UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS

Historia del Cuerpo de

Farmacéuticos Titulares de

la Región de Murcia

D. Jaime Luis Martínez Uceda

2015

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Ciencias Sociosanitarias

“Historia del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de la Región de Murcia”

D. Jaime Luis Martínez Uceda

2015

DIRECTOR:

Dr. Pedro Marset Campos

UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Pedro Marset Campos, Catedrático de Universidad del Área de Historia de la Cienciaen el Departamento de Ciencias Sociosanitarias, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Historia del cuerpode farmacéuticos titulares de la región de Murcia", realizada por D. Jaime Martínez Uceda, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 21 de octubre de 2015.

Mod:T-20

CITA

"Se rompe, pero no se dobla"

Pedro Calvo Asensio (*La Iberia.* Madrid, 1854*)*

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que, de un modo u otro, han colaborado y han hecho posible que esta memoria de doctorado se hiciese realidad, y especialmente:

A mi director de tesis D. Pedro Marset Campos, por darme la oportunidad de desarrollar este trabajo, por su constante estímulo y dedicación, obligada y desinteresada sin cuya ayuda y asesoramiento hubiera sido imposible alcanzar el fin de esta investigación. Por abrirme el gusanillo de este apasionante mundo que es la historia de la Farmacia y convertirme en un "ratón" de biblioteca.

A mis anteriores directores de proyectos de tesis doctoral, D. José Mataix Verdú (q.p.d.) (Granada), Dª. Nieves Bosch Bosch y Dª. Mercedes García Mata (Madrid), D. Salvador Zamora Navarro y D. Alberto M. Torres (Murcia), por haber confiado en mí para llevar a cabo sus proyectos y que por circunstancias de la vida no los pude llevar a término.

A Claudio Buenestado Castillo, Vocal Nacional de Farmacéuticos Titulares del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, por abrirme todas las puertas tanto del Colegio de Farmacéuticos de Murcia como del citado Consejo General. Por la lucha que está librando para encumbrar esta profesión al nivel que le corresponde.

Al personal de la Administración Regional de Murcia: de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios de la Consejería de Hacienda y Administración Pública: José Rafael, Antonia, Rosario, Concepción y Manuel (del Servicio de provisión de puestos), Jesús Enrique (del Servicio de Relaciones Laborales) e Inés (del Servicio de Ordenación Normativa); de la Consejería de Sanidad: Antonio Martínez-Mena García (del Servicio de Régimen Interior), Antonio, Dolores, Trinidad, Mª Teresa y Ángeles (de la Sección de Personal) y a Juani y Ángeles (del Archivo Central), por los datos facilitados y su ayuda con gran profesionalidad.

Al Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia, cuya biblioteca y fondos documentales me han sido de gran ayuda. A Mª Ángeles, por su paciencia en la conservación del archivo de la Vocalía puesto a mi disposición durante todo el período de la investigación.

Al Archivo General de la Región de Murcia, en particular a su responsable Rafael Fresneda Collado por su interés en el proyecto y a sus funcionarios, por las facilidades dadas para la consulta de los fondos que en él se custodian y por el ejercicio físico de traslado de cajas que les he hecho realizar.

A la Real Academia Nacional de Farmacia, sin cuyos fondos documentales incluidos en su biblioteca virtual, no me hubiese sido posible dar "voz" a la clase farmacéutica del siglo XIX y XX.

A todos aquellas personas que se han ofrecido a trasmitirme a través de las entrevistas personales los datos relativos a las conductas, opiniones, experiencias, motivaciones, inquietudes y expectativas de los farmacéuticos titulares: Isabel, Mª Piedad, Ginés, Serafín, Pedro, José Luis, Casimiro, Blas, Elisa y Claudio.

Y por último, a todos los profesionales sanitarios titulares en general y farmacéuticos en particular, todos y cada uno, que en su tiempo y lugar o forma de ejercicio profesional, contribuyeron a forjar lo que son hoy los inspectores farmacéuticos de salud pública. Sin su legado esta Tesis no hubiera sido posible. Mis deseos de que esta Tesis Doctoral sirva de homenaje a todos los titulares que me han precedido, dentro de nuestro querido Cuerpo de Farmacéuticos Titulares y especialmente a aquellos que dieron todo de sí mismos en los difíciles tiempos de las epidemias y en aquellas épocas del siglo XIX donde se decían entre ellos: "*estudiante perdulario, sacristán o boticario*"; "*que el día que más ocupado estaba, más dinero perdía*" o que "e*l título de farmacéutico no es en el día más que una licencia que autoriza al que le posee para pedir una limosna".*

DEDICATORIA

A Elena y a mis hijos Paula y Jaime, por su paciencia, comprensión y tiempo de familia generosamente cedido.

A la memoria de mi abuelo Antonio Uceda Medina, por haberme inculcado la vocación por la profesión farmacéutica desde mi niñez.

RESUMEN

HISTORIA DEL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES DE LA REGIÓN DE MURCIA

Con este trabajo se ha pretendido realizar una exposición descriptiva, fundamentada en la recopilación documental sistemática y cronológica de la historia del colectivo de los farmacéuticos titulares, los cuales se han ido situando en cada momento histórico, científico y sanitario en el que se produjeron los acontecimientos objeto del estudio desde la segunda mitad del siglo XIX hasta la actualidad, coincidiendo con el desarrollo de la salud pública en España.

El método de análisis seguido para la realización de este trabajo ha sido el propio de la investigación histórico-médica, utilizando como fuentes de información las disposiciones legales, la prensa médico-farmacéutica, los fondos hemerográficos y las entrevistas personales.

Su objetivo principal ha sido realizar un análisis documental que describiese la evolución histórica, legal, funcional y social de los farmacéuticos titulares, tanto a nivel nacional como a nivel de la Comunidad Autónoma de Murcia tras el traspaso de las competencias sanitarias, correlacionándolos a su vez con la historia de la salud pública española. Con ello, se ha contribuido a ampliar el conocimiento científico en esta área específica del saber, cubriendo un vacío historiográfico.

La conclusión general del trabajo de investigación desarrollado ha sido el poder acreditar documentalmente el papel protagonista que el colectivo de los farmacéuticos titulares ha desarrollado en la organización sanitaria local y autonómica durante los más de 160 años de existencia en el campo de la salud pública y los inestimables servicios sanitarios que han prestado a la sociedad en funciones tan diversas como el suministro de medicamentos a la beneficencia y al Seguro Obligatorio de Enfermedad, la dirección de los procesos de desinfección, el asesoramiento científico en las juntas municipales de sanidad, la

realización de los análisis clínicos, microbiológicos y bromatológicos realizados como químicos municipales y el control ejercido sobre el medio ambiente, la seguridad alimentaria y la farmacia como inspectores municipales de sanidad, así como un largo etcétera dependiendo de las necesidades sanitarias de cada Municipio y/o Comunidad Autónoma.

PALABRAS CLAVE:

- Salud Pública
- Sanidad Municipal
- Farmacéutico Titular
- Inspector Farmacéutico Municipal
- Inspector de Salud Pública

CÓDIGOS TESAURO:

- 321200 Salud Pública
- 550637 Historia de la Farmacia

CÓDIGOS UNESCO:

- 321200 Salud Pública
- 550622 Historia de la Ciencia

ABSTRACT

HYSTORY OF THE MUNICIPAL PHARMACIST COLLECTIVE FROM MURCIA REGION

With the present work, the author has tried to make a descriptive statement, based on the systematic and chronological documentary collection of the group of municipal pharmacists, who have been placed in each historical, scientific and health time when the events under study occurred, coinciding with the development of public health in Spain from the mid nineteenth century to present days.

The analysis method used to perform this work was typical of the historical and medical research; using laws, medical and pharmaceutical press, documents from newspapers libraries and personal interviews as sources of information.

Its main objective has been to make a documentary analysis that would describe the historical, legal, functional and social development of municipal pharmacists, both nationally and at regional level in Murcia after the transfer of health competency, correlating them with the history of Spanish public health. Thus, it has contributed to broaden the scientific knowledge in this specific area, covering this historical vacuum.

The general conclusion of the research has been able to document the central role that the group of municipal pharmacists has developed in the local and regional health organisation for more than 160 years of existence in the field of public health and the inestimable services that they have provided to society, as diverse as drugs supply to charity and to the Compulsory Health Insurance, disinfection processes management, scientific advice in municipal boards of health, medical, microbiological and food analysis made by them as municipal chemists, the control exerted on the environment, food security and pharmacy as municipal health inspectors, and many others, depending on the health needs of each municipality and/or region.

ÍNDICE

ABREVIATURAS 39
ÍNDICE DE FIGURAS 41
ÍNDICE DE TABLAS 43

1.- INTRODUCCIÓN: 49
1.1. JUSTIFICACIÓN 55
1.2. OBJETIVOS 59
1.3. MATERIAL Y MÉTODO 61

2.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES: 77

2.1- EL ORIGEN DE LOS FARMACÉUTICOS TITULARES (1800-1854) 81
2.1.1.- Introducción 81
2.1.2.- El modelo de asistencia benéfico-sanitaria en España 83
2.1.3.- Las juntas municipales de sanidad 92
2.1.4.- La clase farmacéutica en la época moderada (1844-1854): Causas que contribuyeron a su decadencia 99
2.1.4.1. La clase farmacéutica en la época moderada 99
2.1.4.2. Regulación normativa del profesional farmacéutico 105
2.1.4.2.1. Las Ordenanzas de Farmacia 105
2.1.4.2.2. La Farmacopea Española 106
2.1.4.2.3. El Petitorio Oficial 108
2.1.4.2.4. La Tarifa Oficial 108
2.1.4.2.5. El Título de Farmacia 109
2.1.4.3. Causas que contribuyeron a su decadencia: 119
2.1.4.3.1. Los ajustes o igualas 120
2.1.4.3.2. Los Intrusos 132
2.1.4.3.3. Los títulos de Farmacia 141
2.1.4.3.4. Los Subdelegados de Farmacia 148
2.1.4.3.5. Los análisis por mandato judicial 155
2.1.4.3.6. Los Medicamentos extranjeros, secretos y homeopáticos. 159
2.1.4.3.7. El sistema impositivo a los farmacéuticos 170

2.2- LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL ESTADO ESPAÑOL: 175

2.2.1.- LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL SIGLO XIX (1854-1904) 175

2.2.1.1 Introducción 175

2.2.1.1.1. El desarrollo del modelo de asistencia benéfico-sanitaria en España **178**

2.2.1.1.2. Las juntas municipales de sanidad. Los institutos municipales de higiene. **191**

2.2.1.1.3. Los "inspectores" de la Sanidad Interior **197**

2.2.1.2. Regulación normativa de los farmacéuticos titulares 203

2.2.1.2.1. Real Decreto de 5 de abril de 1854 **204**

2.2.1.2.2. Ley del Servicio General de Sanidad de 1855 **210**

- Proyecto de Ley de Sanidad de 1868 **219**
- Proyecto de Ley de Sanidad Civil de 1882 **222**
- Proyecto de Ley de Bases de 1894 **224**
- Proyecto de Ley de Bases de Sanidad de 1899 **226**

2.2.1.2.3. Reglamentos para la organización de los facultativos sanitarios del servicio sanitario interior: **228**

- Reglamento sobre la organización de partidos médicos en la Península de 1864 **228**
- Reglamento para la asistencia de los pobres y organización de los partidos médicos en la Península de 1868 **233**
- Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres de 1873 **240**
- Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos de 1891 **257**

2.2.1.3. La clase farmacéutica en la segunda mitad del siglo XIX 264

2.2.1.3.1. Regulación normativa del profesional farmacéutico **264**

2.2.1.3.1.1. Las Ordenanzas de Farmacia **264**

2.2.1.3.1.2. La Farmacopea Española **267**

2.2.1.3.1.3. El Petitorio Oficial **269**

2.2.1.3.1.4. La Tarifa Oficial **272**

2.2.1.3.1.5. El título de Farmacia **273**

2.2.1.3.2. Causas que contribuyeron a su decadencia **279**

2.2.1.3.2.1. El debate entre remedios secretos, específicos y especialidades farmacéuticas **279**

2.2.1.3.2.2. El sistema impositivo de los farmacéuticos **291**

2.2.1.3.2.3. Las pensiones sanitarias y los haberes pasivos de los farmacéuticos titulares **299**

2.2.1.3.2.4. Los intrusos en la profesión de Farmacia **308**

2.2.1.3.2.5. La competencia con las farmacias militares **312**

2.2.1.3.2.6. Los títulos de Farmacia **317**

2.2.2.- LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL SIGLO XX 321

2.2.2.1.- PRIMERA ETAPA: 1904-1936 321

2.2.2.2.1 Introducción 321

2.2.2.2.1.1. Los inspectores municipales de sanidad **326**

2.2.2.2.1.2. Las juntas municipales de sanidad **332**

2.2.2.2.1.3. Los laboratorios de higiene municipal **334**

2.2.2.2.2. Regulación normativa de los farmacéuticos titulares **343**

2.2.2.2.2.1. La Instrucción General de Sanidad de 1904 **344**

2.2.2.2.2.1.1. La organización de las profesiones sanitarias: los farmacéuticos titulares **347**

- La Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares **348**
- La Caja de Ahorros del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares **351**

