

MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN EL MEDIO RURAL ESPAÑOL*

Models of health service provision in rural Spain

Juan José Fernández Domínguez

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León
jjferd@unileon.es

Recibido: 15/11/2022 – Aceptado: 23/11/2022

Resumen

En la mejor tradición de los estudios dedicados a comparar diferentes opciones de ordenación jurídica, el presente análisis aspira a proporcionar los elementos vertebradores básicos de los distintos sistemas autonómicos de salud. Con la cota necesaria de abstracción jurídica, pero sin renunciar a trazos analíticos de singularidad destacada, revisitará el condicionante primario dado por las variantes relacionadas con la planificación y atenderá a los elementos taxonómicos fundamentales derivados del volumen de población y su nivel de dispersión, así como de las decisiones de organización sanitarias fundamentales dadas por los grados de descentralización territorial y la colaboración con el sector privado. Con este panorama se habrán no solo sentado las bases para construir los modelos de prestación sanitaria en España, sino que también se habrán unido a pie de página referencias de indudable interés para cualquier reflexión ulterior.

■ Palabras clave:

Asistencia sanitaria;
Comunidades Autónomas;
Planificación; Despoblación;
Descentralización; Sector
privado

Abstract

In the best tradition of studies dedicated to comparing different regulation options, this analysis aims to provide the basic structuring elements of the different health systems in Spain. With the appropriate level of legal abstraction, but without renouncing analytical traces of notorious

* El presente artículo ha sido realizado en el marco del Proyecto de Investigación LE01320, titulado *La prestación de servicios sociosanitarios en el ámbito rural de Castilla y León: Apostando por un bienestar integral*, financiado por la Junta de Castilla y León. Contiene, además, el desarrollo de la ponencia que, bajo el título *Modelos de prestación del servicio de salud en el medio rural* fue presentada en las XXXV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, celebradas en León los días 20 y 21 de octubre de 2021, en <https://medyservrural.unileon.es/>

■ **Keywords:**

Health care; Autonomous Communities; Planning; Depopulation; Decentralisation; Private sector

singularity, it will revisit the primary conditioning factor given by the planning-related variants, and address the taxonomical elements related to the levels of dispersion and population, as well as basic health organisational decisions such as the degrees of territorial decentralisation and collaboration with the private sector. This panorama will not only serve to lay the foundations on which to built the models of health care provision but will also have linked to footnote references of interest for any further reflection.

I. Introducción – II. La planificación como condicionante primario: 1. Estrategias con planificación rural específica; 2. Iniciativas rurales de carácter puntual que acompañan a la planificación general; 3. La opción por la integración plena en el plan autonómico de salud – III. Los factores taxonómicos fundamentales: volumen y nivel de dispersión de la población y organización de la atención primaria: 1. Las variables de combinación entre población/despoblación y dispersión/concentración; 2. Las decisiones organizativas claves: 2.1. Los diversos grados de descentralización en la ordenación de los servicios sanitarios; 2.2. Estructuras de continuidad con el planteamiento recogido en el RD 137/1984, de 11 de enero; 2.3. Variantes autonómicas con significativas innovaciones en la estructura y su resultante de superior o inferior descentralización: 2.3.1. En el fiel de la balanza para un resultado indeterminado; 2.3.2. Resultados centralizadores en la ordenación normativa o en la planificación sanitaria; 2.3.3. Hacia la descentralización en la atención sanitaria como propósito; 2.4. Resumen gráfico de las categorías enunciadas; 2.5. La colaboración con la iniciativa privada – IV. Conclusión

I. INTRODUCCIÓN

Cualquier ensayo es deudor, en mayor o menor medida, de cuantos antes han fijado su atención en el mismo objeto del discurso. En esta ocasión, con todo, a esa deuda permanente procederá unir otra más inmediata y directa derivada de la colaboración que ha recibido quien lo firma de compañeros llamados a ser considerados como verdaderos coautores del presente.

La justificación a tal afirmación viene dada por la iniciativa en su momento adoptada en el seno del proyecto de investigación concedido por la Junta de Castilla y León para analizar *La prestación de servicios sociosanitarios en el ámbito rural de Castilla y León: Apostando por un bienestar integral*. Propuesta ambiciosa, compartida por las Cátedras de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de León y de Derecho Administrativo de las Universidades de León y Salamanca que, a la hora de abordar el aspecto de concreto la asistencia sanitaria, consideraron conveniente profundizar en las características comunes y singulares de cada uno de los referentes autonómicos integrados en el Sistema Nacional de Salud.

A tal fin respondió la decisión de recabar la colaboración de profesores con acreditada experiencia en el ordenamiento social que, por su labor de investigación previa, así como su proximidad a la regulación de cada concreta realidad regional, pudieran ilustrar sobre los aspectos sometidos a su consideración.

Concluida su labor, y tras la puesta en común los días 9 y 10 de septiembre de 2021 a través del Seminario titulado *Organización de Servicios socio-sanitarios y de vivienda en el mundo rural. Estado de la situación en España*, quedaron incorporadas a la página web del proyecto las fichas diseñadas por los colaboradores correspondientes a las diecisiete Comunidades Autónomas, verdadero cimiento del presente ensayo¹.

De este modo, cuanto se ofrece al lector no es sino una sistematización de aquella aportación primera, reuniendo las contribuciones bajo un patrón útil a la hora de cotejar las similitudes y diferencias en aspectos sustanciales que faciliten la agrupación de todas las referencias singulares en modelos a partir de los cuales llevar a cabo la comparación de diferentes propuestas. Acervo a completar, y hasta a remozar, por mor de las importantes innovaciones acometidas tras la grave crisis sanitaria derivada de la pandemia causada por el SARS-CoV-19. Una experiencia tan honda ha dejado numerosas huellas, entre otras algunas capaces de afectar a aspectos esenciales de la organización sanitaria, también en cuanto hace a su expresión en el ámbito rural, cuyo reflejo consta en algunas ocasiones a nivel legal, en muchas más en documentos de planificación sanitaria de carácter general o de atención primaria en particular.

II. LA PLANIFICACIÓN COMO CONDICIONANTE PRIMARIO

Si un elemento está llamado a trazar un importante norte diferencial ya de inicio, este, sin duda, viene dado por la presencia o ausencia de una atención específica a la atención sanitaria rural en la planificación de la Comunidad Autónoma.

Desde esta perspectiva, y a grandes rasgos, tres son las opciones fundamentales adoptadas: de un lado, cuantas iniciativas de los organismos autonómicos de salud suponen dar vida a un modelo de sanidad rural dotado de sustantividad propia; de otro, las que responden a actuaciones puntuales que acompañan al marco común programado; por último, aquellas cuyo criterio pasa por integrar los asuntos rurales como una cuestión más dentro del diseño de organización general.

1. Estrategias con planificación rural específica

Entre las Comunidades Autónomas que abordan de manera sistemática los problemas específicos de la sanidad rural, cabrá dar cuenta de cinco ejemplos significativos:

¹ La autoría de las fichas corresponde a FERNÁNDEZ RAMÍREZ, M. (Andalucía y Canarias), GALA DURÁN, C. (Aragón, Baleares y Cataluña), MANEIRO VÁZQUEZ, Y. (Asturias y Galicia), LANTARÓN BARQUÍN, D. (Cantabria), HIERRO HIERRO, F.J. (Castilla-La Mancha y Extremadura), MARTÍNEZ BARROSO, M.R. (Castilla y León y Madrid), RODRÍGUEZ EGÍO, M.M. (Comunidad Valenciana), SARABIA COBO, C. (La Rioja), FERRANDO GARCÍA, F.M. (Murcia) y MARÍN MALO, M. (Navarra y País Vasco). Para una consulta del contenido concreto de cada ficha, <https://medyservrural.unileon.es/fichas/>

1º.- En primer lugar, y a partir de algunas de las premisas que ya figuraban en la Orden SAN/91/2014, de 13 de febrero, por la que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos para la Reestructuración de la Atención Primaria en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, ve la luz en esta Comunidad, en noviembre de 2019, el denominado *Nuevo modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: Documento Marco*. Sin perjuicio de no haber sido ejecutado, la página web de la Junta de Castilla y León lo mantiene como referencia para lograr cuantos objetivos enuncia, en particular a partir de la creación de los Consultorios Rurales de Agrupación (CRA), en tanto estructura asistencial para cuanto se define como el camino a emprender en un futuro².

2º.- El espacio que desde sus orígenes, allá por 1990, ha merecido la planificación territorial en el reputado modelo sanitario de Cataluña (baste remitir al principio 10 que recoge el *Plan de Salud de Cataluña 2016-2020*³, o a las 115 menciones que a este respecto –incluidas las alusiones específicas a la realidad rural en cuanto hace a accesibilidad, cobertura de la necesidad de profesionales o el servicio adecuado a las comunidades concernidas por la Agenda rural– constan en el *Plan de Salud de Cataluña 2021-2025*⁴), ha visto cómo, en enero de 2021 y al calor de las medidas adoptadas para hacer frente a la crisis provocada por la COVID-19, ha lugar a una reestructuración importante de la organización sanitaria a través de los “clúster” y “ejes de salud”. Estructuras de nuevo cuño que trascienden a la pandemia y alcanzan un notable impacto sobre el ámbito rural, aun cuando sea a partir de la nueva relación con las zonas urbanas que figura en tal postulado integrador⁵.

