

ORDENACION PUBLICA DEL SECTOR SALUD

P O R

RAMÓN MARTÍN MATEO

SUMARIO: 1. TENDENCIAS ACTUALES DE LA SANIDAD PÚBLICA: 1.1 *La ampliación de cometidos*. 1.2 *Revisión de estrategias*. 1.3 *Diversificación institucional*. 1.4 *Integración sanitaria*.—2. LA COLECTIVIZACIÓN DE LA ASISTENCIA: 2.1 *Fórmulas de Derecho privado*. 2.2 *Soluciones mixtas*. *La Seguridad Social indirecta*. 2.3 *Seguridad Social directa*. 2.4 *Generalización del derecho a la asistencia*.—3. EL PAPEL CLAVE DEL HOSPITAL.—4. LAS RESPUESTAS ORGANIZATORIAS: 4.1 *Técnicas colaterales*. 4.2 *Jerarquización y sistemas ministeriales nacionales*. 4.3 *Descentralización y participación*.—5. LA ORGANIZACIÓN ESPAÑOLA: 5.1 *Algunos caracteres de la tradicional situación sanitaria española*.

1. TENDENCIAS ACTUALES DE LA SANIDAD PÚBLICA

1.1 *La ampliación de cometidos*

La preocupación pública por los problemas sanitarios constituye una constante histórica; en todos los momentos de la Historia puede detectarse en tal materia la sustantivación de intereses comunitarios y su atendimiento por las respectivas organizaciones políticas por rudimentarias que fuesen, llegándose en algunos momentos a un amplio despliegue de iniciativas públicas que, como en el caso de la civilización romana, cubría importantes aspectos del saneamiento de las poblaciones y de la asistencia a grupos relativamente extensos.

Pero la Administración sanitaria moderna tiene sus inmediatos orígenes en los dos siglos precedentes (1), y especialmente en el siglo XIX (2), al procederse a la laicificación de la asistencia benéfica.

(1) Me remito a mi estudio «La asistencia social como servicio público», en *Guía de Actividades Públicas Asistenciales*, Madrid, 1967, pp. 15 y ss. Vid. posteriormente ZARAGOZA: *Medicina y sanidad en la España romana*, Barcelona, 1971, y MORELL: *La evolución y configuración actual de la actividad administrativa sanitaria*, en el núm. 63 de esta REVISTA, pp. 131 y ss.

(2) Vid. ALVAREZ SIERRA: *Carlos III y la higiene pública*, Madrid, 1965, donde se hace historia de los antecedentes inmediatos de la configuración de la Sanidad pública española. Los planteamientos del siglo XIX se van a prolongar en buena medida hasta nuestros días. Vid. RICO AVELLÓ: *Historia de la Sanidad española*, 1925, Madrid, 1969, y directamente las obras de ABELLA: *Tratado de Sanidad*, Madrid, 1830, y BECARES: *Técnica sanitaria municipal*, Valladolid, 1835, volúmenes que constituyeron durante mucho tiempo piezas básicas de la bibliografía sobre el tema.

iniciarse las campañas *in-extenso* contra las epidemias y las enfermedades contagiosas apoyadas en los nuevos descubrimientos, reestructurarse la enseñanza y fomentarse la investigación. El industrialismo trajo además como consecuencia positiva nuevos y más eficaces medios técnicos para el combate contra la enfermedad, pero aportó negativamente una adicional gama de problemas originados por la urbanización masiva y por la necesidad de afrontar en gran escala el saneamiento de las ciudades. A lo largo de la pasada centuria la Administración sanitaria va a estar orientada además de a la enseñanza e investigación, a la medicina preventiva y a la asistencia de grupos de población sin medios económicos.

Al correr de los tiempos y aun manteniéndose tales ramas de actividad, otras exigencias colectivas van a determinar sucesivas ampliaciones de la función pública sanitaria y del propio concepto de la sanidad pública. Esta expansión competencial traída de la mano de la generalizada responsabilización del Estado moderno en todos los ámbitos de la vida social, luce ya en las propias definiciones de la salud pública, considerada, por ejemplo, como la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad (3) o como «la acción estatal encaminada, de manera directa o inmediata y espontánea, a la conservación y mejora del nivel sanitario de la colectividad, a la prevención general de las enfermedades y a la curación de las socialmente trascendentes y, final y subsidiariamente, a la mejora y regeneración de la especie» (4).

HANLON incluye (5), por ejemplo, entre los cambios naturales de actividad de la sanidad pública, las cuatro categorías siguientes:

(3) Según la clásica definición de WINSLOW, C. E. A.: *The Evolution and Significance in the Modern Public Health Campaign*, New Haven, 1923. También en un sentido amplio y comprensivo, FREEMAN HOLMES: *Administración de los Servicios de Salud Pública*, y tra. esp., Méjico, 1966, p. 6, y MUSTARD: *Government in Public Health*, Nueva York, 1945, y *An Introduction to Public Health*, Nueva York, 1954.

