar sobre la necesidad de que los pueblos cuenten con sanitarios que los asistan. En cierta medida refleja esta situación que las concepciones históricas en torno a este tema no han variado sustancialmente: la existencia de un facultativo en cada localidad fue el único sistema que en su día pudo ofrecer garantías suficientes de que el enfermo pobre recibiera asistencia. No importaba demasiado que el médico contara con abundancia de medios materiales, pues la simplicidad de las técnicas de diagnóstico y tratamiento no lo requerían. De esta manera todo parecía solucionarse si el Estado conseguía sostener a un médico en cada pueblo o, al menos, para atender a una serie de municipios próximos. Cuando los Seguros Sociales hagan beneficiarios de la asistencia sanitaria a un colectivo cada vez más amplio las soluciones no serán distintas, sino que, tal vez obligadamente, aparecerán apoyadas en idénticos principios.

Pero paulatinamente los viejos planteamientos empezarán a ser inútiles al aumentar las expectativas de curación que las nuevas técnicas ofrecen y al perfeccionarse los conocimientos científicos y expansionarse la especialización profesional, ocurrirán dos fenómenos paralelos: en primer lugar, que los médicos tenderán a no acudir a las zonas rurales porque no cuentan en ellas con los medios de diagnóstico necesarios para atender a la población, sintiéndose, en cambio, atraídos por los modernos establecimientos sanitarios, donde su realización profesional es más factible; en segundo lugar, que aun cuando los médicos se decidieran a acudir a las referidas zonas, no por ello la asistencia que recibiría la población sería idónea, sino muy precaria y rudimentaria en relación con la que potencialmente la medicina puede ofrecer. Dejan ya de ser válidos, por tanto, los planteamientos tradicionales, que hacían oscilar exclusivamente en torno a la presencia o ausencia de la persona del sanitario la solución de todos los problemas. Ciertamente sin

médicos en las zonas rurales tampoco hoy podría solucionarse nada, pero los principios han cambiado sustancialmente y no menos necesario es dotar a aquellas demarcaciones de los medios materiales precisos; dicho de otra manera, lo que hoy se precisa es establecer centros en los que pueda recibir adecuada asistencia la población asentada en aquel nivel territorial. Estos centros harían más atractivo el ejercicio de la medicina y garantizarían una asistencia sanitaria primaria más completa. Sin embargo, no pueden éstos establecerse en cada núcleo de población, tanto porque la experiencia sería entonces económicamente inalcanzable como porque no es absolutamente necesario que así sea para que quede suficientemente cubierto el referido objetivo. Por otra parte, en estos centros han de estar también ubicados, junto a los asistenciales, los servicios preventivos, que, como hemos dicho más atrás, pueden ser ordenados para cubrir zonas más amplias que un único núcleo de población. Los nuevos centros han de estar también íntimamente relacionados con otros en los que se pueda obtener una asistencia más especializada y completa, situados en demarcaciones territoriales más amplias.

La reforma de la Sanidad local se ha de apoyar, pues, fundamentalmente en la creación de centros en las zonas rurales, complementados por otros, a los que deben estar íntimamente conectados, situados en demarcaciones territoriales superiores. Para ello, el Municipio pequeño no tiene entidad de población suficiente, por lo que se han de hallar nuevos principios de división del territorio que cubran desde el nivel subcomarcal y comarcal hasta, pasando por la provincia, llegar a demarcaciones más amplias, de tipo regional, donde estén asentados los centros más complejos.

Formal o materialmente, los entes locales se han quedado sin competencias para emprender una reforma de este tipo, y también sin medios para ello. Puede, incluso decirse que una reforma de tal envergadura es conveniente que se planifique y dirija desde el centro, pero de la misma manera es necesario que la gestión de estos servicios se deje a los entes locales, cuya participación es necesaria para que los servicios sanitarios

funciones ágil y eficazmente (56). La situación actual demuestra cumplidamente que a la centralización, operada por las vías más atrás expuestas, se ha sumado otra de carácter estructural (57), que ha llevado a asentar en las grandes poblaciones los establecimientos sanitarios asistenciales, dejando relegados, sin medios ni posibilidades de obtenerlos, a los pequeños municipios. La reforma del sector no mejorará grandemente las cosas si insiste en desconocer los problemas referidos.