3º.- El supuesto de Galicia sirve para ilustrar sobre un cambio sustancial desde la opción por una ordenación donde lo rural quedaba integrado en la planificación general, a otra en la cual media una apuesta decidida por actuaciones específicas a través de los *Planes Locales de Salud para una orientación comunitaria de la Atención Primaria*, cuyas bases metodológicas quedaron sentadas en 2021, aprobándose los 14 primeros (de los 42 previstos para este ejercicio) en febrero de 2022. Surge, de este modo, cuanto se ha entendido como un cuadro “vivo, abierto y participativo”, portador de una “radiografía de la salud de la población de referencia” que, en cuanto se trata de documentos ideados y elaborados por los propios profesionales concernidos, identifican necesidades y definen soluciones para un plazo de cuatro años, convirtiendo a la atención primaria en “elemento vertebrador” del sistema autonómico⁶.

² https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1284877983892/_/1284909097268/Comunicacion

³ https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4040/pla_salut_catalunya_2016_2020_2016_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁴ https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf

⁵ <https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticies/2021-01-28-nova-organitzacio-territorial> y <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-plans-sanitaris/nova-organitzacio-territorial-clusters/>

⁶ https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1398/Plan%20de%20salud_DEF.pdf

4º.- El supuesto de Madrid recoge como aspecto singular la decisión de incorporar el servicio sanitario de las zonas rurales de la Comunidad al *Plan Integral de Mejora de Atención Primaria 2022-2023*⁷. Con todo, el dato definitivo para el encuadrarlo en este grupo radica en dos iniciativas en proceso de gestación: de un lado, el *Plan de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias*, dado el papel importantísimo atribuido en su seno a unos remozados Servicios de Atención Rural a estos efectos⁸; de otro, el *Plan de Sanidad Rural*, destinado a solventar los problemas singulares suscitados por las plazas o centros de difícil cobertura⁹.

5º.- En último término, y además de la cuidada atención a los aspectos territoriales en el *Plan de Salud 2014-2020*¹⁰, cabrá dar cuenta de la orientación claramente rural (al punto de figurar en Google bajo tal encabezado) que merecieron las *Bases de la Estrategia de Atención Primaria de Salud de Navarra 2017-2019*¹¹, plasmadas en la actualidad en la *Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria 2019-2022*, donde se abordan cuestiones como el envejecimiento y despoblación en el medio, los problemas en la implantación tecnológica o la adecuación de las urgencias a estas zonas por medio de los Servicios de Urgencias Rurales (SUR)¹².

2. Iniciativas rurales de carácter puntual que acompañan a la planificación general

Sin contar con el desarrollo sistemático dotado de sustantividad propia que muestran los ejemplos mentados en el apartado anterior, otro conjunto de Comunidades Autónomas prevén una serie de medidas que, si bien figuran en el documento general de planificación de la salud, tienen a las zonas rurales como destinatarias exclusivas o preferentes. Así ocurre, por ejemplo, dentro del Área 3 (“Orientación hacia las personas”), con la Actuación 8 del *Plan de Salud de Aragón 2030*, el cual contiene una mención explícita a “reducir la desigualdad derivada de la despoblación y de los desequilibrios territoriales”¹³.

Igual consideración cabrá prestar al Programa de apoyo intitulado “rompiendo distancias”, así como al análisis del desarrollo rural y de los recursos naturales y su

⁷ <https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/10/06/ponemos-marcha-plan-reforzar-atencion-centros-salud>

⁸ <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sociedad/que-avecina-nuevo-plan-urgencias-emergencias-extrahospitalarias-madrid/20221001111202203372.html>

⁹ <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/los-medicos-presentan-5-alegaciones-al-plan-de-la-sanidad-rural-madrilena-3028>

¹⁰ http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020-htm

¹¹ https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/estrategia_de_atencion_primaria_y_acciones_de_avance_enero_2018_0.pdf

¹² <https://www.navarra.es/documents/48192/2450269/Estrategia+de+Atencion+Primaria+FINAL.pdf/189fc43d-5d4b-b2ff-bbbd-0e9408285c33?t=1558538092663>

¹³ <https://www.aragon.es/-/plan-de-salud-de-aragon-2030>

impacto en la salud que recoge el *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030*¹⁴.

En último extremo, no cabrá ignorar las *Estrategias Alineadas 2021-2024 del Gobierno de La Rioja* cuando en el Círculo Estratégico 2 (“Coordinación efectiva”) contemplan, dentro de su apartado 9, la finalidad de “priorizar la atención primaria en el medio rural”, estableciendo para ello un “Plan de Choque” que detalla tanto en medios humanos como tecnológicos¹⁵.

3. La opción por la integración plena en el plan autonómico de salud

Tras exhaustiva búsqueda por quienes han colaborado en la iniciativa que recoge el presente ensayo, así como la acometida desde 2021 hasta la fecha por quien suscribe, no se ha descubierto iniciativa singular alguna en torno a la prestación de atención sanitaria en las zonas rurales en el resto de las Comunidades Autónomas (Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia y País Vasco), donde incluso los propios adjetivos rural o territorial apenas si figuran de manera expresa. Procederá colegir, por ende, que la preocupación por la realidad aquí y ahora analizada ha quedado embebida en los aspectos generales de planificación de la salud.

III. LOS FACTORES TAXONÓMICOS FUNDAMENTALES: VOLUMEN Y NIVEL DE DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

De prestar atención al conjunto de documentos que desde una perspectiva general analizan la situación sanitaria actual del ámbito rural, dos elementos se repiten como condicionante último para cualquier política: de un lado, la evidente pérdida de población de estas zonas, unida frecuentemente a su dispersión bajo combinaciones variables; de otro, la necesidad de cohonestar la atención cercana y personal al paciente con la optimización de unos medios escasos al servicio de la comunidad.

El mapa de población y las distintas formas de organizar los servicios sanitarios, incluyendo la participación de la iniciativa privada, conforman los dos índices con mayor influencia final en la opción por una configuración u otra.

¹⁴ <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-del-principado-de-asturias-2019-2030>

¹⁵ https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/PlanEstrategicoAP_HUSP.pdf

1. Las variables de combinación entre población/despoblación y dispersión/concentración

Bajo la pretensión de agrupar realidades demográficas con características semejantes, la aproximación a los distintos estudios regionales sobre población remite al siguiente cuadro:

A.- En primer lugar, cabrá destacar la situación de tres Comunidades Autónomas en las cuales la tendencia general a la despoblación rural encuentra notoria excepción.

Así, procederá dar cuenta del “incremento intenso de la población, con una superpoblación” que se extiende a las zonas rurales de las Islas Baleares, para llevar a “un territorio saturado”, con problemas –también de salud– realmente singulares y muy alejados de los que aquejan a las zonas casi deshabitadas¹⁶.

Un panorama semejante ofrece Canarias, en particular a partir de la migración extranjera. Con todo, cabrá apuntar cómo los informes oficiales dejan constancia de algunos núcleos con evidente pérdida de población, ya sea por su ubicación en lugares comprometidos desde el punto de vista geográfico (sirva el ejemplo de las cumbres de las Islas), ya por problemas de comunicación y un menor apoyo al sector turístico¹⁷.

En tercer lugar, y aun cuando las últimas estadísticas muestran un número apreciable de municipios que sufren “estrés demográfico”, la comparación de los datos obtenidos del padrón de Madrid durante los últimos años permite apreciar que no solo la Comunidad gana número de habitantes, sino que resulta claro el fenómeno de retorno al medio rural capaz de beneficiar incluso a las zonas más desprotegidas de la región¹⁸.

B.- Un dibujo diferente, menos halagüeño, pero en el cual la despoblación rural aparece bien localizada en determinadas zonas de la geografía regional y la pérdida global no alcanza dimensiones exorbitantes, es la que muestran las Comunidades Autónomas costeras, excepción hecha de Andalucía, dada su extensión y notable proyección también interior.