(4) MARTÍN GONZÁLEZ: *Sanidad Pública: Concepto y encuadramiento*, vol. II, Madrid, 1970, p. 646.

(5) HANLON: *Principios de Administración Sanitaria*, tra. esp., Méjico, 1963, página 9. En la doctrina española, YUSTE: *Hacia una sociología de la medicina*, Barcelona, 1971, incluye dentro de la esfera de la acción pública las actividades sanitarias preventivas, las actividades curativas y otras con ellas vinculadas, y las actividades de promoción de la salud individual y colectiva. Por nuestra parte, hemos seguido los criterios metodológicos de la OMS reflejados en el estudio *Les services de santé en Europe*, Copenhague, 1965.

ORDENACION PUBLICA DEL SECTOR SALUD

— Aquellos cuya actividad sólo puede organizarse sobre bases comunes:

- La supervisión de los suministros de comestibles, agua y leche.
- El control de insectos.
- La prevención de la contaminación del agua y la atmósfera.

— Aquellos relacionados con las enfermedades evitables, las incapacidades y las muertes prematuras:

- Enfermedades transmisibles.
- Enfermedades carenciales.
- Efectos de las drogas de uso dietético o habitual.
- Manifestaciones alérgicas y sus causas ambientales.
- Ciertas perturbaciones mentales, de la personalidad o de la conducta.
- Enfermedades profesionales.
- Cáncer (sobre todo, evitando su progreso; prevención hasta cierto punto).
- Enfermedades cardiovasculares.
- Afecciones asociadas a los peligros de la maternidad, el crecimiento y el desarrollo.
- Ciertas afecciones hereditarias.
- Accidentes en el hogar, en el trabajo o en la comunidad.
- Rehabilitación de accidentes y enfermos.
- Caries dentales.

— Aspectos de la medicina que requieren una dirección organizada oficial:

- Facilidades para la enseñanza de estudiantes pre y postgraduados.
- Distribución equitativa del personal y de los recursos sanitarios.

— Investigación. Ningún Departamento de salubridad puede prescindir de la investigación y de la evaluación científicas.

En la ampliación de los cometidos de la Administración sanitaria han influido inequívocamente el cambio de fisonomía de los Estados modernos y las nuevas circunstancias de la sociedad industrial. El Estado, providente garantizador del mínimo vital, ha dilatado su es-

fera asistencial abocándose a la íntegra absorción pública de las actividades asistenciales. Destacados especialistas en la materia (6) han señalado la estrecha interpenetración entre la política social del Estado y la política sanitaria, por lo que de una fase de protección a la salud y policía sanitaria se pasaría a una segunda etapa basada en la restauración de la salud y en la política social, a una tercera de derecho a la salud, para desembocarse en la cuarta fase de promoción a la salud (7).

Este desarrollo de las responsabilidades sanitarias públicas se enfrenta además con las nuevas condiciones de convivencia espacial de la sociedad industrial, situando en la órbita del Estado nuevos cometidos que difieren sustancialmente de las que otrora se incluían bajo la rúbrica del saneamiento. Ciertamente que el saneamiento persiste en cuanto problema comunitario que surge ante la necesidad permanente de garantizar a los locales, habitados o frecuentados por el hombre, de condiciones higiénicas adecuadas. Pero más allá de estas viejas preocupaciones aparece ahora un núcleo inédito de problemas como consecuencia de la intensa erosión de las condiciones ambientales producidas por las vigentes formas de vida y la dilapidación y perturbación de unos recursos naturales insensatamente manipulados por nuestra civilización. Entre los grandes temas de nuestro tiempo se incluye el de la conservación del medio ambiente humano que va a gravitar decididamente sobre toda la sanidad pública, cogiendo desapercibido al aparato administrativo tradicional y haciendo aflorar competencias concurrentes que confunden y oscurecen el panorama de distribución funcional de atribuciones orgánicas de la Administración.

1.2 *Revisión de estrategias*

La Administración sanitaria clásica giraba fundamentalmente en torno de la prevención de la salud y de la lucha contra las enfermedades transmisibles. En este terreno consiguió sensibles éxitos logrando erradicar epidemias que habían durante siglos azotado a la Humanidad. Uno de los más amenazantes jinetes del apocalipsis ha sido así, al parecer, definitivamente desmontado por los administradores sanitarios modernos. La sanidad preventiva va a adquirir nue-

(6) Vid. SERIGÓ: *Bases para la organización de los servicios sanitarios*, Madrid, 1972, p. 10, y *Medicina preventiva y social*, vol. III, León, 1973, p. 2825.