(56) En este sentido se ha pronunciado en repetidas ocasiones la Organización Mundial de la Salud en los diferentes informes técnicos que publica periódicamente sobre Administración sanitaria. En concreto, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud que estudió los servicios sanitarios locales de la región europea expresó lo siguiente (véase *Tercer Informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria*, OMS, serie «Informes Técnicos», núm. 194, pp. 15 y 16): «A medida que progresa la organización de los servicios locales de Sanidad se hacen más patentes la necesidad e importancia de una Administración local eficaz. La descentralización de los servicios sanitarios se facilita grandemente cuando una Administración local bien organizada está ya en condiciones de hacerse cargo de nuevas funciones. En muchos países los servicios sanitarios locales dependen directamente de la Administración nacional, centralización exagerada que, con las consiguientes tramitaciones administrativas en materia de personal y de finanzas, pueden entorpecer la labor sanitaria del personal en la periferia. Por el contrario, *allí donde todos los servicios públicos están efectivamente descentralizados y la colectividad local puede tomar decisiones sobre cuestiones sanitarias que le interesan, la organización de los servicios sanitarios de la comunidad se hace mucho más fácil*» (véase también las conclusiones de la misma Organización internacional en el trabajo *Les services de santé en Europe*, Copenhague, 1965, p. 110, y el informe de un Comité de Expertos titulado *Organización de las Administraciones locales e intermedias de Sanidad*, Ginebra, 1972).

(57) Vid. OMS: *Organización de las Administraciones...*, cit., p. 11, donde se expresa que el concepto de centralización estructural hace referencia a la distribución de recursos entre la periferia y el centro. En el mismo informe se indica que la centralización existente en algunos sistemas es todavía una consecuencia de la concepción histórica de la Sanidad, en la que predominan las funciones de vigilancia del medio y la lucha contra las epidemias, afirmando que, «una vez dominadas las principales enfermedades transmisibles, cabe suavizar la autoridad central y proyectar un movimiento descentralizador». En nuestro país, aunque no son constatables efectivas realizaciones como consecuencia de los nuevos postulados, se tiene ya conciencia del problema (la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962 inició el camino), como demuestran las siguientes afirmaciones, formuladas como objetivos del III Plan de Desarrollo (vid. el volumen *Seguridad Social, Sanidad y Asistencia social*, Madrid, 1972): «La Comisión ha subrayado notablemente la importancia de la coordinación y la descentralización en la gestión hospitalaria. En los últimos años se han registrado indudables progresos en ambos casos. Las tareas de planificación han contribuido sin duda a mejorar la coordinación en sus diferentes niveles. Deberán proseguirse los esfuerzos estudiando, incluso, las posibilidades de modificar la estructura administrativa actual... Los vínculos entre el hospital y la entidad local en que se ubica deberán ser fortalecidos. En ese sentido, la política de subvenciones del Estado a las Corporaciones locales y el régimen de concertos entre la Seguridad Social y los hospitales provinciales y municipales van posibilitando una imagen moderna y dinámica de los hospitales a nivel local.»

2. Los recientes intentos de reforma

La resolución de los problemas de la Sanidad local ha tomado en los últimos años la dirección que vengo comentando. Los nuevos impulsos van dirigidos precisamente a dotar a las zonas rurales de establecimientos que hasta ahora no han poseído, si bien la forma en que éstos habrán de funcionar y gestionarse no está suficientemente determinada, aunque la dependencia de los mismos con el centro ya esté marcada (58).

El III Plan de Desarrollo formuló un certero diagnóstico de la situación de la Sanidad local, señalando los siguientes problemas:

1.º La población rural no recibe una asistencia sanitaria satisfactoria. Con frecuencia tiene que acudir muchas veces, efectuando grandes recorridos, a los núcleos importantes de población para requerir un simple análisis o en demanda de una asistencia más completa.