2.2.2.2.2.1.2. El Reglamento del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de 1905 **352**

2.2.2.2.2.2. El Estatuto Municipal de 1924 **367**

2.2.2.2.2.2.1. El Reglamento de Secretarios de Ayuntamiento, Interventores de fondos y empleados municipales en general de 1924 **368**

2.2.2.2.2.2.2. El Reglamento de la Sanidad Municipal de 1925 **370**

2.2.2.2.2.2.3. La reorganización del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de 1928 **373**

2.2.2.2.2.2.4. El Reglamento de los servicios farmacéuticos del Ministerio de Gobernación e Inspectores Farmacéuticos Municipales (Farmacéuticos Titulares) de 1930 **377**

2.2.2.2.2.3. La ley de Coordinación Sanitaria de 1934 **388**

2.2.2.2.2.3.1. El Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de 1935 **393**

2.2.2.2.- SEGUNDA ETAPA: 1936-1975 **401**

2.2.2.2.1 Introducción **401**

2.2.2.2.2. Regulación normativa de los farmacéuticos titulares **407**

2.2.2.2.2.1. El Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales **407**

2.2.2.2.2.1.1. El Escalafón del Cuerpo de IFM. **410**

2.2.2.2.2.1.2. El ingreso en el Cuerpo de IFM. **411**

2.2.2.2.2.1.3. La provisión de vacantes de IFM. **415**

2.2.2.2.2.1.4. Las permutas entre IFM. **417**

2.2.2.2.2.2 Ley de bases de Sanidad Nacional de 1944 **418**

2.2.2.2.2.2.1. Los consejos municipales de sanidad **421**

2.2.2.2.2.2.2 Los inspectores farmacéuticos municipales **422**

2.2.2.2.2.3. El Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales de 1953 **423**

2.2.2.2.2.3.1. El ingreso en el Cuerpo de FT. **432**

2.2.2.2.2.3.2. La provisión de vacantes de FT **434**

2.2.2.2.2.4. Los Farmacéuticos Titulares como funcionarios civiles del Estado **437**

2.2.2.2.2.4.1. Las retribuciones de los Farmacéuticos Titulares **439**

2.2.2.2.2.4.2. El Escalafón del Cuerpo de FT **443**

2.2.2.2.2.4.3. La reestructuración del Cuerpo de FT. **446**

2.2.2.2.2.4.4. El ingreso en el Cuerpo de FT. **453**

2.2.2.2.2.4.5. La provisión de vacantes de FT **455**

2.2.2.3.- TERCERA ETAPA: 1975-1986 **459**

2.2.2.3.1 Introducción **459**

2.2.2.3.2. Las transferencias sanitarias **463**

3. EL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES EN LA REGIÓN DE MURCIA 471

3.1. LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA 473

3.1.1. Introducción 473

3.1.2. Etapa Preautonómica 474

3.1.3. El proceso Autonómico: El Consejo Regional de Murcia 476

3.1.4. El Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia 478

3.2. REGULACIÓN NORMATIVA DE LOS FARMACÉUTICOS TITULARES 484

3.2.1. Introducción. Etapas. 484

3.2.2. El traspaso de los sanitarios locales (1980-1983) 489

3.2.3. La creación del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (1983-1991) 500

3.2.4. La reestructuración de los servicios farmacéuticos (1991-1997) 515

3.2.5. La unificación de los cuerpos farmacéuticos (1997-2007) 532

3.2.6. El Cuerpo de Farmacéuticos en la actualidad (2007-2015) 558

4. CONCLUSIONES 571

5. BIBLIOGRAFÍA 589

5.1. FUENTES PRIMARIAS 591

5.1.1. FUENTES DE ARCHIVO 591

5.1.2. FUENTES LEGISLATIVAS 592

5.1.3. SENTENCIAS 629

5.2. FUENTES SECUNDARIAS 630

5.2.1. FUENTES IMPRESAS 630

5.2.2. TRABAJOS MONOGRÁFICOS 630

5.2.3. PÁGINAS WEB 638

6. APÉNDICES DOCUMENTALES 643

6.1. ANEXOS ICONOGRÁFICOS 645

ABREVIATURAS

A.I.S. *Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia*

A.P.D. *Atención Pública Domiciliaria*

B.O.E. *Boletín Oficial del Estado*

B.O.R.M. *Boletín Oficial de la Región de Murcia*

C.A.R.M. *Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*

C.I.F.M. *Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales*

C.F.T. *Cuerpo de Farmacéuticos Titulares*

I.F.M. *Inspector Farmacéutico Municipal*

R.P.T. *Relaciones de Puestos de Trabajo*

S.O.E. *Seguro Obligatorio de Enfermedad*

U.F.N. *Unión Farmacéutica Nacional*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: *Fotografía de la entrevista realizada a Dª Isabel Corbalán (farmacéutica titular jubilada) el día 2 de abril de 2014*…… **73**

Figura 2: *Esquema del capítulo: "Evolución histórica del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares"*…… **79**

Figura 3: *Resolución del expediente de depuración del farmacéutico Manuel Guillén Tárraga*…… **408**

Figura 4: *Libro Oficial de Titulares Farmacéuticos, de Análisis y Servicios y Hoja Oficial de Análisis y Servicios del farmacéutico titular D. Alberto Garre Zapata*…… **428**

Figura 5: *Hoja para el pago de haberes a los farmacéuticos titulares del Ayuntamiento de Jumilla por parte de la Mancomunidad Sanitaria de Municipios de Murcia*…… **430**

Figura 6: *Proceso de reestructuración del Cuerpo de los Farmacéuticos Titulares*…… **451**

Figura 7: *Esquema del capítulo: "El Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en la Región de Murcia*…… **469**

Figura 8: *Acta de toma de posesión de un farmacéutico titular ante la Delegación Territorial de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*…… **493**

Figura 9: *Acta de toma de posesión de un farmacéutico titular ante la Consejería de Sanidad y Seguridad Social*…… **494**

Figura 10: *Diligencia de toma de posesión de la farmacéutica titular Dª María Piedad Abellán Semitiel ante el Alcalde del Ayuntamiento de Cieza*…… **495**

Figura 11: *Modelo de carné de identificación del personal funcionario que desempeñe funciones de inspección sanitaria*…… **533**

Figura 12 *Logo de la Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia*…… **553**

Figura 13 *Fotografía de la manifestación del colectivo de inspectores sanitarios de la Región de Murcia en la puerta de la Consejería de Sanidad*…… **555**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: *Tarifa para la exacción de la contribución sobre inquilinatos……* **171**

Tabla 2: *Tarifa general de industrias y profesiones que han de contribuir por la siguiente base de población……* **172**

Tabla 3: *Propuesta de efectivos de personal sanitario local (farmacéutico titular) de la provincia de Murcia que se transfieren al Consejo Regional de Murcia……* **491**

Tabla 4: *Propuesta de efectivos de personal de la provincia de Murcia que se transfieren al Consejo Regional de Murcia……* **497**

Tabla 5: *Relación de sanitarios locales (farmacéuticos titulares) de la provincia de Murcia que se transfieren a la Comunidad Autónoma de Murcia……..* **498**

Tabla 6: *Características de las plazas correspondientes a los puestos de farmacéuticos titulares dentro de las relaciones de puestos de trabajo publicadas en la Comunidad Autónoma de Murcia (años 1987, 1988, 1989 y 1990)……..* **510**

Tabla 7: *Plazas suprimidas en la Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad y Política Social, según Anexo I (supresiones) de la Orden de 7 de marzo de 1997……..* **523**

Tabla 8: *Relación de farmacéuticos titulares interinos a los que se les revocó su plaza y fueron cesados como personal al servicio de la Administración Regional……* **525**

Tabla 9 *Relación del personal al que se les convalidó su Puesto de Trabajo, según el Anexo I de la Orden de Convalidación de Puestos de Trabajo de 8 de abril de 1997……..* **527**

Tabla 10 *Relación de farmacéuticos titulares que se encontraban desarrollando su trabajo a fecha de 09/10/1997……* **529**

Tabla 11: *Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por Orden de 3 de noviembre de 1999……..* **537**

Tala 12: *Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de consolidación de empleo temporal convocadas por Orden de Orden de 5 de marzo de 2001……* **538**

Tabla 13: *Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de Orden de 17 de junio de 2002……* **538**

Tabla 14: *Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de Orden de 28 de junio de 2004……..* **539**

Tabla 15: *Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de Orden de 22 de febrero de 2006……* **539**

Tabla 16: *Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de Orden de Orden de 20 de junio de 2007……* **540**

Tabla 17: *Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia, por el sistema de consolidación de empleo temporal convocadas por orden de Orden de 20 de junio de 2007……* **540**

Tabla 18: *Relación de aspirantes farmacéuticos que superación el concurso de méritos convocado mediante la Orden de 3 de abril de 2003……* **542**

Tabla 19: *Medidas de intervención adoptadas por parte de los inspectores farmacéuticos titulares para el control y prevención en el brote de legionelosis en Murcia en 2001……* **545**

Tabla 20: *Distribución por Áreas de Salud de las 10 plazas de farmacéuticos titulares creadas por Orden de 10 de diciembre de 2001……* **545**

Tabla 21: *Distribución por Áreas de Salud y Centros Directivos de las 29 plazas de farmacéuticos titulares de la Administración Regional……* **547**

Tabla 22: *Relación de los farmacéuticos que ocupan las plazas base del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a fecha de 09/10/2015……* **561**

Tabla 23: *Relación de los aspirantes farmacéuticos que superación el concurso de méritos convocado mediante Orden de 29 de octubre de 2008……* **565**

Tabla 24: *Relación de los aspirantes farmacéuticos que superación el concurso de méritos convocado mediante la Orden de 30 de septiembre de 2014……* **566**

1. INTRODUCCIÓN

Considerando que no hay mejor forma de introducir este estudio que ilustrar de alguna forma cómo era la figura y la vida de los farmacéuticos sanitarios locales, se da "voz" propia al testimonio de uno de ellos, exponiendo a continuación la respuesta por carta que un farmacéutico rural remitió a "Clarita de la Fuente", encargada a través de la Revista *La Farmacia Española*, de realizar una encuesta sobre las condiciones de vida de los farmacéuticos rurales[1].

> *"He recibido varias cartas, en contestación a la encuesta. Iré examinándolas por orden de recepción.*
>
> *Es la primera de un compañero residente en un pueblecillo de Castilla, de doscientos vecinos, con varios anejos que ayudan a éste a sostener trabajosamente al farmacéutico.*
>
> *Nuestro compañero tiene cuarenta años, y ha probado ya cuatro partidos, en busca del que le ofrezca vida suficientemente desahogada y grata, que pueda aceptar como definitiva. Hasta el presente no lo ha logrado, y, como final del relato de sus cuitas, me ruega le avise si tengo noticia de alguna colocación que pueda convenirle, en Madrid o en una capital de provincia en que pueda vigilar la educación de sus hijos.*
>
> *De la carta de nuestro compañero número uno —de alguna manera he de distinguir a los que respondan a esta encuesta—trasciende un sentimiento de resignada amargura. Se ve, a través del relato de su vida, que en ella escribe con bastante detalle, un espíritu desesperanzado de mejora, y resignado con el fracaso de todas sus aspiraciones. Quisiera yo llevarle el consuelo de alguna esperanza razonable; sugerirle alguna confianza en la eficacia de su esfuerzo; animarle a continuar una lucha en la que hasta el presente fué vencido... Pero lo haré en carta particular; hacerlo en este artículo, sería faltar desde el primer día a mi propósito, que es el de dibujar sobriamente unas cuantas estampas de la vida farmacéutica rural"[2].*

[1] La encuesta consistía en responder a una serie de preguntas: "*1. ¿Estás satisfecho del ejercicio de la profesión?; 2. ¿Es tu disgusto del ejercicio profesional de orden espiritual o económico?; 3. ¿Eres tratado con la debida consideración por tus convecinos y clientes?; 4. ¿Te guardan las autoridades las debidas atenciones?; 5. ¿En qué relaciones vives con el médico o médicos que ejercen en ese pueblo o partido?; 6. Los rendimientos de tu farmacia, ¿bastan para la decorosa subsistencia de tu familia?; 7. Si cobras tus servicios por igualas, ¿cuál es la cantidad que te abonan los igualados? Si por recetas, ¿qué tarifa aplicas?; 8, ¿Qué dotación percibes por residencia y servicios sanitarios?; 9.Si no es la que corresponde a la categoría del pueblo o partido, ¿qué motivos te han llevado a aceptarla?; 10. ¿Existe en ese pueblo caciquismo?*". De la Fuente, Cl.: "La vida farmacéutica rural. Una encuesta". *La Farmacia Española*. 1929; 61(8):pp386-387.