En este sentido, y siendo común el diagnóstico relativo a la acentuada pérdida de población en bastantes municipios de zonas de interior y montaña, cabrá contraponer la dispersión de las Comunidades Autónomas del norte de España (Asturias¹⁹,

¹⁶ <https://www.caib.es/pidip2front/jsp/es/ficha-noticia/strongel-governnbspavanza-con-el-secretario-general-para-el-reto-demograacutefico-en-la-consideracioacuten-de-los-desequilibrios-poblacionales-de-las-balears-en-la-estrategia-del-gobierno-de-espantildeastrong0>

¹⁷ http://www.cescanarias.org/documents/attachments/1574856889/inf_2019_01_tex.pdf

¹⁸ <https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/estructupanual.htm>

¹⁹ https://www.sadei.es/mapa-zonas-rurales-de-asturias/de-interes/tipologias-de-las-zonas-rurales-de-asturias_445_5:964:0:1:in.html

Cantabria²⁰, Galicia²¹ y País Vasco²²) con la superior concentración en el este (Cataluña²³, Comunidad Valenciana²⁴ y Murcia²⁵), para definir dos escenarios coincidentes en el problema de fondo, pero con matices importantes a la hora de adoptar una decisión de gestión que resulte eficaz en el entorno concreto.

C.- En esta escala descendente, apuntado queda el rasgo de concentración de la población en las zonas costeras (tanto urbanas como rurales), motivo por el cual Andalucía participa plenamente del rasgo significado en el grupo precedente, y más en concreto de las poblaciones situadas en la costa del Mediterráneo; con todo, su gran extensión y profundidad hace que el espacio interior sea enormemente significativo. En consideración a su importancia cabrá establecer unas similitudes notables con Extremadura, que arrancan de la trascendencia que el Plan de Empleo Rural (PER) antes, y los Programas de Fomento del Empleo Agrario (PFEA) ahora, han tenido para lograr frenar la sangría de la despoblación en ambas Comunidades Autónomas.

El dato precedente, cuya incidencia favorable, no obstante, se aprecia más en la región andaluza que en la extremeña, se ve acompañado de otro dato compartido (y diferencial) respecto del resto del territorio nacional, cual es el predominio de los municipios con un importante número de habitantes. Concentración unida a notables distancias entre localidades que da vida a un panorama característico y común a la parte interior del territorio del sur²⁶ y sur-oeste²⁷ de la Península.

D.- En último lugar de esta clasificación cabrá situar al resto de las zonas de interior donde la pérdida de población rural constituye uno de los grandes desafíos, capaz de condicionar las políticas de las Comunidades Autónomas, incluida la sanitaria, que han de afrontar el reto del abandono de la población en núcleos rurales con muy escaso número de habitantes y, a menudo, separados por grandes distancias, conforme ocurre en Aragón²⁸, Castilla y León²⁹, Castilla-La Mancha³⁰ y Navarra³¹.

²⁰ https://www.icane.es/c/document_library/get_file?uuid=f60755d5-84c4-44b5-a67d-bd5cbfcd91b3&groupId=10138

²¹ https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?codigo=0201001009&idioma=es

²² <https://www.euskadi.eus/nucleos-de-poblacion-de-la-comunidad-autonoma-del-pais-vasco/web01-a2lanits/es/>

²³ <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=acc&n=15067>

²⁴ <http://www.ces.gva.es/es/noticias/informe-sobre-el-medio-rural-en-la-comunitat-valenciana>

²⁵ <http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=24340&RASTRO=c2175m2594&IDTIPO=100>

²⁶ https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/gradourbanizacion/informe_tecnico_2020.pdf

²⁷ https://redex.org/ficheros/archivos/2021_07/informe-territorio-rural-2020.pdf

²⁸ <https://www.aragon.es/-/demografia-y-poblacion>

²⁹ <https://conocecastillayleon.jcyl.es/web/es/geografia-poblacion/poblacion.html>

³⁰ <https://www.castillalamancha.es/gobierno/agriaguaydesrur/actuaciones/plan-estrat%C3%A9gico-de-desarrollo-sostenible-del-medio-rural>

³¹ http://www.navarra.es/home_es/Navarra/272+Municipios/

2. Las decisiones organizativas claves

El propósito significado de conciliar una atención cercana y personal al paciente con la necesidad de optimizar la utilización de los medios escasos disponibles ha llevado a diferentes decisiones estratégicas de las distintas Comunidades Autónomas que afectan a dos aspectos fundamentales: la ordenación de los servicios de salud que dibujan el concreto mapa sanitario y la colaboración con las organizaciones o entidades sanitarias privadas.

2.1. Los diversos grados de descentralización en la ordenación de los servicios sanitarios

La cercanía temporal y física al paciente se hace coincidir en la práctica totalidad de los planteamientos sobre estrategias de sanidad con una dosis adecuada de descentralización en función de las posibilidades tanto del entorno poblacional como de los recursos humanos e instrumentales disponibles.

A tal fin, varios son los contextos que cabe esbozar. En primer lugar, el proporcionado por la decisión de reproducir o innovar a nivel legal sobre el diseño uniforme que en su día proporcionó el RD 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, y luego mantuvo la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Con independencia de este factor, y sea por alguna significativa variación legal o provenga de modificaciones en el mapa sanitario introducidas a través de los instrumentos de planificación, un resultante donde la adaptación al medio ha llevado, bien a una mayor proximidad y frecuencia en la atención, o bien, como alternativa, al intento de optimizar los recursos disponibles en un entorno menos favorable, lo cual forzosamente pasa por dispensar una atención más centralizada.

2.2. Estructuras de continuidad con el planteamiento recogido en el RD 137/1984, de 11 de enero

La ponderación estrictamente cuantitativa de los datos disponibles lleva a comprobar que ocho de las diecisiete autonomías apenas si han realizado variaciones significativas, ni en las leyes de ordenación sanitaria ni en sus normas o programas de desarrollo, sobre el esquema básico de origen estatal que precedió a la transferencia de competencias.

De este modo, la traslación de la pauta uniforme sobre una realidad autónoma concreta adquiere sesgos de mayor o menor descentralización en función de la realidad poblacional sobre la cual se proyecta, así como de las ligeras rectificaciones bajo la forma de ajustes en la planificación.

A tal patrón vienen a responder las siguientes situaciones regionales:

- a) La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, configura el área de salud como marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias (art. 47) y,

“sin perjuicio de la posible existencia de otras demarcaciones territoriales” que no enuncia, reconoce a la zona de salud como “marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud” (art. 48).

Tal esquema, si unido al principio rector de integración funcional como llamada a armonizar la ordenación territorial con la comarcalización general de Aragón [art. 2 d)], conduce a un claro marco centralizador, susceptible de ser confirmado a través de otro doble cauce: de un lado, la Resolución de 11 de abril de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, por la que se regula la creación y funcionamiento de las Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo, en cuya estrategia afloran órganos gestores superiores, bien de coordinación intersectorial a través de los centros de salud (según figura en la versión actualizada de 2020), bien del Comité Técnico Interdisciplinar e Interterritorial; de otro, el Decreto 168/2021, de 26 de octubre, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón (incluida su modificación por Orden SAN/1074/2022 de 6 de julio), donde queda claro el eje que supone la zona básica de salud con el centro de salud al frente.

- b) Quizá por sus fechas, donde aún regían otros planteamientos comunitarios, una cierta dirección centralizadora dimana de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, cuando define la estructura de atención primaria y la asienta sobre la zona básica de salud (art. 30.3). De este modo, el carácter de “órganos desconcentrados” de las áreas de salud (bajo los términos de desarrollo en los arts. 62-73), que apunta hacia una descentralización evidente, encuentran en la zona básica de salud (arts. 74 y 76-81) y su centro de atención primaria la referencia fundamental y última (art. 75.1 y 2). En ella se adjudica a los consultorios locales el papel de “estructura física y funcional que también sirve para el desarrollo por el equipo de atención primaria de sus actividades” (art. 75.3), donde el adverbio de afirmación utilizado muestra con claridad su aspecto añadido o complementario.
- c) A pesar de disponer de una organización territorial en la cual también la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, hace pivotar su funcionalidad sobre el área de salud (art. 9) y la zona básica de salud (art. 10), resulta capital la apertura a la modificación del esquema en favor del mapa sanitario autonómico en atención “al grado de concentración o dispersión de la población, a las distancias máximas a los núcleos de población más alejados de los servicios y al tiempo de acceso utilizando los medios ordinarios de transporte disponibles en la zona”.
El resultado puede comprobarse en el desarrollo actualizado de aquel a través del Decreto 27/2011, de 31 de marzo, donde cabe percibir el desenvolvimiento armónico de centros asistenciales y consultorios incluso en las zonas de mayor dificultad, como son las de interior y montaña³².
- d) El hecho de ser la última norma en el tiempo no impide que en la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, aflore una opción legal claramente centralizada, pues gravita sobre los departamentos de salud como

³² <https://www.scsalud.es/mapa>

equivalentes a las áreas de salud previstas en la legislación básica estatal, respecto de los cuales se establece que serán delimitados “atendiendo a la máxima integración de los recursos asistenciales” (art. 13.1), sin perjuicio de garantizar que, “en todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un departamento de salud, el cual se podrá subdividir (...) en zonas básicas de salud” (art. 13.3).