(7) SERIGÓ: *Medicina preventiva y social*, vol. III, p. 2824.

vas dimensiones a las que acabamos de hacer referencia, aunque hasta la fecha no se haya encontrado una solución contundente para las necesidades planteadas.

Pero ahora queremos llamar la atención sobre otro tipo de estrategias en alguna forma antecedentes de la medicina preventiva propiamente dicha. Me refiero a la educación sanitaria de la población (8) que más o menos decididamente se plantean todas las Administraciones para evitar la incidencia de determinadas perturbaciones individuales o colectivas y el mejor tratamiento, en caso de surgimiento, de la enfermedad.

Los objetivos de la medicina preventiva rompen a la par sus moldes clásicos (9). Entre los programas sanitarios, y en estrecha vinculación con la educación sanitaria, al menos en lo que se refiere a la posible evitación de las circunstancias que favorecen la morbilidad y a la facilitación del diagnóstico precoz de la dolencia, aparecen una serie de campañas que nada tienen que ver con las viejas estrategias epidemiológicas. Tal es el caso de la lucha contra las toxicomanías, contra las cardiopatías, contra el cáncer, etc. El concepto de enfermedad evitable (10) se separa así del de enfermedad transmisible, si bien frecuentemente al contagio físico sustituye como vehículo la comunicación de hábitos sociales y de modos de comportamiento.

Desde la perspectiva asistencial, el remedio de la enfermedad operado desde centros públicos sobre grupos cada vez más amplios y distanciados de los antiguos reductos de la asistencia benéfica, ha conocido también aparatosos éxitos en algunas manifestaciones dolenciales agudas atendibles sobre la base de modernas técnicas terapéuticas quimicofarmacéuticas o quirúrgicas. Pero en estos momentos se aprecia que determinadas perturbaciones de la salud no encuentran un adecuado atendimiento, tal es el caso de las enfermedades crónicas, de las degenerativas y de las que en general requieren una asistencia o un internamiento prolongado (11). Las conquistas en el campo de ciertas enfermedades agudas y la ampliación de las pers-

(8) Una interesante indagación sobre esta materia se contiene en el trabajo *Les Besoins réels du Grand Public en matière d'information médicale et sanitaire*, en «Nctés et Etudes Documentaires», 26 de octubre de 1973.

(9) Sobre el nuevo concepto de la medicina preventiva, vid. ZAPATERO y YUSTE: *Introducción a la medicina preventiva y social*, Madrid, 1971, y PIEDROLA PUMAROLA y BRAVO: *Higiene, medicina preventiva y social*, 1968.

(10) Vid. OMS: *Les services de santé en Europe*, p. 111.

(11) Otro factor que ha influido en la necesidad de organización ha sido el cambio en la morbilidad de las enfermedades, desde las infecciosas agudas hasta las enfermedades incapacitantes crónicas. La necesidad de diferentes niveles de

pectivas de vida hace surgir un amplio colectivo de enfermos o simplemente de personas de edad avanzada que requieren un atendimento continuado y para lo que es difícil disponer de suficientes efectivos de personal y de instalaciones adecuadas.

Por último, debe llamarse la atención sobre otros objetivos de la Administración sanitaria moderna en alguna manera vinculados a los últimamente expuestos y que requieren estrategias específicas. No se trata hoy simplemente de curar, sino de reintegrar al individuo al puesto que ocupaba o que debería ocupar en la sociedad. La medicina del trabajo y, en general, la medicina recuperadora (12) y la lucha contra la invalidez adquieren así cada vez más importancia sustantiva, pero también los programas destinados a la recuperación para la vida social a quienes nacieron con deficiencias físicas o mentales susceptibles de corrección o de atenuación al menos.

1.3 *Diversificación institucional*

Los nuevos cometidos de la Administración sanitaria y las modernas estrategias realizadas o animadas desde los centros públicos han determinado una progresiva dispersión competencial y la concitación de múltiples agentes que desde distintos departamentos atienden directa o indirectamente actividades reconducibles al campo de la sanidad.

Si en otras épocas era relativamente fácil responsabilizar a un grupo de profesionales, los médicos y demás sanitarios, y localizar sus actividades en una sola unidad administrativa, en estos momentos resulta prácticamente imposible realizar una exhaustiva concentración competencial. Por una parte, la sanidad de un país exige hoy aportes muy diversificados y que frecuentemente se relacionan horizontalmente con cometidos técnicos específicos. Este es el caso, por ejemplo, de la tutela del medio ambiente, en la que de una forma u otra inciden diversos departamentos al hilo de sus responsabilidades en materia, por ejemplo, de aguas, de política industrial, forestal, et-

asistencia tras un largo período de tiempo ha dado lugar a que se desarrolle el "equipo médico" y la "medicina total"., CoE: *Sociología de la medicina*, trat. esp., Madrid, 1973, p. 369.