2.º La organización y los sistemas funcionales han quedado desfasados con el tiempo e insuficientes para atender a los problemas actuales de la población.

3.º Los facultativos encargados de prestar ese importante servicio público carecen de las necesarias instalaciones y medios técnicos para cumplir su misión con eficacia. La consecuencia es el escaso estímulo que ofrece el medio rural al personal sanitario (59).

Como consecuencia, se ha emprendido la reforma de la situación, apoyada fundamentalmente en la división de las provincias en comarcas sanitarias, y éstas en subcomarcas. Desde estos niveles se pretende organizar los servicios sanitarios mediante la creación en cada nivel territorial citado de centros (comarcales y subcomarcales) desde los que se puedan desarrollar eficazmente una amplia serie de cometidos. Los fines de los centros comarcales y subcomarcales de Sanidad aparecen hoy definidos

(58) Vid. artículo 8.º, b), del Decreto de 25 de enero de 1974, donde se hace referencia a estos establecimientos entre los dependientes de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional.

(59) Vid. III Plan de Desarrollo, vol. *Seguridad Social, Sanidad y Asistencia social*, Madrid, 1972, p. 52.

en el apartado 7.º del artículo 9.º del Decreto de 5 de abril de 1974; les corresponderá desarrollar las siguientes funciones:

- a) Las de medicina preventiva, sanidad ambiental y promoción de la salud.
- b) La asistencia sanitaria a los beneficiarios del Régimen General y de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social, de conformidad con lo establecido en el artículo 115 del texto referido de la Ley de Seguridad Social, aprobado por Decreto 907/1966, de 21 de abril, y demás disposiciones vigentes.
- c) La asistencia sanitaria a los enfermos acogidos al concepto legal de beneficencia.
- d) Asistencia sanitaria en general, o la utilización de sus instalaciones y servicios que dicha finalidad persigue mediante el pago de sus tasas y derechos legalmente establecidos.
- e) La colaboración con otros organismos e instituciones sin perjuicio de las anteriores finalidades.

El nuevo programa, cuya formulación considero acertadísima, corre el peligro de sucumbir por inoperante (como en su día fracasó la más humilde experiencia de los centros primarios y secundarios de higiene rural previstos en la Ley de 25 de noviembre de 1944), de no producirse una intensa y estrecha colaboración entre los diferentes entes prestadores de asistencia sanitaria. Los nuevos centros están basados en una concepción integral de la Sanidad, plausible desde todos los puntos de vista. Sin embargo, es de notar que entre las funciones encomendadas a los mismos tienen primacía las de tipo asistencial, como bien se demuestra con un somero análisis del precepto más arriba transcrito. Es decir, que la Sanidad nacional, que hasta ahora se había contentado con las funciones preventivas, se decide a ensanchar notablemente su campo. Hay que pensar que los referidos centros funcionarán adecuadamente en la medida en que sean capaces de cumplir la misión asistencial que les está encomendada, y esto no será fácil, a menos que medie una intensa coordinación (hasta ahora muy deficiente) entre los diferentes organismos con competencias en este campo. Si se examina someramente las dificultades que van a encontrar