La actualización del mapa sanitario, concebido como instrumento estratégico para la planificación y gestión sanitaria (art. 14), ofrece un panorama bastante más dúctil y flexible en el Decreto 205/2018, de 16 de noviembre, en la medida en la cual los centros de salud ven completada la actuación de los equipos de atención primaria a través de consultorios auxiliares, fundamentales en las zonas más pobladas, aunque no precisamente en el ámbito rural de interior aquí y ahora analizado.

- e) “La gestión y administración de los recursos y ejecución de los programas del área de salud se realizará de forma descentralizada, con las debidas garantías de coordinación, solidaridad, evaluación, seguimiento y participación; así como de consecución de los objetivos generales del sistema”. Con esta previsión contenida en el art. 32.8 de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, se da cuenta de cómo la estructura tradicional de áreas de salud (art. 32 a 37) y zonas de salud (art. 38 y 39) aparece enriquecida ya no solo a partir de las indeterminadas “demarcaciones de carácter funcional a que alude el art. 32.5”, sino de la propia gestión autónoma de la zona de salud a través de los Consejos contemplados en el art. 39.1. Más aún, se añade una garantía fundamental capaz de completar la singular situación demográfica de la Comunidad, con una mayoría de municipios de considerable población, pero alejados entre sí, incidiendo en el valor de los consultorios locales y de las unidades de apoyo de la atención (art. 48.3); al tiempo, estableciendo una trascendente garantía adicional o residual cuando sienta que “todos los núcleos de población superior a cincuenta habitantes dispondrán de un consultorio local” (art. 48.4).

La planta resultante descubre cómo, con iguales mimbres, el resultado es notablemente descentralizador, según deja ver el mapa sanitario, tanto el original establecido por Decreto 166/2005, de 5 de julio, según valoración por la doctrina, como su modificación a través de Decreto 180/2017, de 31 de octubre³³.

- f) El esquema clásico de áreas de salud (art 40) y zonas de salud (art. 41) en una realidad demográfica de núcleos rurales de escasa población y dispersos se traduce en una situación de centralización de servicios en aquellas últimas, a partir de cuanto dispone la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja. Ciertamente la norma otorga flexibilidad al titular de la Consejería competente en materia de salud para delimitar las áreas de salud (art. 40.2º) y, sobre todo, las zonas básicas, “atendiendo a las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido con medios ordinarios, el grado de concentración o dispersión de la población y las características epidemiológicas de la zona y las instalaciones y recursos sanitarios dispuestos en la misma”. Al calor de tal alternativa, en 2011

³³ https://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXV/2009/T.%20LXV%20n.%203%202009%20sept.-dic/EJ02007.pdf

obró una pretensión descentralizadora evidente, con la transformación en tres áreas para gestionar las 19 zonas básicas de salud; sin embargo, no habían transcurrido dos años cuando se dictó la Orden 6/2013, de 28 de octubre, de creación y agrupación de Zonas Básicas de Salud y delimitación de su ámbito territorial, donde a la existencia de un área única de salud de La Rioja y la creación de una zona básica nueva (con reajuste en las anteriores) se acompaña la agrupación de ocho de ellas para la atención continuada³⁴.

- g) Coetánea de la norma canaria, la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, parte, a la hora de diseñar su organización sanitaria, de las estructuras estatales heredadas y hace gravitar sobre las áreas de salud su funcionalidad (arts. 12 a 18), con un marco territorial para la atención primaria asentado sobre la zona básica de salud, en la cual se “dispondrá de una cabecera en donde se ubicará un centro de salud, como estructura física y funcional que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del equipo, así como de las instalaciones sanitarias existentes” (art. 19).

A pesar de que la Ley advertía sobre la posibilidad de crear Consejos de Salud de Zona en aquellas “en que concurren especiales circunstancias orográficas, económicas, sociales, demográficas o sanitarias que hagan aconsejable o necesario su constitución y siempre que su demarcación territorial coincida con el término municipal” (art. 19.5), lo cual supone reconocer un potencial descentralizador evidente, una consulta al diseño sanitario vigente (Orden de 14 de mayo de 2015, por la que se modifica la Orden de 24 de abril de 2009, que establece el mapa sanitario de la Región de Murcia) muestra una evolución en la cual las estructuras permanecen en lo fundamental bajo aquellos parámetros de efectos centralizadores, con carácter general en las tres grandes zonas rurales de la Región (Centro, Noroeste y Valle del Ricote), y en singular en las Áreas de Salud IV (Noroeste) y VI (Vega Media del Segura), donde los equipos de soporte de atención domiciliaria en muchas ocasiones cubren los vacíos operativos de los consultorios médicos en las zonas de interior y más despobladas³⁵.

- h) En último término, la norma más veterana, la Ley 10/1990, de 3 de noviembre, de Salud de Navarra, presenta características muy similares a las hasta ahora analizadas cuando, por mor de la estructura de población a la cual se ha de prestar servicios, acaba presentando una importante nota centralizadora, pues el diseño de la región sanitaria (art. 40) aparece asentado sobre áreas básicas de salud, que solo en el caso de la de Pamplona admiten subdivisión en dos comarcas sanitarias (arts. 39 y 55). Como demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco a la atención primaria de salud aparecen las zonas básicas de salud (arts. 38, 57 y 58), ordenadas conforme ya figuraban en la Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra, con las modificaciones establecidas en el art. 38.2 y el reconocimiento de las zonas básicas de especial actuación enunciadas en el art. 38.3. El mayor esfuerzo descentralizador (de eficacia ciertamente limitada, dados los condicionantes geográficos y humanos ya expuestos) se asienta

³⁴ <https://elmedicointeractivo.com/rioja-reforma-mapa-sanitario-y-pasa-unico-area-salud-y-19-zonas-basicas-20110824221859047015/>

³⁵ <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154053&idsec=1084#>

sobre los centros asistenciales a los que alude el art. 56.1º, y que en la actualidad asciende a 234, con 47 puntos de atención continuada y urgente³⁶.

2.3. Variantes autonómicas con significativas innovaciones en la estructura y su resultante de superior o inferior descentralización

Al lado de la relativa inmovilidad descrita, procederá mentar la realidad de las otras nueve Comunidades, donde los cambios legales o planes de actuación se traducen en una evolución que en algunas ocasiones ofrece un resultado abiertamente descentralizador, en otras lleva a una optimización de recursos bajo planteamientos de agrupación, y en algunos casos, en fin, presenta resultados ambiguos o neutros desde este plano por concurrir rasgos ordenados en direcciones contrapuestas.

2.3.1. En el fiel de la balanza para un resultado indeterminado

Tanto en el caso de las Islas Baleares como en el de Madrid se combinan medidas con claro afán descentralizador y otras que tienden a potenciar elementos de centralidad.

A.- En el caso del archipiélago, la ambivalencia deriva de la regulación contenida tanto en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Islas Baleares, como en el Decreto 16/2015, de 10 de abril, de Ordenación Sanitaria Territorial de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Como elementos que llaman a una gestión y atención concentrada destaca el diseño de los órganos centrales de participación, con el relevante papel atribuido al Consejo de Salud (arts. 41 y 42), los Consejos de Salud de Área y Zona (art. 43), así como cuantos otros se recogen para ámbitos concretos de atención sanitaria (art. 44) y, en particular, el diseño de las competencias de los entes territoriales (consejos insulares –art. 47– y municipios –art. 48–), con una específica previsión de coordinación administrativa al respecto (art. 49).

El reflejo de tal patrón general muestra un correlato lógico en la ordenación territorial, donde al área de salud (arts. 87 a 89 y, actualizado su realidad, art. 2 Decreto 16/2015) y a la zona básica de salud, con un centro de salud en el municipio cabecera de zona (arts. 90 y 91), se añade el elemento intermedio dado por los sectores sanitarios, como “estructuras funcionales para la coordinación de los recursos sanitarios de las zonas básicas de salud”; si se prefiere, una división territorial en comarcas de las áreas de salud (art. 89.3 y 4 y, concretando la figura, art. 3 Decreto 16/2015).

A todos estos factores que apuntan a una tendencia centralizadora cabra añadir, como elemento de contraste, la clara intención en sentido contrario que suponen las unidades básicas de salud, “con el fin de prestar una adecuada atención primaria con mayor proximidad a la población comprendida en sus límites territoriales” (art. 4.3 Decreto 16/2015). Factor de corrección que queda patente de observar el mapa de ordenación sanitaria, como instrumento dinámico llamado a definir la ordenación sanitaria

³⁶ http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Situacion+de+salud/

territorial [art. 28 b)], donde cabrá apreciar su importancia cuantitativa, al igual que la otorgada a los centros de atención intermedia³⁷.