(12) CoE: *Sociología de la medicina*, p. 324, señala la transición del modelo asistencial de custodia al clásico curativo para desembocar en el modelo de rehabilitación. Como indica SERRICÓ, el fin último es integrar a individuos en la sociedad restituyendo a ésta un miembro activo, *La planificación de la asistencia hospitalaria en España*, Madrid, 1966, p. 11.

cétera (13). Pero igual acaece en otras materias, como la bromatología, la fabricación y expedición de fármacos, la utilización de pesticidas. Incluso la problemática trasciende a menudo de las propias fronteras nacionales y exige consensos y convenios a escala internacional.

El tema de la salud constituye hoy una lógica preocupación de toda la población y no sólo de los profesionales de la sanidad que arrastre, incluso más allá de los límites deseables, la actividad de diversas organizaciones al servicio de nuevas responsabilidades y demandas. Pero aun dentro de los reductos clásicos de la sanidad pública se observa por doquier una persistente diáspora que, saltando los límites ministeriales, tiende a reiterar competencias en materia de prevención, asistencia, rehabilitación, enseñanza e investigación en múltiples centros administrativos. En ello ha influido sobremanera el peso y volumen alcanzado por los organismos, a menudo independientes, que gestionan la Seguridad Social

1.4 Integración sanitaria

No obstante los impulsos apuntados y la imposibilidad e inviabilidad de refundir y unificar todas las actividades y servicios de trascendencia sanitaria, insistentes esfuerzos se concitan en torno a la racionalización del sistema total y de la armonización de sus componentes. Para ello se recurre unas veces a soluciones típicamente administrativas, como son las que conducen a la agrupación en un mismo departamento ministerial de un máximo posible de competencias. Cuando esto no es viable, o no existe energía política suficiente para llegar a reformas radicales y maximalistas, se echa mano de otros artulgios, como la creación de órganos coordinadores o el establecimiento de mecanismos de planificación, cuya autoridad teóricamente se extiende a todas las administraciones implicadas.

La necesidad de estos paliativos resulta evidente. Principios organizatorios válidos de carácter universal que aconsejan articular de alguna forma actividades que tienen un común denominador teleo-

(13) La bibliografía sobre esta materia ilustra acerca de su carácter pluridisciplinar, así PAZ MAROTO: *Servicio de viabilidad y saneamiento*, Madrid, 1961, II vol., y la *Medicina e ingeniería en la sanidad ambiental*, en «Revista de Obras Públicas», número 3046, p. 87 y ss.; HEREDIA: *Arquitectura y urbanismo industrial*, publicación de la Escuela Superior de Ingenieros Industriales de la Universidad de Madrid, 1971; CONTRERA POZA: *Problemas sanitarios del litoral*, en «Revista de Sanidad e Higiene Pública» núm. 11, pp. 85 y ss., y CLAVERO: *El concepto de saneamiento ambiental y las necesidades humanas*, en la misma Revista, núm. 9, pp. 593 y ss.

lógico, pero, además, los propios caracteres de la sanidad moderna refuerzan estas exigencias ante la íntima conexión de todos sus cometidos. Son hoy, parece, palmarias las estrechas vinculaciones entre la medicina preventiva, la curativa y la rehabilitadora (14), la gravitación de la enseñanza e investigación sobre los campos prácticos de aplicación de la función sanitaria y la confluencia a la postre de diversos conocimientos teóricos y aplicaciones prácticas.

La sanidad actual tiene una vocación indudable a su integración, tanto en sus distintas manifestaciones como en sus destinatarios. Se trata, pues, de una sanidad integral e integrada (15) en cuanto que se responsabiliza de todas las contingencias de esta índole y se preocupa por la situación de todos los estratos de población sea cualesquiera sus niveles de renta. Por tanto, aunque ello no haya sido logrado en ningún medio, por doquier se buscan o ensayan soluciones que corrijan las tendencias funcionalmente desintegradoras que, en otro orden de consideraciones, paralelamente se presentan también en la acción sanitaria contemporánea.

2. LA COLECTIVIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Hemos hecho ya mención al carácter integral de la sanidad, ahora queremos aludir especialmente al énfasis colectivo que ello comporta, tanto desde la perspectiva de los agentes sanitarios como de los sujetos receptores de la acción sanitaria. Obsérvese que ahora aludimos simplemente a colectivización, sin incluir de momento matizaciones del término. Resaltamos únicamente la presencia de agrupaciones de sanitarios y profesionales y también de beneficiarios o asistidos.

Ahora bien, es cierto que las corrientes apuntan simultáneamente hacia una colectivización de Derecho Público y, por tanto, a la socia-

(14) Vid. MORICHAU-BEAUCHANT: *La salud en el mundo*, trat. esp., Barcelona, 1971, página 91.