[2] De la Fuente, Cl.: "La vida farmacéutica rural. Una encuesta II". *La Farmacia Española*. 1929; 61(9):pp171-172.

"Nuestro compañero termina la carrera y adquiere una farmacia en pueblo próximo al suyo. Joven y de buen empaque, su presencia es acogida con simpatía, especialmente por las tres o cuatro familias con hijas casaderas, que pueden aspirar a la mano del joven farmacéutico. Pero éste no piensa en unir su vida a ninguna de sus calladas pretendientes. Desde sus años estudiantiles mantiene relaciones amorosas con una señorita madrileña de educación esmerada, aunque de modesta posición, y sólo espera a consolidar su establecimiento para hacerla su esposa.

La noticia de este propósito, que ingenuamente da a conocer el joven farmacéutico, trueca las simpatías que había conquistado su presencia, en el sentimiento contrario. Cada día se le encuentra un nuevo defecto; sus actos todos, hasta los más íntimos, interpretados caprichosamente, sirven de comidilla al chismorreo local... Por fin, un día, en una discusión sociológico-política del casinillo, expone ideas vindicadoras de injusticias sociales. No hace falta más para declararle anarquista, y señalarle como un grave peligro para el orden social. Al año, hubo de buscarse nuevo partido, porque la vida se le hizo imposible en el primero.

Preséntase en su nueva residencia ya casado, y la buena educación de su esposa ayúdale eficazmente a conquistar las simpatías de la buena sociedad del lugarejo: su distinción, su amabilidad de trato, su habilidad para las labores de adorno, que enseña afablemente a cuantas señoras quieren aprenderlas, ábrenles todas las puertas con aparentes manifestaciones amistosas. Pero en este rápido triunfo mismo, se cuaja el motivo de su posterior derrota. Al llegar a este episodio de su vida, nuestro compañero escribe con cierto humorismo:

—«Suele decirse que el más enconado enemigo del farmacéutico es el médico; yo he de rectificar esta aserción, afirmando que el más implacable y feroz enemigo del farmacéutico, es... la médica».

Porque es el caso que la rápida conquista de las simpatías del lugarejo por los boticarios, suscitó la envidia de la médica, acostumbrada a servir de modelo, y, dominando a su marido, carácter débil, dió motivo con sus imposiciones a una ruín lucha, que, al cabo de tres años, hacía salir del pueblo al matrimonio farmacéutico, ya aumentado con dos frutos de bendición.

En el nuevo pueblo, un cacique arbitrario manda con despotismo de señor feudal; nuestro compañero intenta mantenerse con él en buenas relaciones sin llegar a una sumisión indigna; pero esto no satisface al mandarín, y las relaciones entre éste y el farmacéutico se rompen. El cacique apela a los variados resortes de su omnímoda autoridad para someter al rebelde: destitución de la titular; retraso en el pago de las recetas de Beneficencia; multas arbitrarias... Nuestro compañero intenta defenderse, a la vez que combatir un poder ilegítimo sólo sostenido por la cobardía de sus sometidos; excita los sentimientos de dignidad de éstos y consigue algún éxito; pero, al fin, triunfa el poder de la institución caciquil, fatal mientras la población rural no tenga independencia económica y cultura suficientes, y nuestro farmacéutico ha de buscar refugio en otro pueblo.

Escarmentado de las luchas anteriores, renuncia a todo trato social, y se refugia en su vida familiar; pero le sigue la hinchada leyenda de su carácter rebelde y de sus ideas avanzadas, y ha de extremar su discreción y su pasividad para ser tolerado.

Nuestro compañero se lamenta—como conclusión de su extensa información-—de la falta de satisfacciones espirituales y materiales en el ejercicio profesional; pero se lamenta con más doloroso tono de las imposiciones de la vida rural ajenas al ejercicio profesional. No basta, para obtener la consideración social y los medios económicos para una decorosa subsistencia, con cumplir celosa y concienzudamente los deberes profesionales. No; en la vida farmacéutica rural, esto es lo que menos importa. Lo importante es disponer de un alma bastante ruin para abdicar de la propia dignidad; para someterse incondicionalmente al cacique y adular al médico, y para ajustar la vida a las ridículas normas impuestas por la hipocresía de la sociedad rural".

1.1. JUSTIFICACIÓN

La justificación de centrar este estudio en el Cuerpo de los farmacéuticos titulares es el convencimiento que tiene este autor de que la necesidad del conocimiento de nuestro pasado va a servir como punto de partida para poder desarrollar un progreso sólido de consolidación profesional de esta mi profesión, inspector farmacéutico de salud pública (farmacéutico titular), teniendo en cuenta que:

> *"En la investigación, siempre es importante mirar al pasado para entender el presente y avanzar hacia el futuro, pues la consideración de que los acontecimientos a lo largo del tiempo son influidos por procesos históricos precedentes, permite concretar la experiencia de la acción y la planificación de actos"*[3].

La bibliografía se ha mostrado sobria en describir, de una forma pormenorizada, las actuaciones que en general desarrollaron los funcionarios sanitarios locales (médicos, farmacéuticos y veterinarios principalmente), no existiendo ningún estudio histórico en profundidad sobre la figura del inspector farmacéutico sanitario local dedicado a la vigilancia de la salud pública española, aun cuando, como veremos más adelante, se han publicado varios trabajos de carácter específico en relación al traspaso de estos funcionarios a las distintas Comunidades Autónomas.

Es por ello que se ha elegido este tema con el objetivo de contribuir al conocimiento científico cubriendo este vacío historiográfico, con la intención de dar a conocer la importancia que dicho Cuerpo de Farmacéuticos Titulares ha tenido en la Organización sanitaria local, siendo una pieza clave durante la evolución de la salud pública y otras ciencias como la farmacia, medicina, química y/o botánica a lo largo de la historia de España. Con este trabajo se pretende dignificar de alguna manera su figura, quizás demasiado olvidada, pese a la enorme labor socio-sanitaria desarrollada.

[3] Hernández Sampieri, R., Fenández Collado, C y Baptista Lucio, P.: *Metodología de la Investigación*. Chile: McGraw – Hill; 2003, En: Paz Lourido, B. "*Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria*". Tesis Doctoral. Universidad de las Islas Baleares. 2008:p31.

El presente trabajo va a abordar cuales fueron los orígenes de la figura del farmacéutico titular y su evolución a través del tiempo; su paso de boticario a farmacéutico, de "profesor de las clases médicas" contratado por el Ayuntamiento para llevar funciones de beneficencia y asesoramiento científico, a la figura de "inspector de salud pública, funcionario técnico del Estado al servicio de la Sanidad Local", responsable de un amplísimo y diverso abanico de funciones relacionadas con la salud pública. También va a abarcar la gestación y el desarrollo del Cuerpo de Farmacéuticos titulares con sus distintas denominaciones, la adquisición de la condición de "autoridad sanitaria" y la creación del Escalafón del Cuerpo, la obligación de disponer en un principio de oficina de farmacia para cumplir con sus obligaciones sanitarias y su posterior incompatibilidad para dicho ejercicio; va a describir el continuo aumento de sus competencias acorde con los avances científicos y necesidades sociales de cada época, detallando finalmente el traspaso de éstos a las distintas Comunidades Autónomas, en nuestro caso, a la Región de Murcia. Todo ello, acompañado de citas que la clase farmacéutica realizaba a través de la prensa médico-farmacéutica y a las que este autor va a denominar como la "voz de la clase farmacéutica".

Hay que indicar que todo este proceso de transformación y consolidación de la figura del farmacéutico titular fue un proceso lento y no exento de problemas, estando directamente vinculado con la evolución política y social ocurrida en España, así como con la evolución de la salud pública y la farmacia española.

Nuestra aportación con este trabajo va a ser poner a disposición de los investigadores dedicados a la historia de la farmacia y de la salud pública, así como a la historia en general, un amplio fondo documental, cuya investigación se va a facilitar a través de nuestro estudio, ofreciendo una considerable cantidad de datos que van a poder servir de base para desarrollar otros proyectos de investigación.

Es casi una obligación para este autor, recuperar y difundir la labor que realizaron, y siguen realizando, los miembros del colectivo "farmacéutico titular", otorgándoles la relevancia y el valor de lo que fueron, son y serán en el desarrollo y vigilancia de la salud pública de España.

Como ya se ha indicado anteriormente, esta investigación propone rellenar un vacío historiográfico motivado por la falta de un estudio histórico pormenorizado de la figura del inspector farmacéutico sanitario local desde su origen en el año 1854 hasta la actualidad, si bien anteriormente ya se habían publicado algunos trabajos de carácter específico como:

- Díaz López, N.: *Estudio de la reestructuración orgánica y funcional de los Farmacéuticos Titulares*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Publicaciones. Madrid 1980.
- Martínez, M. V. *La figura del Farmacéutico Titular en la Legislación Española*. Memoria de licenciatura. Cátedra de Historia de la Farmacia y Legislación. Universidad de Granada; 1981.
- Zubeldia Lauzurica, L., J. Muelas Tirado, and I. Hernández Aguado. "Situación de los Farmacéuticos Titulares en el ámbito del Estado español: Análisis de sus funciones y competencias en materia de higiene de los alimentos en la Comunidad Valenciana.". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1993; 67(6):507-517.
- Parrilla Valero F. “En busca del origen de los farmacéuticos titulares”. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 23(1):72-75.
- Pérez López, E., Cabezas López, Mª. D. y López Andújar, G.: "El farmacéutico en el control sanitario local en Andalucía: evolución y actualidad del cuerpo de farmacéuticos titulares". *Ars Pharmaceutica*. 2010; 51. Suplemento 3:723-745.

1.2. OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Realizar un análisis documental que describa la evolución histórica, legal, funcional y social de los farmacéuticos titulares, tanto a nivel nacional como a nivel de la Comunidad Autónoma de Murcia tras el traspaso de las competencias sanitarias, correlacionándolos con la historia de la salud pública española. Con ello, se va a contribuir a la ampliación del conocimiento científico en esta área específica del saber, cubriendo este vacío historiográfico.

Objetivos secundarios:

1. A nivel Nacional:
   - Conocer el origen y el desarrollo del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, identificando las distintas circunstancias políticas, económicas, sociales, sanitarias y profesionales que rodearon la transformación del "profesor farmacéutico" a la figura del "inspector de salud pública".
   - Describir la evolución de las funciones y/o competencias que desarrollaron acorde con las necesidades cambiantes de cada período estudiado.
   - Determinar el papel desarrollado y la contribución aportada por los farmacéuticos titulares en la organización sanitaria local durante el periodo estudiado.

2. A nivel de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia:
   - Estudiar el proceso de traspaso de los farmacéuticos titulares del Estado a la Comunidad Autónoma
   - Describir el proceso de creación del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares y su posterior integración en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia y sus consecuencias para el Cuerpo.
   - Detallar las funciones que desempeñan, el papel desarrollado y la contribución aportada por este colectivo en relación con la salud pública.

1.3. MATERIAL Y MÉTODO:

Con este trabajo de investigación original e interdisciplinario, se pretende realizar una exposición descriptiva, fundamentada en la recopilación documental sistemática y cronológica del colectivo de los farmacéuticos titulares, el cual se va a ir situando en cada momento histórico, científico y sanitario en el que se produjeron los acontecimientos objeto de nuestro estudio, coincidiendo con el desarrollo de la salud pública en España a partir de la segunda mitad del siglo XIX hasta la actualidad.

Se ha perseguido con ello, conseguir una narración y exposición veraz de la historia de los farmacéuticos titulares que reuniese en un mismo trabajo los antecedentes y el origen de los farmacéuticos titulares, su evolución, estructuración e influencia en el presente.

MÉTODO

El **método de análisis** seguido para la realización de este trabajo ha sido el propio de la investigación histórico-médica, basado en el conocimiento de las distintas etapas del colectivo farmacéutico titular en una sucesión cronológica. Para conocer la evolución y el desarrollo de dicho colectivo objeto de la investigación se ha hecho necesario revelar su historia, las etapas principales de su desenvolvimiento y sus conexiones históricas fundamentales. Mediante este método se ha analizado la trayectoria concreta de la teoría y su condicionamiento en los diferentes períodos de la historia.