B.- Similar es la valoración que cabe efectuar respecto la realidad normativa y subsiguiente planificación en la Comunidad Autónoma de Madrid. Su Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria, recibió en la disposición transitoria 1ª la continuidad en la zonificación sanitaria establecida por Decreto 187/1998, de 5 de noviembre. Ni el contenido de los arts. 4 y 5 de la norma de principios de este siglo, ni su desarrollo ulterior a través de Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de atención primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid, pretenden alterar sustancialmente ese esquema, sino más bien reforzarlo en un doble sentido: de un lado, afirmando los elementos de centralidad que derivan de la existencia de un Área Sanitaria Única para toda la Comunidad (art. 4), en la cual actúa una Red Sanitaria Única de Utilización Pública (art. 5), completándose el cuadro por vía reglamentaria a partir del reconocimiento de la zona básica de salud (art. 3) y el centro de salud (art. 4) como estructuras fundamentales de atención primaria.

El elemento clave desde la perspectiva opuesta vendrá dado por el dinamismo reconocido en la organización de profesionales y actividad, gestión del contrato programa o evaluación del desempeño al Director del centro de salud (art. 9 Decreto 52/2010). También, y en particular, a dos documentos que aluden a una clara vocación descentralizadora a corto plazo como son, por una parte, el *Proyecto para la Reorganización Asistencial de los Centros de Salud*, de 5 de marzo de 2021, donde se contempla (a la par que la concentración de algunos procesos asistenciales muy concretos) la viabilidad de “impulsar y apoyar metodológicamente para que cada centro elija el modo de implantación más adecuado y con más posibilidades de éxito según sus características”³⁸; por otro, y fundamental para el contexto de este estudio, la labor que desarrollan los Servicios de Atención Rural en los centros de salud de tal naturaleza, cuyas normas de funcionamiento han venido dependiendo de las direcciones asistenciales y del Director de centro, aun cuando existe un Preacuerdo de nueva configuración firmado allá por el 6 de abril de 2016³⁹.

2.3.2. Resultados centralizadores en la ordenación normativa o en la planificación sanitaria

Con mayor o menor eco, ora en la norma ora en los planes de salud o de atención primaria, cabrá dar cuenta de las decisiones adoptadas por algunas Comunidades Autónomas que, ante la falta de población y su dispersión a lo largo de un amplio territorio, han acabado adoptando medidas racionales de optimización cuya traducción práctica conduce a un resultado parecido al ya expuesto en Aragón, La Rioja y Navarra. A su lado, no deja de sorprender la distinta alternativa adoptada por la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, que la aleja de manera apreciable

³⁷ <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/ordenacion-sanitaria-territorial>

³⁸ <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/profesionales/plan-integral-mejora-atencion-primaria>

³⁹ <https://plataformasarmadrid.com/2016/04/15/normas-de-funcionamiento-de-los-sar/>

de otras políticas adoptadas en la costa norte de España para ofrecer una perspectiva más centralizadora.

Comenzando por esta última realidad regional, cabrá tomar en consideración cuanto recoge el punto 15 del Preámbulo que acompaña la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud del Principado de Asturias, cuando reconoce que “la red de comunicaciones físicas del territorio (...) se ha ampliado y modernizado de forma notable, lo que hace que se hayan reducido en muchos casos los tiempos de desplazamiento entre los diferentes puntos del territorio, facilitando la accesibilidad de los usuarios a recursos sanitarios y condicionando la distribución de los mismos”.

Sin duda esta mención al condicionante dado por una atención que pondere los tiempos por encima de la distancia permite comprender la articulación de la ordenación de la atención sanitaria en la más reciente de las normas autonómicas cuando apuesta decididamente por la sectorialización de los servicios en tanto elemento de planificación territorial a través del mapa sanitario (art. 15). Así, al lado de las áreas de salud y órganos descentralizados de Servicio regional, crea una estructura intermedia como son los distritos de salud (cuando los factores geográficos, demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, culturales y, de nuevo, “las vías y medios de comunicación y de gestión lo aconsejen”, *ex art.* 18.1) donde se integran las distintas zonas de salud (art. 17), que pueden ser básicas (art. 17.2 a 4), pero también especiales “cuando concurren singulares condiciones socioeconómicas, demográficas y de comunicaciones”.

El resultante puede comprobarse a partir de una clarificadora evolución del mapa sanitario del Principado, que desde el Decreto inicial 112/1982, de 6 de septiembre, ha visto hasta ocho modificaciones, la última a través de Decreto 16/2021, de 26 de marzo, para subdividir las 8 áreas de salud (con sus cabeceras) en 68 zonas básicas y 16 zonas especiales y dar cabida a una realidad en la cual los consultorios locales ceden en importancia ante los periféricos, y en ambos casos se ven afectados por el progresivo cierre por motivos poblacionales en las zonas rurales del interior y de la montaña, reforzando la alternativa centralizadora derivada de los centros de salud⁴⁰.

Por cuanto hace a las dos Comunidades del interior, cabrá sentar que la Ley 8/2010, de 3 de agosto, de ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, es de las pocas normas (si no la única) cuyo su mapa sanitario alude de manera expresa a la realidad rural, al establecer que deberá adecuarse “al mapa de unidades básicas de ordenación y servicios rurales previstas en la normativa de ordenación del territorio” (art. 13.1).

De este modo, y junto al área de salud como estructura fundamental de referencia y garante de un sistema coordinado e integral (art. 14), las zonas básicas de salud asumen el papel de marco de desarrollo para las actividades sanitarias de atención primaria, contemplándose varias decisiones de interés para el discurso: en primer lugar, que habrá determinadas actividades al margen de tal demarcación, pues la norma abre su operatividad a otra realidad diferente en la medida en la cual fija su establecimiento “sin perjuicio de que (...) se puedan desarrollar fuera de la misma [de

⁴⁰ <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/mapa-sanitario-de-asturi-1>

la zona básica] cuando existieran servicios o recursos comunes para varias zonas”; en segundo término, y repitiendo lo previsto para las áreas, que las zonas, en el ámbito rural también, “deberán establecerse respetando las unidades básicas de ordenación y servicios del territorio”; por último, y si bien cada una de las zonas básicas contarán con un centro de salud, éste, “con carácter excepcional (...), podrá situarse fuera de la zona (...) si con ello mejora la accesibilidad o bien para asegurar una atención sanitaria de calidad a la población adscrita” (art. 15).

Estas variantes, harto significativas, siguen admitiendo mayores matices. Así ocurre desde el momento en el cual la norma indica que, “cuando existan razones geográficas o de racionalización y eficiencia que lo justifiquen, se podrán crear otras divisiones territoriales a fin de mejorar la accesibilidad a las prestaciones sanitarias o a la propia ordenación sectorial” (art. 17). No se trata solo de la aparición posible de demarcaciones sanitarias tomando como referencia las zonas básicas de salud, “en las que se desarrollaran, fundamentalmente, las funciones de inspección y control oficial” (art. 16), ni tampoco de otros lugares donde quepa desarrollar las actuaciones de atención primaria (“en los centros de salud, en los consultorios en el domicilio del paciente, en los centros donde se preste atención continuada o en cualquier otro lugar que se determine reglamentariamente”, según dispone el art. 19.5); va más allá, según figura en la senda iniciada por aquel precepto donde se sienta cómo, “en aquellos casos en los que la carencia de profesionales dificulte la prestación de la asistencia en el ámbito de atención primaria que se desarrolla en los consultorios locales, la Gerencia Regional de Salud prestará, de forma gratuita, los servicios de transporte que sean necesarios para que los usuarios afectados puedan ser atendidos en su centro de salud o en otro consultorio local adscrito a la zona básica de salud respectiva” (disposición adicional única).

En este contexto, y como alternativa de centralización de recursos para su óptimo aprovechamiento, la nueva configuración de la prestación en el medio rural presentada el 12 de noviembre de 2019 (*Nuevo modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: Documento Marco*, conforme ya consta) incide en la necesidad de “concentrar la asistencia médica en el centro de salud y en un número pequeño de consultorios locales que pasarán a denominarse Consultorio Rural de Agrupación (CRA)”. El resto tendrán la consideración de consultorios de proximidad, en los cuales, frente a la atención diaria a dispensar en centros de salud y CRA, se atenderá “en función de las necesidades sanitarias de la población bien a petición de los usuarios, bien por iniciativa de los profesionales”; tomando en consideración, en todo caso, varios parámetros, como “la población con tarjetas individuales sanitarias asignadas, estratificación poblacional, epidemiológica y existencia de farmacia, entre otros”⁴¹.

Igual proceder centralizador se aprecia en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, donde “el Plan de Salud establecerá sus contenidos principales, agrupados según la tipología de las intervenciones y de acuerdo con la ordenación territorial de la Comunidad Autónoma” (art. 16.3). De esta forma, un modelo clásico de ordenación, con el área de salud como referencia

⁴¹ https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1284877983892/_/1284909097268/Comunicacion

fundamental integrada por zonas básicas de salud (art. 44), encuentra primer matiz de interés cuando el art. 44.4 *in fine* admite en cada área “la ordenación territorial que resulte necesaria en función de cada circunstancia geográfica y, en su caso, para cada tipología de prestaciones y servicios sanitarios”.