(15) Sobre el tema de la necesidad de una integración sanitaria parece existir un *consensus* general. Vid. al respecto ORTIZ DÍAZ: *Hacia una reordenación de la sanidad pública española*, en el núm. 51 de esta REVISTA, pág. 164; MARTÍN GONZÁLEZ: *La sanidad pública*, cit., p. 670; MORILL: *Evolución y configuración actual de la Actividad sanitaria*, loc. cit., p. 159; OMS: *Les services de la santé en Europe*, p. 111; ROEMER: *Organización de la asistencia médica en los regímenes de la Seguridad Social*, publicación de la OIT, Ginebra, 1969, p. 237; SERIGÓ: *Bases para la organización de los servicios sanitarios*, p. 10; MARTÍNEZ JIMÉNEZ: *Organización y reorganización de la distinción de competencias en materia de sanidad pública*, en «Revista de Estudios de la Vida Local» número 176, p. 722.

lización de la asistencia (16) y de la sanidad en general bajo la égida directa o indirecta de la Administración. Efectivamente, los crecientes costos de la acción sanitaria, la complejidad y tecnificación de la medicina, y sobre todo el talante igualitario y providente de los Estados modernos, hace que, no obstante las reservas de la medicina liberal y la antipatía de amplios sectores de profesionales (17), a la larga se desemboque en una acción sanitaria inmediatamente asumida por el Estado o, al menos, tutelada y vigilada estrechamente por él.

Existe un general consenso en el principio de que la salud de un grupo social debe ser protegida comunitariamente, elevándose tales objetivos al primer nivel de preocupaciones colectivas. Aparte de los nuevos aspectos preventivos y de los tradicionalmente incluidos en el ámbito de la higiene pública, la curación y la rehabilitación van a determinar también la ampliación de la acción pública al rebasarse las fronteras de la beneficencia y alcanzar la asistencia primero a las clases trabajadoras y después aflorando el derecho a la asistencia que sustituye a antiguos privilegios (18), a otros estamentos del país. No obstante, existen todavía algunas naciones que excepcionalmente constriñen el ámbito a la sanidad pública y en las que, aunque se realice medicina de grupo, las relaciones se mueven fundamentalmente en la órbita del Derecho privado.

2.1 Fórmulas de Derecho privado

Es seguramente Norteamérica el caso más significativo y prácticamente el único en el que tal tipo de soluciones tiene predominante vigencia. Aunque la Administración se reserva los cometidos sanitarios clásicos a través de la Seguridad Social, asiste a grupos de ciudadanos especialmente indefensos, las relaciones médico-enfermo se

(16) Vid. OMS: *Les services de santé en Europe*, p. 378; ROEMER, OIT: *Organización de la asistencia médica*, p. 23. Como ha señalado con autoridad LAÍN ENTRALGO, «la colectivización, salvo un cataclismo social de estremecedoras consecuencias, es ya un hecho irreversible y hasta progresivo», «Informaciones», 21 de noviembre de 1973.

(17) Como indica LUNA DELGADO en un importante informe publicado en la revista «Triunfo» núm. 532, los defensores de la medicina privada no suelen invocar hechos sino argumentos ideológicos. Por otra parte, el médico se resiste a que se socialice unilateralmente su ejercicio profesional cuando no se socializan otros medios de producción. Lo certero de este diagnóstico se comprueba, por ejemplo, con las declaraciones de PUIGVERT en el diario «Pueblo» de 7 de enero de 1972, quien afirma que la medicina privada desaparecerá, pero que socializarla sin socializar otros aspectos sería injusto.

(18) Vid. COE: *Sociología de la Medicina*, p. 395.

mueven habitualmente por los cauces clásicos de la medicina liberal. Pero el hecho colectivo también aparece en estos medios por el agrupamiento relativamente frecuente de los profesionales y del más generalizado de los ciudadanos a través de poderosas organizaciones incluidas en el ramo de seguros privados (19).

2.2 *Soluciones mixtas. La Seguridad Social indirecta*

En realidad, todas las soluciones aquí analizadas coexisten, en mayor o menor medida, con directas modalidades asistenciales, aunque alguna de ellas sea la predominante. Aquí contemplamos la que responde a un tipo de seguridad social que protege a sus afiliados frente a la contingencia de la enfermedad a través de corporaciones de Derecho público, pero que aun financiando la relación médico-enfermo y la asistencia hospitalaria, permiten la libre contratación de estos servicios, de lo que el caso de Alemania Federal es quizá prototípico.