1.- Como el núcleo central de este trabajo de investigación plantea determinar la evolución histórica, legal, funcional y social de los farmacéuticos titulares, tanto a nivel nacional como a nivel de la Comunidad Autónoma de Murcia tras el traspaso de las competencias sanitarias, el elemento central de este estudio ha sido la recopilación de las distintas normas legislativas que han regulado a dicho colectivo, así como la búsqueda de cualquier otra información publicada relacionada con los mismos en las distintas fuentes documentales, clasificadas como fuentes legislativas, fuentes de archivo y fuentes impresas, a las que localizadas en el capítulo correspondiente a la bibliografía, se les añadieron también las diferentes entrevistas personales.

Para realizar el rastreo de información se han utilizado como palabras clave en todas las búsquedas realizadas los términos: "*farmacéuticos titulares*"; "*inspectores farmacéuticos municipales*"; "*inspectores sanitarios municipales*"; "*sanitarios locales*" y "*funcionarios al servicio de la sanidad local*".

La combinación de las fuentes documentales, entrevistas personales y las fuentes legislativas, nos ha permitido desarrollar una valoración de dicho colectivo desde una perspectiva entre el marco legislativo y su realidad social. La importancia relativa de cada una de las fuentes ha sido diferente en cada caso dependiendo de las diferentes épocas. Así, mientras en la primera parte de la tesis primó la combinación de la parte legislativa y la percepción de la realidad social del colectivo visto a través de la prensa médica, el estallido de la guerra civil en el año 1936 y la práctica desaparición posterior del periodismo sanitario, motivó que la parte de la tesis posterior a dicho año primase más la parte normativa sobre su realidad social, debido a la falta de una "voz" autorizada de la clase farmacéutica a través de la prensa médica-farmacéutica.

2.- Una vez recopilado todo el material documental, se procedió a ordenarlo cronológicamente, de acuerdo al criterio seguido por los autores: D. Pedro Marset Campos, D. Esteban Rodríguez Ocaña y D. José Miguel Sáez Gómez de clasificación de las etapas de la evolución de la salud pública en España[4], dado el criterio de este autor de considerar que la historia de los farmacéuticos titulares estaba directamente relacionada con la historia de la salud pública. Atendiendo a ello, dicho estudio se estructuró en varios contextos históricos de acuerdo a la evolución de los farmacéuticos titulares y a la evolución de la salud pública en España.

3.- Seguidamente, se procedió a inventariar el material documental en forma de fichas de acuerdo a los puntos descritos en el índice de la tesis tras un análisis descriptivo del mismo.

4.- Una vez recogido, ordenado, inventariado, clasificado y analizado el material documental, se elaboró un pequeño resumen de cada uno de ellos para incluirlos en la síntesis histórica de cada apartado de la tesis, intercalando lo dispuesto en las disposiciones legislativas, la "voz" de la clase farmacéutica a través de los fondos hemerográficos y las distintas entrevistas personales.

[4] Marset Campos, P., Rodríguez Ocaña, E y Sáez Gómez, J. M. La salud pública en España. En: Martínez Navarro F, et al. *Salud Pública*. Madrid: MCGraw-Hill-Interamericana. 1998; pp25-47.

Para ordenar el material de este trabajo **cronológicamente,** se ha **estructurado** la exposición de la siguiente forma:

El primer gran capítulo de la tesis, "*La evolución histórica del cuerpo de farmacéuticos titulares"* se dividió en dos partes claramente diferenciadas. La primera correspondió a la etapa "el origen de los farmacéuticos titulares" y la segunda a "los Farmacéuticos titulares en el Estado Español".

La etapa "*El origen de los farmacéuticos titulares*" abarcaría el periodo de tiempo comprendido entre el año 1800, año en el cual desaparecieron los profesores boticarios y comenzaron en su lugar los nuevos farmacéuticos que se transformaron en licenciados, doctores o catedráticos, con derecho a ejercer su profesión en todo el territorio nacional y el año 1854[5], año en el cual aparecen por primera vez en una regulación normativa la denominación de "farmacéuticos titulares" como tal.

Se consideró que el origen de los "***farmacéuticos titulares***" se remontaba a la vieja costumbre que tenían las distintas ciudades, villas y lugares del Reino de España de contratar a los distintos facultativos de las clases médicas (médicos, cirujanos y farmacéuticos) para procurar una asistencia benéfico-sanitaria a sus vecinos, ya fuera tan solo para la asistencia de los menesterosos como para socorrer en sus enfermedades a la totalidad del vecindario, fundamentalmente en períodos de carácter epidémico, aunque no se lograse precisar el momento exacto en que se contrató al primer boticario para realizar dichas tareas por parte de alguna administración.

Para entender cómo fue la transformación de esta figura hasta su aparición en la disposición normativa, se consideró necesario tratar los antecedentes que dieron lugar al origen de las tres funciones que desarrollaron los farmacéuticos titulares hasta su primera regulación. Para ello, se analizó el modelo de la asistencia benéfico-sanitaria en España a través de las juntas municipales de beneficencia, posteriormente se estudió el modelo de la higiene pública española a través de las juntas municipales de sanidad y por último se examinó la actividad privada del ejercicio de la oficina de farmacia en los años previos a la publicación del arreglo de partidos del año 1854, en la que se trataron los principales motivos que llevaron a la decadencia de la profesión farmacéutica.

[5] Abenza López J. Mª: *La farmacia en Murcia en el siglo XIX*. Academia de Farmacia Santa María de España. 2003.

La etapa "*Los Farmacéuticos titulares en el Estado Español*" se va a corresponder con el periodo comprendido entre la primera regulación de los farmacéuticos titulares a través del Real Decreto de 1854 y el traspaso de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas hasta la publicación de la tercera Ley de Sanidad española en el año 1986. Esta etapa se subdividió a su vez en dos periodos; el primero, que abarcaría a los farmacéuticos titulares durante la segunda mitad del siglo XIX y el segundo, que abarcaría el siglo XX y que comenzaría con la creación en el año 1904 del Cuerpo de los Farmacéuticos Titulares.

El primer periodo, "*los farmacéuticos titulares en el siglo XIX*", empezaría con la publicación en el año 1854 de la primera regulación normativa donde apareció la denominación de "***farmacéuticos titulares"*** como tal, y que surgieron con el fin de generalizar la asistencia médica y los auxilios farmacéuticos de una manera ordenada y en lo posible uniforme, con una doble intención, por un lado de que se consiguiesen para todas las clases de la sociedad y en cualquier punto de la Monarquía, los auxilios que sus dolencias reclamaban y por el otro, que dichos facultativos obtuviesen una retribución suficiente, una estabilidad conveniente y una debida consideración por los penosos y meritorios servicios que prestaban y que se correspondiesen con su dilatada carrera científica. Estos facultativos auxiliarían además a las Autoridades y a las Juntas en todo lo relativo a descubrir y quitar aquellas causas permanentes o accidentales de insalubridad en cada población para mejorar de esta forma el estado de la salud pública en España, impidiendo la aparición o al menos disminuyendo los estragos de las mortíferas epidemias que asolaban el territorio español. Los facultativos titulares actuaban así bajo el aspecto higiénico de los pueblos y bajo el curativo de las dolencias humanas.

Durante este primer periodo se publicó también la primera Ley de Sanidad de España en el año 1855, la cual se enfocó hacía la protección frente a las enfermedades exóticas cuarentenables. Duró todo el siglo XIX y mantuvo y ratificó la estructura sanitaria liberal ya instaurada en 1847 basada en tres niveles de organización y donde quedaba claro que la sanidad era una función del Gobierno de la Nación. Consolidó la figura de los facultativos titulares de un municipio o mancomunidad de municipios a través de una regulación más minuciosa en cuanto a su dependencia y especialización, que vino en consonancia con la nueva estructura

de la administración sanitaria en su vertiente de Sanidad Interior y refrendó la capacidad de los Ayuntamientos en la contratación de los facultativos sanitarios como titulares,

El segundo periodo, "*los farmacéuticos titulares en el siglo XX*", se va a subdividir a su vez en tres etapas claramente diferenciadas, marcadas por la evolución política y social. Una primera etapa que englobaría al régimen político de la Restauración, construido a partir del regreso al trono de la dinastía borbónica, con Alfonso XIII como Rey (1902-1931) y un sistema político bipartidista, la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1931), la II República (1931-1936) hasta el estallido de la Guerra Civil (1936). Posteriormente, una segunda etapa que empezó con el estallido de la guerra civil española en el año 1936, seguida del posterior triunfo de los sublevados en el año 1939 a través del cual el régimen franquista se hizo con todo el poder, iniciándose una larga dictadura fascista conocida como Franquismo que duraría hasta la restauración de la democracia en año 1975. Por último, una tercera etapa que comenzó con la muerte del General Francisco Franco el 20 de noviembre de 1975 y la proclamación como Rey de España de D. Juan Carlos I de Borbón, a partir de lo cual, se inició en España una etapa pre democrática denominada "transición democrática", que duraría hasta la aprobación en el año 1978 de la Constitución Española. A partir de este momento, culminó el proceso de transición institucional desde un régimen dictatorial, dando el paso a otro período democrático y constitucional que perdura hasta la actualidad.

Este segundo periodo comenzó con la publicación de la Instrucción General de Sanidad de 1904, cuyo modelo organizativo de modernización y descentralización de la política sanitaria supuso la organización de un servicio sanitario permanente de higiene y prevención en el interior, estructurándose la administración sanitaria bajo tres campos de acción: el ejecutivo (político administrativo), el consultivo (comisiones asesoras) y el técnico (la inspección). Como principal aportación destacó la creación, a nivel de la inspección, de un organismo técnico representado por los inspectores de sanidad en cada uno de los niveles administrativos general, provincial y municipal, cuya misión fue vigilar el estado de la salud pública y sustentar técnicamente los acuerdos y decisiones de los otros órganos. También se estipuló que los Ayuntamientos debían de hacerse cargo de la salubridad urbana, se generalizó la

obligación de establecer los Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación y se reguló la recogida de estadísticas demográfico-sanitarias.

La Instrucción también vino a reconocer la necesidad de una vigilancia sanitaria continuada con independencia de la presencia de las catástrofes epidémicas, creándose para ello la figura del funcionario especializado (inspector de Sanidad) con competencias en los ámbitos general, provincial y municipal y al que se le va a conferir a las diversas jerarquías de inspectores no solo facultades fiscales, inherentes a toda inspección, sino que también colocaría al lado de éstas funciones ejecutivas, indispensables para la oportunidad y eficacia de las medidas sanitarias en los asuntos casi siempre urgentes de la Sanidad Pública

Además, para los farmacéuticos titulares, se sentaron las bases definitivas para la organización, a través de la creación de una Junta de Gobierno y Patronato en el año 1904, del Cuerpo de los Farmacéuticos Titulares, cuyo primer Reglamento se aprobó con carácter definitivo en el año 1905, y donde se concretó lo que más tarde fue el “Partido Farmacéutico”.

Una vez creado el ***Cuerpo de Farmacéuticos Titulares*** en 1905, éste fue sufriendo distintas modificaciones a lo largo de todo el siglo XX, consecuencia de los cambios ocasionados debidos a las distintas vicisitudes especialmente políticas, económicas y sociales de la época. Entre los cambios que sufrieron, no solo se les modificó su denominación, pasando por denominarse Cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales en 1925, Cuerpo de inspectores municipales de sanidad (farmacéuticos titulares) en 1930, Cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales en 1935 y la vuelta a la denominación de Cuerpo de farmacéuticos titulares en 1953, sino que también sufrieron cambios que afectaron a sus competencias a nivel de la sanidad local, pasando de ocuparse preferentemente del suministro de medicamentos a la beneficencia y del asesoramiento científico al Municipio en temas sanitarios, a otras competencias como fueron aquellas que les correspondieron por ser los químicos municipales, como la realización de los análisis químicos, microbiológicos y clínicos del municipio a través de sus laboratorios, la inspección y el control sanitario de su partido farmacéutico y las funciones relacionadas con el suministro de medicamentos a los pobres. A todo ello se le uniría la adquisición de la condición de autoridad sanitaria en el ejercicio de sus funciones en el año 1930, el dotarse de un escalafón propio en el año 1942, pasar de ser personal contratado por los

Ayuntamientos a ser funcionarios técnicos sanitarios al servicio de la sanidad local dependientes de los Ayuntamientos en el año 1935 y terminar siendo funcionarios técnicos del Estado al servicio de la sanidad local dependientes del Estado en el año 1953, asumiendo el Estado las dotaciones de los sanitarios locales en el año 1962.

El segundo gran capítulo de la tesis, *"Los farmacéuticos titulares de la Región de Murcia"* se inicia con la asunción por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las competencias en materia de Sanidad e Higiene Pública que hizo necesario que, en relación a la salud pública, se implantara un sistema de Servicios Farmacéuticos Oficiales que respondiesen a las exigencias de los sectores a los que tendrían que servir.