Aparecen, al margen de la norma central, los distritos de salud, con la función de prestar servicios de apoyo en salud pública a las zonas básicas. También se contempla, ahora en la Ley, la eventual constitución de zonas especiales de salud “cuando las condiciones socioeconómicas, demográficas y de comunicación dificulten la creación de zonas básicas” (art. 49.3), así como se hace pesar la atención de urgencias, en concreto, “sobre los centros y servicios sanitarios que a tal efecto se determinen”.

De examinar el mapa sanitario de Castilla-La Mancha (Decreto 13/1994, de 8 de febrero, actualizado por Orden 201/2018, de 27 de diciembre), cabrá descubrir este afán de mejora prestacional a través de la concentración en el hecho de que su visor no muestre aún las zonas básicas de salud “no funcionantes” (creadas, pero sin centro de salud), o en una ordenación funcional que contempla centros de salud con urgencias de 24 horas y consultorios de iguales características (“cuya área de influencia se determinará mediante orden de la Consejería”); por no seguir, en esos puntos de atención permanente a los que alude el art. 51.4 de la Ley “en el número y localización que se considere oportuno”⁴².

2.3.3. Hacia la descentralización en la atención sanitaria como propósito

Un planteamiento abiertamente separado del arriba expuesto es el ofrecido por las normas, estrategias o planes del resto de las Comunidades Autónomas, cuyo rasgo común viene dado por un modelo con clara vocación descentralizadora, aun cuando su articulación concreta presente formas muy distintas. Un detalle sucinto de cada una de las alternativas llevará a ponderar los siguientes datos:

- a) La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, parte de un esquema muy vinculado a la referencia estatal, articulando la organización de los servicios sanitarios bajo las áreas como demarcación territorial de base (arts. 47 y 48) que, “para alcanzar mayor eficacia”, serán divididas territorialmente en zonas básicas de salud (arts. 49 y 50). En ambos supuestos la delimitación se efectuará, además de atender –entre otros– a factores geográficos y demográficos, “teniendo en cuenta la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía” y, en el supuesto de las zonas, también “a los recursos existentes”. Aspecto territorial que no procede entender cerrado sin la necesaria incorporación, desde el plano funcional, de los distritos de atención primaria, para cuyo ámbito de actuación el art. 53 remite a la determinación que en cada caso realice la Consejería de Salud. Bajo tal tenor legal, ningún sesgo centralista o descentralizado cabría seguir, salvo el derivado de la estructura de la población con el añadido del esbozo que cabe obtener del mapa sanitario y la política recogida en sus planes sanitarios de los últimos años.

⁴² <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgspoeis/actuaciones/mapa-sanitario>

Este triple punto de vista constituye apropiada atalaya desde la cual se empieza a obtener una perspectiva cabal de la tendencia a la descentralización, pues, de atender a la distribución de la población, cabrá comprobar que muchas zonas básicas de salud vienen a coincidir con el municipio, con lo cual se garantiza la existencia de un centro de salud en gran parte de las localidades, o al menos en los municipios de cabecera en determinadas zonas rurales. Oferta complementada con consultorios locales o auxiliares y medidas de refuerzo (ratios) y complemento cuando la dispersión geográfica o la transformación social así lo aconsejen. Solución, esta última, claramente preferida frente a la alternativa de consultorio de agrupación, dada su contestación social⁴³.

Por cuanto hace al mapa de ordenación sanitaria, la configuración más importante en su diseño tuvo lugar al calor de la Orden de la Consejería de Salud de 7 de junio de 2002, a día de hoy actualizado por Orden de 17 de junio de 2020, cuyo examen permite constatar ese esfuerzo descentralizador tanto en centros de salud como en consultorios locales y auxiliares⁴⁴. Motivo por el cual la tendencia hacia la descentralización se convierte en un objetivo con sentido propio dentro del *IV Plan Andaluz de Salud*⁴⁵.

b) La construcción indudablemente más original, separada de modelo común asentado sobre la norma estatal común de los años ochenta, es la que desde sus orígenes mantiene la Comunidad Autónoma de Cataluña a partir de cuanto dispone la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. También en cuanto hace a su apuesta nítida dirigida a que el Servicio Catalán de Salud cuente con una organización adecuada que permita “una descentralización y desconcentración de funciones, con el objetivo de la gestión territorial de los recursos” [art. 6.2 g)]. A su calor se diseñan los consejos de participación territorial de salud, tanto a nivel de región sanitaria como, incluso, en ámbitos inferiores [art. 10 bis 5 y 10 bis 5 bis]; de igual manera, ve la luz un patrón totalmente original, sin parangón posible en otras realidades autonómicas.

Así, en los términos que más tarde aquilatará el Decreto 10/2013, de 3 de enero, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de Salud, a lo largo de la norma van apareciendo las grandes referencias de esos instrumentos de atención próxima, comenzando por la región sanitaria como demarcación territorial que equivale (pero no es igual) al área de salud y cuenta con notable autonomía de gestión en los términos recogidos en los arts. 21 a 29; continuando por el sector sanitario, como submodelo territorial bajo el régimen articulado en los arts. 33 a 37 y dotado de su propio Consejo de Dirección y Gerente; en fin, situado en la base, “como unidad territorial elemental” y verdadero “eje vertebrador” del sistema y ámbito en el cual desarrolla sus actividades el equipo de atención primaria, el área básica de salud con el régimen que esbozan los arts. 41 y 42.

De sopesar, además, las competencias específicas que pudieran corresponder, en tanto forma de participación institucional o instrumento de coordinación de

⁴³ <https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/servicios/primaria.html>

⁴⁴ https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/mapa-centros?term_node_tid_depth=11268

⁴⁵ https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf

servicios sanitarios de nivel supramunicipal, a los Consejos Comarcales (arts. 65 y 66) y a los Ayuntamientos como garantes de los servicios sanitarios mínimos y obligatorios (arts. 67 y 68), resultará sencillo entender la fácil adaptación que supuso la estructura excepcional diseñada por el Acuerdo de Gobierno 91/2020, de 14 de julio, y su modelo descentralizado de “clústeres” y “ejes de salud”, como forma de gestión territorial y funcional diseñada de manera específica para hacer frente a la COVID-19⁴⁶, pero cuyo éxito parece aventurar la incorporación progresiva al esquema anterior en los términos de búsqueda de la eficiencia y la sostenibilidad a que alude el *Plan de Salud de Cataluña 2021-2025*⁴⁷.

c) De conformidad con cuanto dispone la Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia, el Sistema Público de Salud de Galicia aparece ordenado territorialmente en áreas sanitarias (equivalentes a las áreas de salud de la Ley 14/1986), cuyo ámbito se establecerá en el mapa sanitario aprobado por decreto del Consejo de la Xunta (art. 68) y contará con divisiones territoriales en distritos, como marco de referencia para la coordinación de todos los dispositivos de atención primaria, hospitalaria y socio-sanitaria (art. 69). El papel de unidades básicas para la atención, como viene a ser tónica, corresponde a las zonas sanitarias, también establecidas en el mapa sanitario y con una división que de manera expresa remite a lo dispuesto en el art. 56 de la Ley 14/1986; incluyendo, por cuanto ahora interesa, las condiciones geográficas, demográficas, de accesibilidad y, de manera expresa, “las necesidades de la población” (art. 70).

Estas demandas de los ciudadanos gallegos son, precisamente, una de las razones invocadas en el Decreto 134/2019, de 10 de octubre, para la actualización del funcionamiento de las áreas y distritos sanitarios, entre cuyos propósitos figura de manera expresa la necesidad de facilitar la accesibilidad de todos. Sin embargo, hasta ese momento la apuesta por un patrón descentralizado distaba de resultar lo concluyente que pasará a ser a partir de los ya mencionados *Planes Locales de Salud para una orientación comunitaria de la Atención Primaria*, cuya centralidad, como documento celebrado por quienes directamente prestan esa atención, hace que el ámbito rural y la mayor proximidad a sus habitantes cuente con un lugar propio, según permiten observar tanto sus presupuestos metodológicos como alguno de los 14 primeros ya aprobados⁴⁸.

d) En último término, y también con un modelo muy singular y abiertamente descentralizado desde su inicio, cabrá dar cuenta de aquel que introduce de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. El art. 7.1 asienta en las áreas de salud su “base principal”, pero, a renglón seguido, recibe que “en el ámbito de cada área de salud se podrá señalar la ordenación territorial inferior que resulte necesaria en función de cada circunstancia territorial y, en su caso, para cada tipología de prestaciones y servicios sanitarios”. Siempre al servicio de “una máxima

⁴⁶ <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/394805/nova-organitzacio-territorial-front-pandemia-covid-19>

⁴⁷ https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf

⁴⁸ https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1398/Plan%20local%20de%20salud_DEF.pdf

eficiencia sanitaria en la ubicación y uso de los recursos, así como el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas para el aprovechamiento de sinergias o la configuración de dispositivos de referencia” (art. 7.2).