2.3 *Seguridad Social directa*

Este es posiblemente en el mundo occidental el supuesto más generalizado. La Seguridad Social abarca a contingentes más o menos amplios, pero siempre mayoritarios, de la población, y dispensa las atenciones necesarias a través de su propio aparato, aunque a veces éste no incluya todo el dispositivo preciso, concertándose la asistencia, sobre todo la hospitalaria, con otras instituciones públicas o privadas.

2.4 *Generalización del derecho a la asistencia*

Más allá de la Seguridad Social propiamente dicha aparece, especialmente en los países socialistas, el derecho a la asistencia en cuanto posibilidad jurídica de la totalidad de la población, realizándose la financiación de sus costos directamente por el Estado y a través de sus recursos ordinarios, si bien para limitar y regular el acceso

(19) Vid. CoE: *Sociología de la Medicina*, p. 386. En España los seguros voluntarios se organizan fundamentalmente a partir de sociedades y agrupaciones de médicos con quienes contratan los igualados; puede decirse que un amplio sector de la clase media está incluido en estos esquemas, en los que muchos profesionales tienen puestas sus esperanzas en cuanto contraestrategia frente a la socialización de la medicina. Vid. el informe del Grupo QUEVEDO: *Política sanitaria de España*, en el número 581 de «Triunfo».

a los servicios, habitualmente se exija contraprestaciones adicionales de los usuarios. Esta modalidad no es patrimonio exclusivo del mundo socialista, en cuanto que algunas naciones occidentales, como Inglaterra, la han implantado con éxito. Consecuente con la responsabilización generalizada del Estado sobre la problemática sanitaria, permite una eficaz integración de todos los servicios, y, sobre todo, hace justicia al planteamiento estrictamente tributario de las relaciones de cotización de la Seguridad Social.

En efecto, si estas cuotas son hoy sin duda un tributo (20), si la población protegida abarca porcentajes cada vez más amplios, parece lógico vincular el sistema financiero de la asistencia al dispositivo tributario general, evitando el que sean los consumidores y, por tanto, mayoritariamente los trabajadores los que financien los costes. El mantenimiento de una Seguridad Social con fiscalidad independiente a la del Estado se justifica sólo en cuanto reminiscencias de índole mutualista, sino por la conveniencia en ciertos casos de reservar un determinado volumen de recursos para las atenciones médicas y asistenciales, lo que quizá se vería amenazado si las dotaciones viniesen directamente de los presupuestos generales del Estado (21). También la sustantividad económica de la Seguridad Social y las aportaciones directas de los trabajadores pueden ayudar a conseguir o consolidar su participación en la gestión y una democratización descentralizada de la asistencia.

3. EL PAPEL CLAVE DEL HOSPITAL

Otra de las características de la sanidad moderna que influyen notoriamente en su estructuración administrativa es la posición que hoy tienen en este contexto los centros hospitalarios. La asistencia sólo puede ser técnicamente eficaz con el concurso de los poderosos y variados medios localizables en los hospitales modernos (22). El hospital se dibuja así como un centro comunitario de primera índole al servicio de intereses colectivos (23).

(20) Lo que creo que no sea hoy objeto de discusión. Vid. mi trabajo *La asistencia social como servicio público*, p. 44, y la bibliografía allí citada. Para una comprobación empírica de estas afirmaciones, vid. BUSTURIA y otros: *Financiación de la Seguridad Social en los países del Mercado Común Europeo y en España*, Madrid, 1973.

(21) ROEMER: *Organización de la asistencia médica*, p. 23.

(22) Vid. LUNA DELGADO: *La medicina rural*, en «Triunfo» núm. 508.

(23) Vid. COE: *Sociología de la medicina*, p. 297, y ORTIZ DÍAZ: *Hacia una reordenación de la Sanidad pública*, loc. cit., p. 160.

Por otra parte, los crecientes costos de la asistencia hospitalaria y las cuantiosas inversiones que su instalación requiere, inexorablemente sitúan a los grandes hospitales en la órbita pública, y, en mayor o en menor medida, a las restantes medidas en la esfera de dependencia financiera del Estado. Ello no quiere decir que la Administración hospitalaria deba ser burocratizada; por el contrario, su mejor gestión puede realizarse por otros cauces, pero lo que sí es evidente es que, con la excepción quizá de Norteamérica, los hospitales no pueden tener una existencia autónoma desvinculada del Estado, ni su establecimiento puede quedar al libre arbitrio de la iniciativa privada.

La política de hospitales es un punto central, pues, de toda la política sanitaria de un país; afecta no sólo a la asistencia e internamiento, sino a todas las demás modalidades asistenciales, que en el hospital tienen su natural plataforma o el mejor centro de irradiación. Pero incluso la medicina preventiva en sus distintas vertientes, incluida la enseñanza sanitaria, puede hacerse, como la experiencia de algunas naciones lo enseña, con apoyo del hospital. Por último, la enseñanza y la investigación sanitaria es impensable sin el concurso de tales establecimientos.