Este proceso que se llevó a cabo de reestructuración de los servicios farmacéuticos en la Comunidad Autónoma fue un proceso largo y no exento de problemas; empezó con el traspaso y posterior integración en la función pública regional de todo el personal funcionario farmacéutico del Estado al servicio de la sanidad local que se encontraba ejerciendo sus competencias en Murcia en el año 1983, la creación de un nuevo Cuerpo de Farmacéuticos Titulares propio de la Comunidad Autónoma de Murcia en el año 1995 y posterior reorganización de su personal en el año 1997 y por último, la supresión de éste al integrarse en el otro Cuerpo Farmacéutico Superior Facultativo (Escala Superior de Salud Pública) en el año 2006.

MATERIAL

Para poder llevar a cabo el estudio del primer gran capítulo de la tesis "Evolución histórica del Cuerpo de farmacéuticos titulares", seleccionamos como principal fuente documental primaria el análisis de las **disposiciones legislativas** en materia sanitaria de España, fiel reflejo de la ideología del legislador y de las prioridades de la política sanitaria. Este análisis de la legislación sanitaria emanada de los poderes públicos competentes se realizó utilizando como fuentes principales la "*Base de datos Gazeta: Colección histórica"*, que ofrece la colección histórica del Diario Oficial y que contiene las disposiciones y noticias publicadas en los diarios oficiales desde el año 1661 hasta el año 1959 y la "*Base de datos del Boletín Oficial*

del Estado" desde el año 1959 hasta la actualidad[6]. De ella, nos resultó muy útil el análisis que se realiza de cada disposición, en la medida de comprobar tanto las referencias anteriores como posteriores de la misma. De igual forma también se utilizó el "*Diccionario de la Administración Española de Martínez Alcubilla*" (1887-1972).

Como sistema de búsqueda de las disposiciones legislativas se utilizaron la "*Base de datos Aranzadi"* y las Bases de datos de búsqueda de estudios: *Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), Index Medicus/MEDLINE, EMBASE/Excerpta Medica* y el *Índice Médico Español (IME)*, si bien de estas últimas bases de datos no se obtuvo apenas resultado alguno para el objeto del estudio. Para realizar las búsquedas de las disposiciones a través de estas bases de datos se utilizaron también los términos: "farmacéuticos titulares"; "inspectores farmacéuticos municipales"; "inspectores sanitarios municipales; "sanitarios locales" y "funcionarios al servicio de la sanidad local".

La especial importancia de las disposiciones legislativas no solo se encontraba en lo que era el "cuerpo" de la disposición para entender hacia donde iban encaminadas las ideas de la política sanitaria, sino en la exposición de motivos de cada una de ellas para entender el por qué de dicha normativa, permitiéndonos comprender las circunstancias que rodearon a la publicación de dicho precepto. Estos boletines constituyeron igualmente una rica fuente de información sobre las noticias más destacadas de determinados acontecimientos de la época tanto nacionales como extranjeros.

[6] El Boletín Oficial del Estado, diario oficial del Estado español, es el medio de publicación de las leyes, disposiciones y actos de inserción obligatoria. En el "Boletín Oficial del Estado" se van a publicar: Las disposiciones generales de los órganos del Estado y los tratados o convenios internacionales; las disposiciones generales de las comunidades autónomas, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía y en las normas con rango de ley dictadas para el desarrollo de los mismos; las resoluciones y actos de los órganos constitucionales del Estado, de acuerdo con lo establecido en sus respectivas leyes orgánicas; las disposiciones que no sean de carácter general, las resoluciones y actos de los departamentos ministeriales y de otros órganos del Estado y Administraciones públicas, cuando una ley o un real decreto así lo establezcan y las convocatorias, citaciones, requisitorias y anuncios cuando una ley o un real decreto así lo establezcan. Además El Consejo de Ministros podrá excepcionalmente acordar la publicación de informes, documentos o comunicaciones oficiales, cuya difusión sea considerada de interés general. Real Decreto 181/2008, de 8 de febrero, de ordenación del diario oficial «Boletín Oficial del Estado». *Boletín Oficial del Estado* nº 37 de 12/02/2008.

Además de estas disposiciones normativas, nos fue de gran utilidad las diferentes publicaciones oficiales que impulsó la Dirección General de Sanidad en forma de Boletines y Anuarios, cuya culminación llegaría a través de la *Revista Española de Salud pública*. Esta Revista pasó a denominarse de diferentes maneras dependiendo de la época estudiada. Comenzó como *Anuario de la Dirección General de Sanidad* en 1920, siguió como *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad* en 1926 dependiente del Ministerio de la Gobernación, adoptó el nombre de *Revista de Sanidad e Higiene Pública* en 1932 que cambió por el de *Boletín Técnico de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria* en año 1977, tras la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Dicho subtítulo se suprimió definitivamente en 1987, quedando como única denominación la de *Revista de Sanidad e Higiene Pública* la cual cambió de nombre en el año 1995 por el actual *Revista Española de Salud Pública*. La dedicación que esta revista ha realizado a la publicación de estudios relacionados con la investigación e intervención en materia de salud pública, incluyendo la administración sanitaria y la asistencia sanitaria, nos ha permitido aproximarnos a la percepción que tenían los profesionales dedicados a esta rama de la ciencia, entre los que se incluían a los inspectores de sanidad, de los principales problemas de salud de la población española, además de ayudarnos a entender las estrategias que se utilizaban para afrontarlos desde la estructura de la sanidad pública.

Aunque las disposiciones legislativas resultaron una herramienta útil para conocer hacia donde iban encaminadas las ideas de los que planteaban la política sanitaria, estas fuentes tenían que ser contrastadas con el estudio de los efectos reales de su aplicación. Para la historiografía actual la **prensa médico-farmacéutica** se constituye como la fuente histórica principal, imprescindible para aportar la información sobre la posición ideológica que tenía la clase farmacéutica a la hora de afrontar las propuestas preventivas y terapéuticas planteadas por la administración sanitaria.

Especialmente importante fue a partir de la segunda mitad del siglo XIX la aparición de un cada vez más numeroso número de publicaciones médico-farmacéuticas que, directamente vinculado con la aparición de las asociaciones médico-farmacéuticas, se erigieron en el medio a través del cual, los facultativos profesionales realizaban las denuncias relacionadas con su problemática profesional,

convirtiéndose éstas en testigos directos e implicados de las mismas, permitiendo al mismo tiempo, tomar el pulso de los farmacéuticos titulares en torno a los problemas sanitarios de mayor relevancia y que más preocupaban a esa sociedad dinámica y mutante del momento. Entre los objetivos principales que tuvo la prensa médico-farmacéutica se encontraban, además de la publicación de las cuestiones científicas, conseguir el bienestar de las clases médico-farmacéuticas incitando la unión entre ellos, reprimir los abusos que estaban sufriendo, recabar sus derechos y merecidas recompensas; conseguir del poder público la debida protección, acoger los distintos proyectos de asociación ideados por los facultativos, ayudar a fundar diferentes sociedades de socorros; predicar la observancia de la moral facultativa y responder de forma unánime a la voz de la prensa profesional a la hora de tomar cualquier resolución de utilidad para la clase médico farmacéutica.

En cuanto a los **fondos hemerográficos** correspondientes a la prensa médico-farmacéutica consultados en el primer capítulo "Evolución histórica del Cuerpo de farmacéuticos titulares" disponibles en la Biblioteca Virtual de la Real Academia Nacional de Farmacia, destacaron entre otros: *El Restaurador Farmacéutico* (1844-1936); *El Droguero Farmacéutico* (1857-1859); *La Revista Farmacéutica Española* (1861-1862); *La Unión Farmacéutica* (1866-1868); *La Farmacia Española* (1869-1931); *El Semanario Farmacéutico* (1872-1894) y *La Farmacia Moderna* (1890-1936).

De estas revistas, la que mayor difusión dio a los problemas del colectivo de los farmacéuticos titulares a nivel nacional y que más luchó por su regulación en una primera época, desde su creación en el año 1844 por el político farmacéutico Pedro Calvo Asensio, hasta que se trasladó a Barcelona de la mano de Juan Texidor y Cos en el año 1871, pasando en medio por la dirección de Quintín Chiarlone en 1956, fue el periódico "*El Restaurador Farmacéutico*". Este periódico, que nació en el seno de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, se convirtió en el periódico oficial de la misma y fue el primer periódico exclusivamente farmacéutico de España y se dedicó principalmente al fomento del bienestar de la clase farmacéutica y de la ilustración facultativa, dando las noticias de los avances científicos y defendiendo los intereses de dicha clase al mismo tiempo que denunciaba los abusos cometidos contra sus profesores.

Posteriormente, tomaron el relevo de la ser la "voz" a nivel nacional del colectivo farmacéutico titular, la revista "*El Semanario Farmacéutico*", fundada en Madrid, cuando se trasladó a Barcelona "El Restaurador Farmacéutico" en el año 1872, siendo su fundador German Martínez Álvarez, y la revista "*La Farmacia Española*", fundada por Pablo Fernández Izquierdo en el año 1868. Se debe de tener en cuenta que en el desarrollo de la exposición de este trabajo, se va a nombrar reiteradamente la mención a la "clase farmacéutica". Esta mención va a hacer referencia a esa "voz" que el colectivo farmacéutico titular expresaba a través de la prensa médico-farmacéutica.

Tras el estallido de la guerra civil en el año 1936, con la práctica desaparición del periodismo sanitario[7] y la posterior falta de una "voz" por parte de la clase farmacéutica a través de la prensa médica-farmacéutica, motivó que la parte de la tesis posterior a la guerra civil española, primara más la parte normativa de los farmacéuticos titulares que su realidad social.

Para llevar a cabo el estudio del segundo gran capítulo de la tesis, "Los farmacéuticos titulares de la Región de Murcia", igualmente resultó de especial interés el análisis de las disposiciones legislativas en materia sanitaria, como fiel reflejo de la ideología del legislador y de las prioridades de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma. Para el análisis de dicha legislación sanitaria emanada de los poderes públicos competentes, se utilizó como fuente principal la "*Base de datos del Boletín Oficial de la Región de Murcia"* comprendida desde el 01/08/1982 hasta la actualidad[8].

[7] López Piñero, J.Mª. y Terrada Ferrandis, M.L.: Las etapas históricas del periodismo médico en España. Estudio bibliométrico. En: Albarracín Teulón, A., López Piñero, J.Mª. y Sánchez Granjel, L.: *Medicina e historia*. Universidad Complutense. 1980; pp163-191.

[8] El B.O.R.M. va a contener: Las Leyes de la Asamblea Regional, Decretos Legislativos, Decretos, Órdenes, Resoluciones, Circulares e Instrucciones, Convenios, Estatutos, Estadísticas y otras disposiciones y actuaciones que emanen de los Órganos de Gobierno y Administración Pública de la Comunidad Autónoma; los nombramientos, ceses, situaciones e incidencias del personal al servicio de la Administración Pública en los casos que así lo establezca un precepto de carácter general; las Disposiciones o Resoluciones del Estado que por su especial incidencia en la Región o por establecerlo así el ordenamiento jurídico, deban publicarse en el «Boletín Oficial de la Región de Murcia»; las Resoluciones, Anuncios, Edictos y documentos procedentes de Corporaciones locales o entidades estatales autónomas y organismos de interés público, cuando así lo establezca una disposición general; las convocatorias e incidencias de oposiciones, concursos y llamamientos para la provisión de personal al servicio de la Administración Regional y Local cuando una disposición general exija su publicación; los anuncios de contratos de la Administración Pública, en los casos y en la forma que determine la legislación vigente; las Sentencias dictadas por el Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia y los anuncios de la Administración de Justicia; los anuncios particulares, y, en general cualquier otro, cuando así lo disponga una norma jurídica. Decreto

Para la parte del proceso de creación de la Comunidad Autónoma de Murcia en su proceso de etapa preautonómica, proceso autonómico, aprobación del Estatuto de Autonomía y traspaso de los sanitarios locales se consultó los fondos documentales del "*Archivo General de la Región de Murcia*", el cual integra en el mismo, el "*Archivo Histórico de la Provincia de Murcia"* que reúne, conserva y difunde la documentación de la Administración Periférica del Estado en la Región, y el "*Archivo Intermedio de Murcia*", que recibe los documentos sin vigencia administrativa de las distintas entidades de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Para llevar a cabo la búsqueda de información se utilizaron las palabras clave de: "farmacéuticos", "farmacéuticos titulares", "inspección sanitaria", "sanitarios locales", "salud pública", "partidos farmacéuticos", Jefatura Provincial de Sanidad de Murcia", "Comisión Mixta de transferencias" y "Consejo Regional de Murcia". También se consultó el "*Archivo Municipal del Ayuntamiento de Murcia*", si bien esta fuente no resultó ser lo suficientemente rica como para vislumbrar otros aspectos de interés que no fueran los anuncios de las vacantes que se producían de las plazas de farmacéutico titular o el anuncio de la publicación de la legislación sanitaria que se producía a nivel nacional.