El dato anterior explica el sentido de intervención otorgado a las corporaciones locales (arts. 14 y, sobre todo, 15), así como el papel conferido a las direcciones territoriales de cada área, a las cuales se otorga un nivel adecuado de autonomía funcional para gestionar los contratos-programa y conciertos sanitarios.

Desde tal punto de partida cabrá analizar el de arribada en el momento actual, que cuenta con dos hitos normativos significativos, como son las normas reguladoras de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) y aquellas destinadas a la determinación de las zonas de salud.

En este sentido, el Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las Organizaciones Sanitarias Integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que ven la luz estas estructuras orgánicas unificadas, en las cuales se integran la atención primaria y la hospitalaria, con una actuación presidida por la autonomía económico-financiera y de gestión (art. 1.1) y dentro de las cuales, incluso, se admite una mayor descentralización para dar vida a otras organizaciones específicas de provisión de servicios sanitarios y de gestión cuyas facultades quedarán determinadas en los Estatutos Sociales del Servicio Vasco de Salud (art 1.2).

Por su parte, la Orden de 20 de abril de 2018, por la que se determinan las zonas de salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco, recoge en su art. 3 un elemento de gran flexibilidad potencial, en la medida en la cual las zonas pueden ser agrupadas o fraccionadas en ámbitos superiores o inferiores, aun cuando la tendencia recogida en el *Plan de Salud de Euskadi 2013-2020* (y también el propósito que subyace en el precedente de 2002-2010) pasa por la segunda de las variantes, corrigiendo la tónica de dotar de más servicios a las zonas más pobladas y, con ello, evitando que los habitantes de los municipios más pequeños deban moverse hacia aquellas para obtener unas prestaciones que adolecen de la necesaria proximidad⁴⁹.

2.4. Resumen gráfico de las categorías enunciadas

El panorama descrito, en los tres niveles abordados, admite el contraste de las cifras que figuran en la Tabla 1, donde se recogen los indicadores estructurales de 2020 ordenados por Comunidades Autónomas.

⁴⁹ <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/plan-gubernamental/12-plan-de-salud-2013-2020/>

Tabla 1. ORDENACIÓN TERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR CC.AA.

CCAA	Población	NAS*	NZS*	NCS*	NCL*	Superficie	D. Pob	Hab/AS	Hab/ZS	Hab/CS	Hab/CL
Andalucía	8.464.411	34	216	407	1.110	87.599	96,63	248.953	39.187	20.797	7.626
Aragón	1.329.391	8	123	118	872	47.720	27,86	166.174	10.808	11.266	1.525
Asturias (Principado de)	1.018.784	8	84	69	144	10.604	96,08	127.348	12.128	14.765	7.075
Baleares (Islas)	1.171.543	3	61	59	104	4.992	234,68	390.514	19.206	19.857	11.265
Canarias	2.175.952	7	108	107	156	7.447	292,19	310.850	20.148	20.336	13.948
Cantabria	582.905	4	42	42	124	5.321	109,55	145.726	13.879	13.879	4.701
Castilla y León	2.394.918	11	249	247	3.665	79.461	30,14	217.720	9.618	9.696	653
Castilla - La Mancha	2.045.221	14	205	203	1.109	94.224	21,71	146.087	9.977	10.075	1.844
Cataluña	7.780.479	7	373	419	791	32.113	242,28	1.111.497	20.859	18.569	9.836
Comunidad Valenciana	5.057.353	24	241	283	567	23.255	217,47	210.723	20.985	17.871	8.919
Extremadura	1.063.987	8	113	111	415	41.634	25,56	132.998	9.416	9.585	2.564
Galicia	2.701.819	7	314	397	67	29.575	91,35	385.974	8.605	6.806	40.326
Madrid (Comunidad de)	6.779.888	7	285	262	162	8.028	844,53	968.555	23.789	25.877	41.851
Murcia (Región de)	1.511.251	9	90	85	180	11.314	133,57	167.917	16.792	17.779	8.396
Navarra (Comunidad Foral de)	561.197	3	57	59	237	10.391	63,63	220.399	11.600	11.207	2.790
País Vasco	2.220.504	13	139	159	166	7.234	306,95	170.808	15.975	13.965	13.377
Rioja (La)	319.914	1	20	20	174	5.045	63,41	319.914	15.996	15.996	1.839
Ceuta y Melilla	171.278	2	7	7	0	32	5.352,44	85.639	24.468	24.468	0
TOTAL ESPAÑA	47.450.795	170	2.727	3.054	10.043	505.989	93,78	279.122	17.400	15.537	4.725

Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud de Murcia. Elaboración a partir del Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de cada año y Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

*Leyenda: NAS: nº Área Salud. NZS: nº Zona de Salud. NCS: nº Centro de Salud. N°CL Consultorios Locales. D.Pob: Densidad Población.

2.5. La colaboración con la iniciativa privada

El dibujo de los elementos que constituyen el armazón de los sistemas autonómicos de la salud no quedaría completo sin una semblanza, por somera que sea, de las relaciones que mantienen con la iniciativa privada. A este respecto, y aun cuando el contenido de la norma en muchas ocasiones no deje de ser el pálido reflejo de una realidad con grandes márgenes para la decisión política, cabrá, al menos, obtener un índice del interés del legislador y sus principales pautas de actuación.

En este sentido, el examen de las diferentes leyes generales permitirá observar un primer dato que llama la atención y permite su catalogación en dos grandes grupos: de un lado, cuantas no han estimado necesario más que recordar las posibilidades de colaboración, sin llevar a cabo un tratamiento sistemático de la misma (Aragón, Asturias, Islas Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia o País Vasco); de otro, las que dedican un conjunto de preceptos, agrupados bajo un Título propio dentro de la norma, a ordenar las relaciones con la iniciativa sanitaria privada (arts. 73 a 77 Ley 2/1998 de Andalucía, arts. 82 a 85 Ley 5/2003 de Islas Baleares, arts. 85 a 91 Ley 7/2002, de Cantabria, arts. 64 a 66 Ley 8/2010 de Castilla y León, arts. 54 a 60 Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha, arts. 87 a 91 Ley 8/2008 de Galicia, arts. 94 a 101 Ley 2002 de La Rioja; arts. 22 a 25 Ley 12/2001 de Madrid y arts. 77 a 82 Ley 10/1990 de Navarra).

En lógica correspondencia con el tratamiento dispensado, obrará un mayor o menor detalle sobre los asuntos que figuran entre sus previsiones. En enumeración que no pretende ser exhaustiva, pero si mostrar los ejemplos más salientes, cabría aludir a los siguientes:

a) El más común recoge la previsión de conformidad con la cual la colaboración del sistema público con la iniciativa privada se instrumentará a través de convenios singulares o conciertos sanitarios [art. 73 Ley 2/1998 de Andalucía, arts. 126 y 145 Ley 7/2019 de Aragón, arts. 82 y 83 Ley 5/2003 de Islas Baleares, art. 86 Ley 7/2002 de Cantabria, art. 65 Ley 8/2010 de Castilla y León, art. 54 Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha, art. 61 Ley 10/2001 de Extremadura, o arts. 49 G y 77 Ley 10/1990 de Navarra], aun cuando en ocasiones la alternativa única que figura en la norma –que no en la práctica, pues el convenio singular aparece recogido en el Decreto Foral 3/2022, de 26 de enero– sean los conciertos [arts. 49 G) y 77 Ley 10/1990 de Navarra y Ley Foral 13/2017, de 16 de noviembre, de conciertos sociales en los ámbitos de la salud y servicios sociales de Navarra], o estos y los contratos programa (art. 18 Ley 8/1997 del País Vasco), los contratos de servicios sanitarios (art. 7 Ley 8/2008 de Galicia) o, con mayor amplitud y flexibilidad para evitar fórmulas que devienen obsoletas con el transcurso del tiempo, “todo tipo de acuerdos” (art. 24 Ley 4/1994 de Murcia).