4. LAS RESPUESTAS ORGANIZATORIAS

4.1 *Técnicas colaterales*

Las complejas circunstancias de la sanidad, sus inherentes y antagónicas tendencias hacia la diversificación, por un lado, y hacia la integración, por otro; su importancia para todos los ciudadanos y la consecuente expansión de la acción administrativa, han animado múltiples y más o menos afortunados intentos de racionalización orgánica y funcional.

Ante la imposibilidad frecuente de unificar y jerarquizar en un mismo departamento todos los servicios, se recurre a soluciones indirectas que tratan de aliviar las tensiones o rectificar la heterogeneidad del conjunto. Aparece entonces la coordinación como palabra mágica animando la creación de una serie de órganos colegiados con representaciones más o menos numerosas y dispares, a través de los cuales se pretende establecer una cierta nivelación adoptándose directrices comunes y obviando reiteraciones, incongruencias o lagunas.

Pero es lo cierto que tales soluciones, aunque inevitables en algunos casos cuando es imposible excluir aportes competenciales diversificados, en la práctica resultan escasamente eficaces. Unas veces porque la ausencia de un componente en el conjunto de suficiente peso y autoridad dificulta el cumplimiento de los acuerdos, si es que éstos han llegado efectivamente a adoptarse, y otras veces porque precisamente al socaire de una organización de este tipo se pretende establecer una jerarquía que enérgicamente se discute de entrada. La coordinación, también una de las grandes aspiraciones de nuestro tiempo, es a menudo una excusa para evitar reformas en profundidad, pero frecuentemente también una necesidad apremiante y real, aunque insatisfecha.

En estrecha relación con la coordinación y quizá técnica a su servicio, aparece también la planificación, otro de los grandes *desideratum* civilizatorios, aunque en el seno de regímenes políticos democráticos sólo parcialmente puede producir sus frutos. La planificación sanitaria (24) y, sobre todo, la planificación hospitalaria, es ciertamente, un imperativo ineludible que, desde luego, no sustituye, sino que complementa otro tipo de reformas administrativas. Que pueda operar con la deseable contundencia es algo, sin embargo, que resulta mucho más problemático.

4.2 Jerarquización y sistemas ministeriales nacionales

Lo más importante quizá a nuestros efectos es detectar qué tipo de fórmula ministerial se adopta por los respectivos Estados en relación con la sanidad. Para ello se han totalizado y actualizado los datos suministrados por la OMS (25) correspondientes a las naciones europeas y norteafricanas, tal como refleja el cuadro 1.

Como hemos visto, pueden darse los siguientes grupos de soluciones:

a) *Ministerio del Servicio Nacional de Sanidad*.—Esta modalidad es la seguida por todos los países de Constitución socialista y fuera de esta área política también por Inglaterra, supone obviamente el máximo de unificación administrativa, aunque puede implicar en el otro extremo una intensa burocratización. El Ministerio es competente

(24) Vid. sobre este tema LIRSIS: *Proyecto y organización de un sistema de planificación sanitaria: algunos conceptos fundamentales*, «Documentación Administrativa» núm. 143, pp. 69 y ss.

(25) *Les services de Santé*, pp. 119 y ss.

del grueso de las actividades públicas sanitarias, desde luego las preventivas clásicas, pero también de las asistenciales ofrecidas a todos los ciudadanos al margen de su condición social, organizadas como servicio público financiado por el Estado a través de sus recursos ordinarios.

CUADRO 1

	1 Ministerio de Sanidad (Servicios asistenciales gratuitos y generalizados)	2 Ministerio de Previsión (Comprende también la Sanidad Pública)	3 Ministerio de Sanidad (Independiente de la Seguridad Social)	4 Ministerio de Gobernación (Dirección General de Sanidad)
Albania	X	—	—	—
Argelia	—	X	—	—
Alemania Federal	—	—	X	—
Austria	—	X	—	—
Bélgica	—	—	X	—
Bulgaria	X	—	—	—
Checoslovaquia	X	—	—	—
Dinamarca	—	—	—	X
España	—	—	—	X
Finlandia	—	—	—	—
Francia	—	X	—	—
Grecia	—	X	—	—
Holanda	—	X	—	—
Hungría	X	—	—	—
Inglaterra	X	—	—	—
Irlanda	—	—	X	—
Islandia	—	—	—	X
Italia	—	—	X	—
Luxemburgo	—	—	X	—
Malta	—	—	X	—
Marruecos	—	X	X	—
Noruega	—	—	—	—
Polonia	X	—	—	—
Portugal	—	—	X	—
Rumania	X	—	—	—
Suecia	—	X	—	—
Suiza	—	—	X	—
Turquía	—	—	X	—
URSS	X	—	—	—
Yugoslavia	X	—	—	—

b) *Ministerio de Previsión que incluye la Sanidad Pública.*—El peso de la Seguridad Social ha inducido a algunos países especialmente significativos a adjudicar las competencias sanitarias al Ministerio que tiene también las competencias propias de la previsión social.