Para el desarrollo del apartado referente a la creación del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares y la reestructuración de los servicios farmacéuticos se utilizaron los fondos documentales y las actas del "*Archivo de la Vocalía de Farmacéuticos Titulares del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia"*. En cuanto al proceso de unificación de los dos Cuerpos Farmacéuticos de la Región de Murcia se utilizó el "*Archivo de la Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia*", como sindicato que luchó por salvaguardar los intereses entre otros, de los farmacéuticos titulares.

Para la determinación de la evolución del desarrollo de las funciones realizadas por los farmacéuticos titulares de la Región de Murcia se utilizaron las "*Memorias anuales de la Consejería de Sanidad*" desde el año 1988, periodo en las que se empezaron a publicar hasta el año 2014, si bien, las memorias correspondientes a los años 1992, 1993 y 1994 no se llegarían a editar.

---

n°51/1986, de 23 de mayo, por el que se aprueba el reglamento que desarrolla la Ley 3/1985, de 10 de julio, de creación del «Organismo Autónomo Imprenta Regional de Murcia» y establece el funcionamiento del «Boletín Oficial de la Región de Murcia». *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº143 de 24/06/1986.

Al análisis de toda la documentación obtenida a través de las fuentes documentales, fuentes legislativas y fuentes impresas, habría que añadir aquella otra información recabada por este autor a través de las **entrevistas personales** realizadas a personas que de alguna manera, estuvieron directamente relacionadas con el objeto de este estudio y que, si bien no se encuentra esta información documentada, su memoria histórica y la información oral transmitida, han contribuido con sus indicaciones y declaraciones a recoger datos relativos a sus conductas, opiniones, experiencias, motivaciones, inquietudes y expectativas de los farmacéuticos titulares.

Entre las entrevistas personales realizadas destacan aquellas realizadas a antiguos farmacéuticos titulares jubilados (Dª Isabel Martínez-Corbalán Piqueras, Dª María Piedad Abellán Semitiel, D. Ginés Sánchez García y D. Serafín Martínez Muñoz); a representantes del Colegio de Farmacéuticos (D. Pedro Guerrero Cuadrado); a representantes de la Administración Regional (D. José Luis Gil Nicolás) y a los jefes de los Servicios de Farmacia (D. Casimiro Jiménez Guillén), Seguridad Alimentaria y Zoonosis (D. Blas Marsilla de Pascual) y Sanidad Ambiental (Dª. Elisa Gómez Campoy) actuales, conocedores del proceso de reestructuración producido. También al representante de la Vocalía de Farmacéuticos Titulares del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (D. Claudio Buenestado Castillo), sobre la proyección de futuro del Cuerpo de Titulares.

Figura 1: Fotografía de la entrevista realizada a Dª Isabel Martínez-Corbalán Piqueras (91 años), farmacéutica titular jubilada, el día 2 de abril de 2014.

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES

JENARO PERALTA VEGA, JOSÉ BERNAL MARTÍN, LUIS GAZO CALVO, GERARDO SAIZ MIRANDA, CIPRIANO ARAGONCILLO PÉREZ, JUAN TORRES FRAMIS, EMILIO ARNÁU SALVADOR, FILADELFO CHICO MUÑOZ, LUIS [illegible], EMILIO [illegible], [illegible] BOLLEDA GARCÍA LOMANA, TEODORO VALDÉS SANZ, RAMÓN LÓPEZ LALCONA, ADORACIÓN ALONSO DORADO, [illegible], LEOCADIO [illegible], [illegible] ROMERO SÁNCHEZ, PRUDENCIO MARTÍNEZ ARAMBURU, FABIO ARMENGOD BALLESTER, MODESTO [illegible], CRISTOBAL GUTIÉRREZ SANTOS, JOSÉ SOLER DÍAZ, JOAQUÍN REGIDOR GÓMEZ, FRANCISCO ARRAZAIN TREVIÑO, ANTONIO VELASCO DÍEZ, VÍCTOR DOMÍNGUEZ ALONSO, CONSTANTINO HERRERO BARBERO, LUIS MARTÍNEZ MARTÍNEZ, AGUSTÍN ALBESA PORTOLES, VALERIANO TRIVIÑO AGUDO, VICENTE VILLAR SAINZ, JACINTO MOLINERO LERMA, VENANCIO GONZÁLEZ PRADO, ROMÁN JIMENO BAÑOS, JULIÁN CALVO GUERRA, MARIANO LÓPEZ MANZANO, JOSÉ MARÍA LAGUNA LLASTERRI, MANUEL LARA CAÑO, ALFREDO MURILLO RUBIO, LUIS UGALDE MÚGICA, LEÓN MÚGICA GOICOLEA, JACINTO FERRÉ GISBERT, IGNACIO SANTOS DÍEZ, CARLOS GÓMEZ SÁNCHEZ, ANTONIO RUIZ LAO, GERARDO POSADA GALLO, VICENTE LOPIDANA MATEO, MIGUEL GARCÍA OLIVA, CASIMIRO BLASCO BALBUENA, VALENTÍN RUIZ ZARZOSA, FERNANDO FEITO NEGRÓN, ENRIQUE ALONSO RATA, SEBASTIÁN POLO DEL MORAL, PÍO GUTIÉRREZ ORTEGA, MARIANO SANTOYO REY, JULIÁN DÍEZ GÓMEZ, MODESTO HERNÁNDEZ CHAMORRO, SIMÓN GARCÍA MORENO SÁNCHEZ, RAMÓN FABOS MUÑOZ, MIGUEL RUIZ MARÍN, ÁNGEL GONZÁLEZ BLANCO, AMÓS PÉREZ GUIJARRO, JUAN RHODES GARRIDO, AVELINO RODRÍGUEZ SIERO, MANUEL SUBIAS CORONAS, JUAN VALVERDE SÁNCHEZ, ANASTASIO TEMPRANO CAMPANO, EDUARDO FINESTRES FOSCH, CARMELO SÁNCHEZ MARTÓN, ÁNGEL DE LA VILLA SANZ, CARLOS GÓMEZ GONZÁLEZ, BERNARDO GONZÁLEZ MARTÍNEZ, ÁNGEL APELLÁNIZ APELLÁNIZ, CÁNDIDO MAZA PÉREZ, ADOLFO TAPIA FRENÁNDEZ DEL CAMPO, LUIS UGALBE MÚGICA, FRANCISCO TEJEDOR SAOANE, NICOLÁS QUIRÓS CARBALLO, JOSÉ MARÍA SALAZAR PUERTA, ANTONIO HERCE GARCÍA, MARCOS MARCOS MARCOS, MANUEL ALONSO PÉREZ, PEDRO ARAMBURU MENDIETA, JOSÉ PINEDA SÁNCHEZ, JULIÁN GALLEGO GONZÁLEZ, CELEDONIO OFICIALDEGUI MENDIVIL, GREGORIO GONZÁLEZ ÁLVAREZ, FAUSTINO CERRO CASTILLO, QUINIDIO RAMOS RUIZ, EMILIO JIMÉNEZ PÉREZ, MARIANO BORLAF HERRERA, ÁNGEL TERREL CUEVAS, PEDRO VENTAYOLL SUAN, JOAQUÍN NAVARRO PARACUELLO, DÁMASO SANZ OCHOA, ARISTIDES VICENTE DE TAPIA, FAUSTINO ARCAS QUIRIS, GABRIEL HERRERO TEJEDOR, JOSÉ RIVERO CASANOVA, LUIS TAMAYO FERNÁNDEZ, MAGENCIO BAUTISTA PÉREZ, JOSÉ MARCIAL ALMARZA ARANGUREN, DESIDERIO LORENTE GÓMEZ, JOSÉ MORALES MUÑOZ, ULPIANO CANO PEÑA, SEVERO ALAYA ALARCIA, MARIANO GALLEGO ARAUS, MEDITÓN VILLALOBOS GIL, ANDRÉS ESPINOSA ROMERO, NICASIO DE JESÚS ARÉS MATÍAS, AMADOR RUIZ BELÓN, JOAQUÍN PASCUAL TEMPRANO, MANUEL ALBESA PORTOLÉS, MIGUEL MAORAD HERNÁNDEZ, FAUSTINO ENGUITA GACEO, JOSÉ SANJURJO ÁLVAREZ, ÁNGEL CASADO MARTÍNEZ, GABRIEL ROS GARCÍA BORDALLO, GONZALO DÍEZ G. DE LOS RIOS, SANTOS CARDENAL GÓMEZ, JOSÉ MARÍA TABERNA IRIGOYEN, FRANCISCO

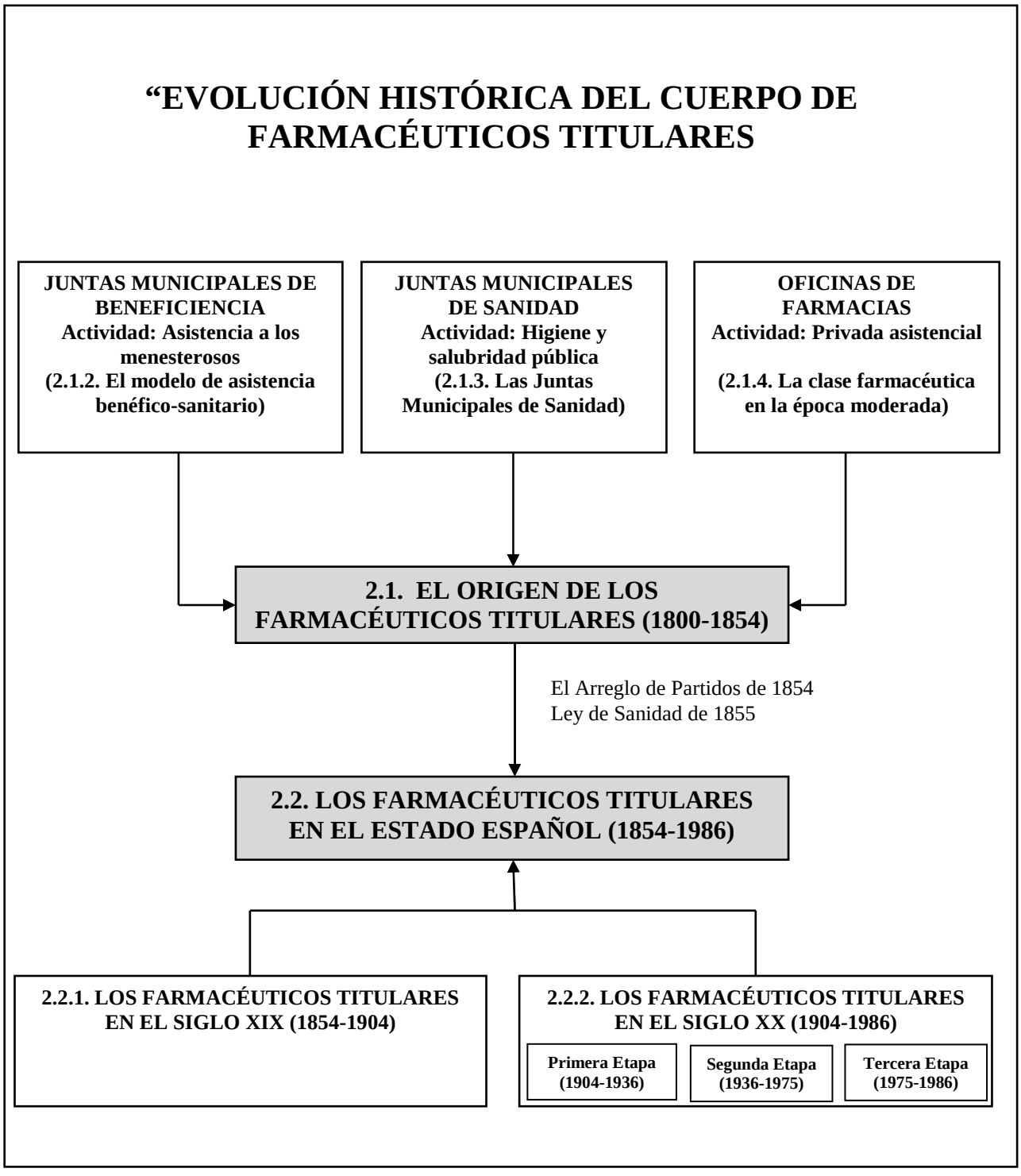


Figura 2: Esquema del capítulo: "Evolución histórica del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares"

2.1. EL ORIGEN DE LOS FARMACÉUTICOS TITULARES:

ETAPA: 1800-1854

2.1.1.- INTRODUCCIÓN

Aunque el origen de los "***farmacéuticos titulares***" se remonta a la vieja costumbre que tenían las distintas ciudades, villas y lugares del Reino de España de contratar a los distintos facultativos de las clases médicas[9] (médicos, cirujanos y farmacéuticos) para procurar una asistencia benéfico-sanitaria a sus vecinos, ya fuera tan solo para la asistencia de los menesterosos como para socorrer en sus enfermedades a la totalidad del vecindario, fundamentalmente en períodos de carácter epidémicos, la primera regulación de los farmacéuticos titulares con funciones en salud pública se realizó en el año 1854[10], vinculándose con el desarrollo de un modelo de asistencia benéfico sanitaria domiciliaria liberal, en la que el Estado debía hacerse cargo de la salud de los pobres y de la mejora del estado de la salud pública en España. Aunque era ya una costumbre esta práctica por parte de los Ayuntamientos, no se ha logrado precisar el momento exacto en el que se produjo el primer contrato a un boticario para realizar dichas tareas por parte de alguna administración.