A su lado, cabrá dar cuenta de la previsión de posibles consorcios, ya de modo genérico [art. 6 j) Ley 8/2010 de Castilla y León] o ceñidos a labores de investigación [art. 80.3 Ley 10/2014 de la Comunidad Valenciana], ya obedientes a un texto casi ritual que se reproduce para recoger otras fórmulas de gestión integrada [art. 60 s) Ley 6/2002 de Aragón, como pudiera ser la creación o participación en cualquiera otras entidades admitidas en derecho, ex art. 61.1 d)

Ley 12/2001 de Madrid y art. 7.2 Cuarto Ley 15/1990 de Cataluña] o, sobre todo, hacerlos surgir dotados de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin afán de lucro, e intereses comunes o concurrentes, que, en su caso, podrán dotarse de organismos instrumentales [art. 61.10 y 63.3 Ley 2/1998 de Andalucía, 51.2 c) Ley 11/1994 de Canarias, art. 7.2 Tercero y disp. adicional 3ª Ley 15/1990 de Cataluña o art. 59.2 Ley 10/2001 de Extremadura; sin mención expresa a las entidades privadas sin ánimo de lucro en art. 69.4 Ley 2/2002 de La Rioja y art. 61.2 c) Ley 12/2001 de Madrid].

b) Entrando a un primer detalle del vínculo trabado, no son pocas las leyes que acogen un catálogo de principios llamados a regular esas relaciones, cifrándose como más comunes los que aluden a cuatro fundamentales: complementariedad, optimización de recursos sanitarios propios, sujeción a las necesidades de atención en cada momento y adecuada coordinación en la utilización de los recursos públicos y privados (art. 74.1 Ley 2/1998 de Andalucía y art. 86.1 Ley 7/2002 de Cantabria). De todos ellos, el de complementariedad resulta ser el más reiterado [figura también en los arts. 4 a) Ley 11/1994 de Canarias, 2 n) Ley 8/2010 de Castilla y León, 50.4 y 54.1ª Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha o art. 32 Ley 10/2001 de Extremadura], para mostrar la esencia que acompaña habitualmente a los convenios singulares, al igual que la subsidiaridad suele hacerlo a los conciertos (Derecho Foral Navarra 3/2022), y entronca de manera natural con la optimización en utilización de servicios propios [art. 2 f) Ley 6/2002 de Aragón, art. 88 Ley 8/2008 de Galicia o art. 30 Ley 8/1997 del País Vasco], en cuanto bien se ha presentado como “una acción sinérgica” [art. 4 a) Ley 11/1994 de Islas Canarias], que para su armonía requiere de la coordinación precisa [art. 22 Ley 12/2001 de Madrid] de cuanto no deja de ser “una responsabilidad social compartida” [art. 21 Ley 10/2014 de la Comunidad Valenciana].

Un paso más allá en la concreción del vínculo aparece en cuantas previsiones no dudan de proporcionar un sentido concreto a esta relación de “colaboración” (en el término preciso delimitado por los arts. 85 y 91 Ley 5/2003 de Islas Baleares) y reconocen la integración en la organización sanitaria (tomándola en el sentido estricto que marca adecuadas diferencias con otros operadores como seguros privados o el ejercicio individual de la profesión, según matiza el art. 23 Ley 12/2001 de Madrid), ya en el conjunto de la red sanitaria [arts. 11, 12, 13 y 129.1 a) Ley 7/2019 de Asturias; arts. 95, 96 y 100 Ley 11/1994 de Islas Canarias; art. 24 Ley 8/2010 de Castilla y León, arts. 3 y 5.2.4º Ley 12/2001 de Madrid o arts. 4 h) y 6.1 Ley 10/1990 de Navarra], ya, en concreto, en el área básica de salud (art. 42.2 Ley 15/1990 de Cataluña); no faltando ejemplos donde se propugna de manera más específica su vinculación con algunos planes concretos, como puede ser el Plan Estratégico de Trastornos Adictivos en la Comunidad Valenciana (art. 61 Ley 10/2014) o la estricta coordinación en el campo de la seguridad e higiene alimentaria y en la determinación de las actividades de colaboración para la prevención primaria o secundaria en la Comunidad de Madrid [arts. 50 d) y 55.11 Ley 12/2001].

c) El sentido concreto de la inserción se percibe de manera nítida en cuando no deja de ser otra sucesión de principios que aluden, por ejemplo, a la necesidad de que la colaboración traiga consigo “orientación al ciudadano, eficacia, eficiencia, integración de acciones y acreditación previa” (art. 22 Ley 12/2001 de Madrid), lo

cual presupone un sistema de información que integre lo público y lo privado [art. 10 K) b) Ley 15/1990 de Cataluña o art. 28 Ley 10/2014 de la Comunidad Valenciana] o, de manera más acabada, que las organizaciones sanitarias “se vertebren en el sistema sanitario” con actuaciones como la armonización de los sistemas de información y colaboración con las actividades de salud pública, las iniciativas de calidad total y los programas de formación e investigación (art. 25 Ley 12/2001 de Madrid). De manera más tajante aún, que “los privados cumplan todos los extremos exigidos los servicios públicos” (art. 30 Ley 8/1997 del País Vasco). Pero si una vara de medir la imbricación pudiera resultar útil a la par que exhaustiva, esta es, sin duda, la proporcionada por el conjunto de los requisitos y condiciones demandados a los candidatos y por los contenidos que integran los convenios, conciertos o acuerdos de colaboración, como exhaustivamente desgranar muchas normas [arts. 75 a 77 Ley 2/1998 de Andalucía, arts. 84 y 85 Ley 5/2003 de Islas Baleares, arts. 55 a 60 Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha, arts. 90 y 91 Ley 8/2008 de Galicia, arts. 96 a 99 Ley 2/2002 de La Rioja y arts. 78 a 80 Ley 10/1990 de Navarra]. Entre otros no menos trascendentes, al punto de constituir un norte o principio aun cuando no aparezca enunciado como tal, aquel que selecciona de entre todas las organizaciones o instituciones privadas a aquellas que no tienen ánimo de lucro (en paralelo a cuanto se recogía para constituir un consorcio), en ocasiones como condición *sine qua non* para suscribir convenios (art. 1 Decreto Foral de Navarra 3/2022), casi siempre ponderando su consideración preferente en el caso de igualdad de condiciones a la hora de suscribir contratos (arts. 74.2 Ley 2/1998 de Andalucía, art. 64.3 Ley 8/2020 de Castilla y León, art. 55.2 Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha y art. 89.3 Ley 8/2008 de Galicia).

En relación con la previsión anterior, también se proclama la incompatibilidad de los adjudicatarios a la hora de recibir subvenciones destinadas a la financiación de actividades o servicios que tengan que ver con el concreto vínculo trabado con la Administración [arts. 76.2 Ley 2/1998 de Andalucía, art. 60 u) Ley 6/2002 de Aragón, art. 57 Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha o art. 97.2 Ley 2/2002 de La Rioja].

d) A modo de cajón de sastre, no cabrá olvidar algunas otras cuestiones que, si bien menos frecuentes, no dejan de tener significativo relieve en la relación entre el sistema público y las entidades privadas en materia sanitaria.

Procederá destacar, en este sentido, la cooperación y coordinación en la investigación (arts. 110 Ley 7/2019 de Asturias, 33.2 Ley 5/2003 de Islas Baleares u objetivo específico 4.3 del *Plan de Salud de Islas Canarias*), o su impulso público también en favor de las organizaciones privadas (art. 55 Ley 12/2001 de Madrid).

A su lado, el reconocimiento expreso a algunas entidades de su condición de colaboradoras en la gestión sanitaria como las que, en redacción prácticamente mimética, aluden a los determinados regímenes de seguro (escolar o libres de accidentes de tráfico), empresas y asociaciones empresariales autorizadas a estos efectos, servicios de prevención (como sustitutos naturales de la función sanitaria asignada a las Mutuas) o regímenes de asistencia sanitaria de los funcionarios públicos (art. 100 Ley 2/2002 de La Rioja –que en el art. 101 regula la colaboración con las oficinas de farmacia– y art. 81 Ley 10/1990 de Navarra); sin faltar, tampoco, la mención al papel fundamental que están llamados a desempeñar los Colegios Profesionales (art. 24 Ley 12/2001 de Madrid).

IV. CONCLUSIÓN

Una aproximación a los elementos medulares que conforman los distintos sistemas autonómicos de salud permite comprobar cómo, con el paso del tiempo, aquella imagen con altas cotas de uniformidad de finales de siglo va trocando en rasgos diferenciales significativos por mor tanto de las peculiaridades estructurales de cada Comunidad como de ciertas decisiones estratégicas de sus gobernantes.

La tendencia alcanza proyección lógica también sobre el mundo rural, aunque siguiendo tres líneas claramente separadas: en algunas ocasiones lo hace mediante instrumentos que abordan de manera sistemática sus problemas específicos; en otras a través de medidas que lo tienen como destinatario exclusivo o preferente en el seno de la planificación general; en último término, no pasará de ser el eco de lo programado sin mayores distinciones locativas.

Al dato precedente cabrá añadir sendas decisiones legales de incidencia capital a la luz de una realidad poblacional heterogénea, pues siendo común el abandono de las zonas rurales, la tendencia es mucho más acusada en el interior que en la costa, sin que tampoco los grados de dispersión sean en modo alguno parejos. En este sentido, la continuidad en los esquemas dados por la organización territorial estatal de los años ochenta adquirirá un sesgo centralizador o descentralizador de la atención primaria en función de las características singulares de cada ámbito analizado, salvo de mediar decisiones expresas que, al rectificar sobre aquel referente nacional, busquen una mayor proximidad al paciente o la optimización de unos recursos escasos a partir de su concentración.

La dinámica conduce, de este modo, a un segundo dato taxonómico fundamental que, en unión a la mayor o menor apertura a la colaboración con la iniciativa privada, conformarán el trío de rasgos a partir de los cuales cabrá elaborar los modelos sobre los cuales cabrá llevar a cabo un análisis comparado en torno a la sanidad rural en España.