c) *Ministerio de Sanidad independiente*.—Esta parece ser la fórmula que tiene mayor número de seguidores. Supone simplemente una potenciación de las tendencias tradicionales y respeta la sustantividad de un Ministerio paralelo que se ocupa de la previsión normalmente con todas sus implicaciones, si bien en algún caso la Seguridad Social contrata con los servicios dependientes del Ministerio de Sanidad. Este es el sistema que se ha seguido en España, como luego veremos.

d) *Dirección General de Sanidad*.—Esta fórmula tiene una difusión francamente minoritaria: sólo es mantenida por pequeñas naciones, fuera del caso hasta hace poco de España, y permanece anclada en las perspectivas de policía sanitaria como ilustra significativamente el hecho de que el Ministerio en el que está inserta esta Dirección General es siempre el Ministerio del Interior.

4.3 *Descentralización y participación*

La estructura jerarquizada de los órganos directivos de la Sanidad no empece que la gestión de los servicios, sobre todo los de carácter asistencial y hospitalario, tengan un carácter descentralizado (26), encomendándoseles bien a autoridades de tipo federal, bien a corporaciones locales o simplemente a organizaciones colegiadas *ad hoc* de usuarios y profesionales que toman a su cargo la administración de ciertos hospitales nacionales. La Seguridad Social es campo proclive a la democratización de las tareas administrativas, habiéndose observado que en este sentido «debe ser considerada en las sociedades industriales avanzadas como un laboratorio privilegiado donde se elabora la síntesis de la seguridad y de la libertad (27).

Debe observarse además, dentro de esta índole de preocupaciones, que la gestión de las instituciones sanitarias encuentra un marco territorial idóneo en el escalafón regional (28) que permite concentrar

(26) De acuerdo con SERIGÓ (*Bases para la organización de los servicios sanitarios*, p. 32, y MARTÍNEZ JIMÉNEZ: *Organización y reorganización de distribución de competencias en materia de sanidad pública*), considera la descentralización sólo posible respecto a entes institucionales que estén gobernados con profunda participación de los entes locales.

(27) PERRY: *Pour une theorie sociologique de la Sécurité Sociale*; STEUDLER: *Sociologie médicale*, París, 1972, p. 384.

(28) Es significativo que en las naciones con régimen federal sea este nivel político el responsable de la sanidad, organizándose a esta escala la asistencia hospitalaria, lo que sucede también, aunque con distinto alcance, en las naciones en que está institucionalizada la región. Vid. al respecto MACCOLINI: *Regione e assistenza sanitaria nel servizio sanitario nazionale*, en «Nuova Rassegna di Legislazio-

elementos personales y materiales suficientes para ofrecer con cierta complitud y complementariedad el dispositivo de servicios preciso.

5. LA ORGANIZACIÓN ESPAÑOLA

5.1. *Algunos caracteres de la tradicional situación sanitaria española*

La panorámica ofrecida en los capítulos precedentes nos permiten abordar ahora la valoración del sistema detectando sus rasgos más significativos de cara a una eventual reforma. Aparentemente nos detendremos tan sólo en aspectos marcadamente negativos, pero este enfoque metodológico no supone el desconocimiento de los avances positivos de nuestra sanidad pública como los logros en materia de luchas sanitarias, de aprovechamiento de aguas potables, policía sanitaria, etc., o las indudables y patentes mejoras que para la asistencia sanitaria del país ha supuesto la Seguridad Social. Lo que aquí se pretende es orientar sobre una posible revisión del vigente dispositivo administrativo para que la acción sanitaria pueda seguir prosperando en estos y otros terrenos, cubriendo nuevos campos, eliminándose o atenuándose rasgos de distorsión y buscándose una mayor racionalidad y coherencia de conjunto.

ne, *Doctrina e Jurisprudencia*, núm. 18, pp. 2229 y ss. Pero aun donde la región administrativa no existe, la sanidad nacional también se apoya en hospitales regionales, línea esta que intenta seguir el INP en España y que ya ha sido desarrollada con éxito en Inglaterra. Vid., por ejemplo, ROSENFEL y MAKOVER: *The Rochester Regional Hospital Council*, Cambridge, Massachusset, 1956. La regionalización hospitalaria se propugna habitualmente por los tratadistas, así ROEMER: *Organización de la asistencia médica*, p. 186, y SERIGÓ y PORRAS: *La planificación de la asistencia hospitalaria en España*, p. 10.