---

[9] Aunque la primera regulación normativa que se expresa como "**facultativos titulares**" aparece en el Reglamento de 15 de enero de 1831, en ella, solo se hace mención a las plazas de médico-cirujanos, médicos solos o cirujanos titulares, donde se establecía que "*en el caso de que las clases de juntas de sanidad no tuviesen facultativo titular para el desempeño de los objetos, serán vocales de ellas los profesores titulares del pueblo en que se hallan establecido"*. En cuanto a la provisión de las plazas y partidos, el Reglamento establecía que: *"las plazas de médico-cirujano, médico o cirujano de todas las ciudades de España, las de las juntas superiores provinciales de sanidad y las de los municipios de ésta que tuvieran con dotación fija pagadera en todo o en parte de los fondos de mi Real Eradio, se proveerán de mi Junta Superior de Medicina, Cirugía (previa oposición en la Academia a la que pertenezca).* Reglamento General para el régimen literario e interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino, formado por la Real Junta Superior Gubernativa de estas dos partes de la ciencia del curar y aprobado por S.M. Madrid. *Imprenta Real*. 1831.

Esta regulación se realizó como consecuencia del Reglamento de las Academias de 1830 que, respecto a la creación de las juntas provinciales y municipales en su capítulo X, establecía que tenían que estar compuestas por académicos, ya que las academias habían asumido competencias para ello.

El Reglamento, en cuanto al nombramiento de estos titulares, se atemperó a través de la Real Orden de 21 de marzo de 1846 al ofrecer a los Ayuntamientos un mayor margen de maniobra para sus nombramientos, de forma "*que los Ayuntamientos que quiera contratar a los facultativos, soliciten permiso previo, del jefe político de la provincia, quien prudencialmente lo concederá o denegará según las circunstancias que en el pueblo concurran*. Real Orden Circular de 21 de marzo de 1846 para que antes de contratar facultativos de los ayuntamientos de los pueblos soliciten permiso previo del jefe político. *Gaceta de Madrid* nº 4216 de 31/03/1846.

[10] Real Decreto de 5 de abril de 1854, mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. (*Gaceta de Madrid* nº 467 de 12/04/1854). Se consolidarían un año más tarde a través de la Ley del Servicio General de Sanidad de 1855 (*Gaceta de Madrid* nº 1068 de 07/12/1855).

Esta asistencia farmacéutica se realizaba a través de farmacéuticos con oficina de farmacia propia, simultaneando su actividad privada asistencial para las personas y familias acomodadas del lugar con otras actividades de carácter público, bien retribuidas o no por el erario público. Entre las retribuidas se encontraría el abastecimiento de medicamentos a los pobres del municipio (beneficencia) y entre las no retribuidas, el asesoramiento en temas de salubridad e higiene pública a las distintas juntas municipales de sanidad (salubridad pública), bien formando parte de ellas como vocales, bien como asesores externos de las mismas.

Debido a los continuos problemas surgidos como consecuencia del vacío existente en cuanto a la regulación de estos profesionales dentro de la propia organización de la asistencia sanitaria de cada municipio, donde cada Ayuntamientos tenía la libertad para contratar a estos facultativos a su criterio, el Gobierno se vio en la necesidad de regular dicha actividad.

De hecho, sería a partir del arreglo de partidos de 1854 y de la Ley de Sanidad de 1855 cuando va a quedar perfilado y definido lo que va a ser la figura de farmacéutico titular con una doble personalidad: por una parte de servicio (ejercicio privado) y por la otra de autoridad pública (higiene pública y asistencia a los necesitados) y que investido posteriormente como Inspector Municipal de Sanidad, va a constituir la base fundamental de la asistencia sanitaria rural desde la segunda mitad del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX, configurándose como una figura fundamental dentro de la sanidad e higiene pública española[11].

Para entender cómo fue la transformación de esta figura a lo largo de la historia de España, se va a considerar necesario en un principio desarrollar los antecedentes que dieron lugar al origen de las tres funciones que desarrollarían los farmacéuticos titulares hasta su primera regulación en 1854. Para ello, se va a analizar el modelo de la asistencia benéfico-sanitaria en España a través de las juntas municipales de beneficencia, posteriormente se va a estudiar el modelo de la higiene pública española a través de las juntas municipales de sanidad y por último se va a

[11] Viñes se refiere a los titulares como: "*Esta figura que nace de la hospitalidad domiciliaria pública desde las instancias de la beneficencia pública para dar asistencia a los menesterosos, da un salto a la sanidad; ésta la acoge y los implica en las funciones de la salud pública específica para asesorar en materia de salubridad a los Ayuntamientos, materia ambas, sanidad y beneficencia que el Estado procura mantener integradas*". Rueda Viñes, J.J. *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)*. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 2006: pp140-143.

examinar la actividad privada del ejercicio de la oficina de farmacia en los años previos a la publicación del arreglo de partidos del año 1854, donde se va a tratar los principales motivos que llevaron a la decadencia la profesión farmacéutica.

2.1.2.- EL MODELO DE ASISTENCIA BENÉFICO-SANITARIA EN ESPAÑA

Dado que en esta primera etapa el farmacéutico titular iba a ser contratado para la asistencia a los pobres, su figura estuvo vinculada directamente a los cambios que se produjeron en el desarrollo de las distintas etapas de la asistencia benéfico-sanitaria domiciliaria en España. De esta forma, se correspondió en un primer momento con la voluntariedad de determinados Ayuntamientos para su contratación atendiendo a la idea filantrópica y caritativa de atender a los menesterosos para pasar posteriormente los poderes públicos a ocuparse de facilitar dicha asistencia a través de la beneficencia domiciliaria.

El desarrollo del modelo asistencial de la beneficencia que implantó el liberalismo decimonónico tuvo como primer objetivo establecer, desde los poderes públicos, una política de acción social para combatir el incremento del fenómeno de la pobreza, marginalidad y desarraigo que se produjo en España a finales del siglo XVIII y que dio lugar a la sustitución de una asistencia social basada en la caridad religiosa y particular propia del Antiguo Régimen a un sistema de beneficencia pública liberal de la que se iba a ocupar el Estado[12]. La beneficencia transfirió la obligación a la sociedad, a la que consideraba como una entidad colectiva, de ahí que fuese siempre seguido por el apelativo de "pública" en su objeto, organización, gestión y financiación.

Este paso de la caridad a la beneficencia[13], vino acompañado del cambio que se produjo en la visión política del término "pobreza" (el pobre como carente de

[12] Barona Vilar, C. *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936).* Tesis doctoral. Universidad de Valencia; 2002: p75.

[13] El paso de caridad pública en beneficencia y ésta a su vez en bienestar social lo describe Valentín Andrés Álvarez como: "*las reacciones de la sociedad ante el infortunio de sus miembros y los remedios arbitrados para hacerle frente podían distribuirse en tres etapas. En la primera, que denomina caritativa, la reacción es individual, e individual el remedio; en la segunda, o fase social, los esfuerzos privados se articulan en asociaciones benéficas de carácter voluntario, reguladas o autorizadas por el Estado. En la tercera, etapa política, el Estado asume la función asistencial, convirtiendo en derecho del receptor, lo que antes era un deber del donante. De la respuesta individual a la social, de la caridad a la solidaridad, de la beneficencia a los servicios sociales*".

trabajo se fue abriendo paso en la ideología liberal), la cual pasó de ser considerada una cuestión religiosa, a ser vista como un freno al desarrollo económico del país y un riesgo potencial para los posibles desarrollos sociales; lo que llevó al Gobierno a concentrarse en neutralizar esta amenaza que representaba para la salud pública. Para ello, estableció como prioridad el buscar trabajo a estas personas como medida para salir de esa forma de la marginación, contribuyendo al mismo tiempo al propio desarrollo del país. De este modo, la beneficencia pasó a actuar como una coraza protectora de la sociedad y como un instrumento de control, rehabilitación y conversión en útil la fuerza del trabajo, recabando el Estado para sí la administración y cuidados de los establecimientos benéficos [14].

El sector de beneficencia, que había sido marginal para los intereses nacionales, se transformó en una función que terminaría afectando a la estructura del Estado, quitando a partir de ese momento el protagonismo que había tenido la Iglesia hasta esa fecha en materias relacionadas con la vieja tradición de la caridad, dando paso a un lento crecimiento de las responsabilidades del Estado en el sector de los servicios públicos[15].

El espíritu laicista e ilustrado que generó la Revolución francesa (1789), idealizada bajo los principios proclamados de igualdad, fraternidad y libertad, impulsó el desarrollo en Europa y en América de la Beneficencia como sistema de asistencia social, bien público como bien privado[16]. Este influjo doctrinal, que cambió la noción cristiana de caridad por una laica de justicia, unido a la crisis de subsistencias que azotó a España a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX como consecuencia de las epidemias (fiebre amarilla en este caso); las guerras y sus consecuencias; los cambios políticos que producirían un mayor empobrecimiento de la población española y por último, el protagonismo que adquirió el Estado para que la beneficencia se convirtiese en una carga estatal, contribuyeron a la transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen a cargo de los particulares y de la Iglesia, a una beneficencia a cargo del Estado durante esta etapa liberal.

Sánchez Hormigo, A. "Valentín Andrés Álvarez (Un economista del 27)". *Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza*, 1991.

[14] López Castellano, F. *Las raíces históricas del tercer sector*. Universidad de Granada, 2004.

[15] Herrera Gómez, M. *Los orígenes de la intervención estatal en los problemas sociales*. Escuela Libre Editorial. Madrid, 1999.

[16] Fernández Riquelme, S. Los orígenes de la Beneficencia. Humanismo, Derecho de pobres y Estado liberal. *La Razón Histórica*. 2007; 1.

Esta transformación se inició en España con la llegada de la dinastía de los Borbones al trono, los cuales implantaron una serie de cambios importantes en los aspectos sociales y políticos del país como fue la centralización administrativa y el reforzamiento del poder real, hecho que provocó un cambio en las relaciones Iglesia-Estado y que produjo una merma en el poderío de la Iglesia. Con el reinado de Carlos III, se pretendió controlar la asistencia al necesitado y la represión del pobre ocioso válido para el trabajo y que podía representar un peligro potencial para la seguridad ciudadana. Lo continuó su hijo Carlos IV, que intentó acabar con la disgregación característica del sistema de la caridad particular indiscriminada a través de un sistema centralizado basado en la concentración de recursos asistenciales y en la reorganización del patrimonio de la caridad estamental, llevando a cabo un primer proceso desamortizador de los bienes de la Iglesia mediante la Real Cédula de 19 de septiembre de 1798[17]; aunque la fuente principal de financiación de las asistencias continuaría correspondiendo a la caridad privada a través de unos mermados bienes de la Iglesia y limosnas particulares, por lo que el socorro de las necesidades de los pobres continuó dependiendo de la buena voluntad de las clases privilegiadas, no siendo asumido todavía como un deber del Estado hacia sus ciudadanos[18].

Las instituciones de beneficencia que se heredaron del Antiguo Régimen, como fueron los hospitales, las casas de expósito, los hospicios para los pobres de solemnidad, las diputaciones de parroquia para la atención domiciliaria a los pobres vergonzantes, las diputaciones caritativas de barrio para los jornaleros desocupados y enfermos convalecientes y demás centros de caridad, se caracterizaron por poseer distintas vinculaciones en cuanto a su dirección y dependencia, mezclándose en distinto grado sus responsabilidades y siendo la mayor parte de ellos de titularidad privada, perteneciendo a organizaciones particulares de tipo caritativo y regidos o administrados en su mayor parte por personajes de gran importancia social destacados por el privilegio del Rey o la nobleza. Una de las transformaciones que se produjo en el siglo XIX fue la su clasificación como públicos y privados y la supresión de aquellos establecimientos que no se ajustaban al objeto público que marcaba la Ley.