para cumplir su misión, hay que considerar lo siguiente: en primer lugar, que los enfermos de tipo particular seguirán acudiendo a sus médicos de cabecera, que atenderán las consultas en sus clínicas particulares. Si éstos deciden pasar sus consultas privadas en los nuevos centros, esto se producirá en tanto que ellos puedan practicar la medicina con mayor efectividad y no cuenten con otros medios. En el mejor de los casos no cabe esperar un gran número de enfermos de este tipo, fundamentalmente porque su número es más escaso cada día y también porque las atenciones que en ellos se van a dispensar son esencialmente ambulatorias, de escasa entidad, prestaciones para las que los que se benefician de algún sistema de cobertura de riesgos de enfermedad no suelen abandonarlo y acudir al médico libre. En segundo lugar, los enfermos atendidos por la Beneficencia acudirán a las instituciones de este tipo cuando existan; cuando la asistencia haya de ser prestada por el médico titular podrá desde luego dispensarse en el centro comarcal o subcomarcal, pero ya hemos dicho que el número de enfermos de Beneficencia es escasisimo hoy y tiende a decrecer. En tercer lugar, quedan los enfermos acogidos a la Seguridad Social, que forman el gran grueso de la demanda de asistencia. Cabe afirmar que de que éstos sean atendidos o no en los centros comarcales o subcomarcales depende el éxito de la reforma. Si donde se establece un centro de este tipo hay otro con análogos cometidos encuadrado en la Seguridad Social, éstos tendrán un gran volumen de actividad, en tanto que aquéllos serán edificios vacíos. Si a medida que se van poniendo en funcionamiento centros comarcales y subcomarcales la Seguridad Social va estableciendo centros de tipo ambulatorio y cometidos similares a aquéllos, la reforma está condenada al fracaso.

La utilización eficaz de los medios disponibles no ha sido, desde luego, una atención preferente de nuestro sistema sanitario. Se crean vertiginosamente magníficos centros nuevos, mientras los antiguos, sin medios de subsistencia ni enfermos que atender, decaen. Escasamente se ha cumplido aquel principio coordinador que ya formulara la Ley de Sanidad de 1944: «En aquellas localidades en que existan Institutos de Sanidad, Centros Secundarios y Primarios, Dispensarios, Sanatorios y otros

Organismos Sanitarios del Estado cuidará de evitar, de acuerdo con el Seguro, la duplicidad innecesaria de servicios» (60).

Son las inconsecuencias del sistema las que conducen a esta situación. El Estado sólo tiene competencias sanitarias preventivas, pero tiene que preocuparse también de la asistencia porque la Seguridad Social ni cubre, ni previsiblemente podrá cubrir nunca todas las necesidades. La Seguridad Social, que domina el campo asistencial, se olvida, por su parte, de los centros estatales e instala los suyos. Como el Estado no tiene, por esa extensa división de los campos sanitarios, clientela alguna a la que prestar asistencia, los centros que sostiene no tienen enfermos que atender, o tienen muy pocos, a no ser que la Seguridad Social decida concertar la utilización de los mismos.

No menos importante es el problema de la interconexión de estos Centros con otros superiores en los que se preste asistencia más completa y especializada. Aquéllos no deben ser ideados sino para ser un primer eslabón de una cadena asistencial más amplia que los conecte con otros situados a nivel provincial y regional. Pero es el caso que los establecimientos que en la actualidad funcionan en las referidas demarcaciones territoriales superiores a la comarca y subcomarca no están pensados para complementar la actividad de éstos, sino para ofrecer asistencia directamente ellos mismos a determinados colectivos (pobres, trabajadores, etc.) o para atender específicamente a determinados enfermos (psiquiátricos, dispensarios antituberculosos), y, en cualquier caso, dependen de organismos distintos que planifican sus servicios con total olvido de lo que ocurre en aquel primer escalón rural, con lo que, a la par que la situación se hace más confusa, no puede afirmarse que hayan quedado resueltos sino los problemas que puedan solucionarse en los nuevos centros, dado que por encima de los mismos pueden o no existir otros y éstos pueden o no satisfacer las necesidades del enfermo.

Por todo ello, es difícil predecir el éxito futuro de esta reciente e importante mejora de la Sanidad local; en cierto modo, ello depende de que la reforma de todo el sector sanitario pú-

(60) Base 30 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, *in fine*.

blico en la actualidad emprendida llegue a resultados positivos y sea capaz de desenredar el complejo entramado de organismos competentes existente hoy en nuestro país, iniciando además una sincera devolución a los entes locales del papel fundamental que en este sector deben cumplir si el sistema quiere ser ágil y eficaz.