[17] Pérez Serrano, J.: "La casa de expósitos de Cádiz en la primera mitad del siglo XIX: avances y retrocesos de la reforma liberal en el sistema benéfico". *Revista de historia moderna y contemporánea*. 1991; 3: 85-116.
[18] Vidal Galache, F.: "El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid". *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*. 1987; 1:41-56.

Fue a raíz de la Carta Magna de 1812 cuando la expresión beneficencia adquiere rango constitucional, cambiando el panorama en orden a la conformación de un sistema público de atención a la persona necesitada, reclamando para el Estado y los organismos públicos la asunción y el control de la asistencia social. Establecía en su artículo 13 del capítulo III que "*el objeto del Gobierno es la felicidad de la Nación, puesto que el fin de toda sociedad política no es otro que el bien estar de los individuos que la componen*"; en su artículo 321 establecía que los Ayuntamientos serían los encargados de "*cuidar de los hospitales, los hospicios, las casas de expósito y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban*" y en su artículo 335 encomendaba a las Diputaciones Provinciales la responsabilidad de "*cuidar de que los establecimientos piadosos y de beneficencia llenen su respectivo objeto, proponiendo al Gobierno las reglas que estimen conducentes para la reforma de los abusos que observaren*[19]". De este modo, los poderes públicos, desde el Gobierno hasta los Ayuntamientos, asumían el control de las instituciones que previamente habían llevado los obispos y párrocos. Con estas medidas se apartó a la Iglesia de su viejo monopolio caritativo. Dicha Constitución marcó el nuevo rumbo hacia la municipalización de la asistencia benéfica, continuándolo posteriormente el Trienio Liberal mediante la Ley de Beneficencia de 1822.

Fue a partir de que las Cortes Generales decretaran la instrucción sanitaria de 1813, cuando se estableció como obligación de los Ayuntamientos (art. 321 de la Constitución) el cuidado "*de los hospitales y casa de expósito o de beneficencia, que se mantengan con los fondos del común del pueblo bajo las reglas que para ello estuvieran dadas o se diesen por el Gobierno*"[20].

Este intento de dar protagonismo al municipio en el sistema de beneficencia quedó frustrado con la llegada del régimen absolutista del Rey Fernando VII, aunque se produjo otra nueva tentativa durante los años del Trienio Liberal con la publicación de la Ley de beneficencia de 1822[21], una vez restaurada la Constitución de Cádiz por los gobernantes liberales en el año 1820.

[19] Constitución política de la Monarquía Española: promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812, Cádiz, *Imprenta Nacional. Madrid.* 1820*:*104-105 y 109-111.
[20] Artículo 1.VII del Capítulo I de la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias. *Gazeta de Madrid* nº34 de 28/08/1813.
[21] En la Ley de 23 de enero de 1822 las Cortes extraordinarias decretaron el establecimiento general de la beneficencia (Decreto de las Cortes de 27 de diciembre de 1821), constituyéndose el Reglamento General de Beneficencia Pública el 6 de febrero de 1822. Colección de Leyes y Decretos de las Cortes. *Imprenta Nacional. Madrid.* 1822*;* Tomo XX: 119-137.

Esta Ley de Beneficencia de 1822 fue la primera norma general que trazaría un organigrama completo de la beneficencia pública, fundamentado en la autonomía de las corporaciones locales, atribuyendo al nivel municipal a través de las juntas municipales de beneficencia y a las juntas parroquiales como auxiliares, la responsabilidad plena de ordenar, mantener y gestionar todos los establecimientos destinados al socorro de los más necesitados dentro de su territorio; encargando a las Diputaciones Provinciales únicamente la función de control y fiscalización de la beneficencia municipal. La gran importancia que alcanzaron en esta época los municipios se basó en la nueva organización liberal del territorio en la que el Municipio debía ser la institución que sirviese como medio de participación ciudadana en el Gobierno.

Las características más importantes de esta Ley fueron: la creación de las juntas municipales y parroquiales de la beneficencia; la reducción a un fondo común de todos los bienes de beneficencia que, controlado por las autoridades municipales, convirtieron los bienes y establecimientos privados de beneficencia en públicos, los cuales se dividieron más tarde en bienes municipales o generales, y por último, la simplificación de la gran pluralidad de establecimientos benéficos en cuatro grandes grupos: las casas de maternidad, las casas de socorro, los hospitales de enfermos, locos y convalecientes y la hospitalidad y socorros domiciliarios. A estos últimos se les dio una gran importancia, estando en manos de las Juntas parroquiales de beneficencia que, continuando el pensamiento ilustrado, limitaron la hegemonía de los grandes establecimientos hospitalarios. Para realizar esta beneficencia domiciliaria, las Juntas parroquiales nombraron a los facultativos necesarios, previa autorización municipal.

La Ley de 3 de febrero de 1823[22], contempló la obligación por parte de los Ayuntamientos de la contratación de los facultativos en el arte del curar para atender la beneficencia[23], reforma esta última del Trienio Liberal, germen de la futura

[22]Los artículos 12, 13 y 14 de dicha Ley establecían dicha obligación. El Decreto de 3 febrero de 1823, "Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias", que se presentó a debate en la legislatura de 1822, fue sancionada por el rey como Ley el 2 de marzo de 1823. Colección de los Decretos y Órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias desde el 3 de octubre de 1822 hasta el 19 de febrero de 1823. *Imprenta Nacional. Madrid*. Tomo X

[23] Obligación que se mantendrá y consolidará en la Ley de Sanidad de 1855: prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres del lugar

organización asistencial benéfica individual y luego inspectora sanitaria en el ámbito local[24].

Las circunstancias políticas que vivió el país en la siguiente etapa absolutista de Fernando VII hicieron que las reformas iniciadas en el trienio liberal quedaran suspendidas, retornando los establecimientos benéficos a su tradicional dispersión tanto gubernativa como económica, siendo de nuevo revisadas en la siguiente etapa liberal.

Muerto Fernando VII, la Reina Gobernadora María Cristina de Borbón restableció el Reglamento General de beneficencia de 1822 a través de un Real Decreto en 1836[25], aunque su contenido ya se había quedado obsoleto y hubo que adaptar el texto a la Constitución de 1837, tarea que se plasmó en un nuevo proyecto de Ley en mayo de 1838, que no llegó a publicarse. En un nuevo intento de armonizar los servicios benéficos del reinado de Isabel II con la nueva Constitución de 1845 y las leyes orgánicas de 8 de enero de 1845 de los Ayuntamientos y 3 de abril de 1846 de las Diputaciones, vio la luz la Ley de beneficencia de 1849[26], si bien su Reglamento de ejecución no se publicó hasta el año 1852[27].

Así, desde que se promulgó la primera Ley de beneficencia en 1822, carente de efectividad, hasta se pudo disponer del reglamento de aplicación de la Ley del 1852, pasaron 30 años en los que el Estado no supo dar una respuesta a las necesidades de atención benéfica de la población española, siendo incapaz de sobreponerse a los continuos cambios políticos que sucedían.

La Ley de beneficencia de 1849 y su reglamento de aplicación de 1852, elaborados bajo los planteamientos progresistas moderados, corrigieron el exceso de poder que se les dio a los municipios con la Ley de 1822, estableciendo un modelo centralizado en el que apostaba por las diputaciones provinciales para la desarrollar la beneficencia pública en cuanto a su planificación, financiación y administración

[24] Ibídem 11, p32
[25] Real decreto de 15 de octubre de 1836, restableciendo en su fuerza y vigor la ley de las Cortes de 3 de Febrero de 1823, relativa al gobierno económico-político de las provincias. *Gaceta de Madrid* nº681 de 21/10/1836.
[26] Ley de 22 de junio de 1849, sancionada sobre establecimientos de beneficencia. *Gaceta de Madrid* nº5398 de 24/06/1849.
[27] Real Decreto de 14 de mayo de 1852, mandando que se observe el reglamento de la Ley de Beneficencia de 20 de Junio de 1849. *Gaceta de Madrid* nº6537 de 16/05/1852.

directa, aumentando de este modo el poder de las mismas[28]. El precepto más destacado fue la declaración expresa de que la dirección de la beneficencia correspondía al Gobierno por conducto del Ministerio de la Gobernación, lo que supuso una asunción consciente y plena por parte del Estado de su obligación de socorrer a los necesitados; llevándose a cabo este cometido a través de la Junta Central, Juntas Provinciales y Juntas Municipales, estableciéndose su carácter público, aunque pudiese existir algún establecimiento particular. En dichas Juntas iban a tener cabida personal político, representantes sociales y profesionales, representantes de los propios centros de beneficencia y representantes eclesiásticos.

Los establecimientos públicos se clasificaron según la naturaleza de los servicios prestados y la procedencia de sus fondos en: *establecimientos generales*, destinados a satisfacer las necesidades permanentes, como eran las de los locos, sordomudos, ciegos, impedidos y descréditos; *establecimientos provinciales*, destinados a atender a personas con enfermedades comunes, imposibilitados para el trabajo y los que carecían de familia como por ejemplo hospitales de enfermos, las casas de misericordia, las casas de maternidad y expósitos, las de huérfanos y desamparados; y por último *establecimientos municipales*, destinados a socorrer enfermedades accidentales, transportar a los pobres a los establecimientos provinciales o generales y proporcionar a los menesterosos atención domiciliaria, perteneciendo a ellos las casas de refugio y hospitalidad pasajera y la beneficencia domiciliaria.

El modelo de beneficencia que se estableció finalmente, fue un modelo liberal moderado en el que el Estado se iba a ocupar de la prestación de dicha asistencia a los pobres o mendigos no válidos para el trabajo a través de establecimientos de beneficencia públicos o privados, donde prevalecieron las Diputaciones provinciales frente a los Ayuntamientos para llevarla a cabo y donde se priorizó la asistencia hospitalaria frente a la asistencia u hospitalidad domiciliaria[29].

---

[28] A partir del Real Decreto de 30 de noviembre de 1833 (*Gaceta de Madrid* nº154 de 03/12/1833) de Javier de Burgos sobre la división civil de territorio español en la Península e islas adyacentes en 49 provincias, la provincia se convierte en la demarcación territorial en la que el gobierno central delegaba el poder.

[29] José Javier Viñes consideraba que: "*la hospitalidad domiciliaria o asistencia a domicilio es una conquista de las ideas de fraternidad, filantropía privada y pública (en este caso beneficencia). El término deriva del siglo XVIII ilustrado y su carácter público era propuesto por los higienistas ya que la asistencia en los hospitales era insana y de resultados catastróficos para los enfermos por estar su ambiente "infeccionado". El término de hospitalidad domiciliaria, consecuencia de la beneficencia*

El debate entre la priorización de la asistencia domiciliaria frente a la hospitalaria ya venía desarrollándose desde el siglo XVIII y se extendió durante todo el siglo XIX de modo que, mientras las corrientes liberales progresistas de primeros años del siglo XVIII atribuían a los Ayuntamientos el papel hegemónico de la beneficencia a través de la asistencia domiciliaria, las corrientes liberales moderadas de mitad de siglo lo asignaban a las Diputaciones a través de la asistencia hospitalaria, siendo ésta la que terminó imponiéndose y relegando la beneficencia domiciliaria a un segundo plano; de hecho, la Ley de beneficencia de 1849 la consideraba únicamente como una forma de dar socorros a los pobres en forma de especie, sustentadas por la caridad y limosnas del vecindario, ya que ésta no formaba parte de los presupuestos.

Los socorros domiciliarios se convirtieron en el primer elemento definidor de la política de beneficencia municipal durante el siglo XIX, presentando como ventajas frente a la asistencia hospitalaria, el que los enfermos y menesterosos fuesen atendidos por facultativos de la beneficencia, disfrutando al mismo tiempo de los cuidados dispensados por su propia familia, de este modo, la pobreza o la enfermedad se volvía según los liberales más "digna" y además económicamente al municipio le salía más económico articular una red de asistencia médico-asistencial de provisión de atenciones médicas y farmacéuticas que construir o reutilizar edificios donde concentrar a los enfermos pobres. En contra, se argumentaba las deficientes condiciones de salubridad e higiene de las casas obreras, en las que el hacinamiento, la escasez de luz y de sol, la humedad y la falta de ventilación, las desaconsejaban como lugares en las que el pobre pudiera recuperar su salud[30].

Tanto la Ley de beneficencia como su Reglamento de aplicación consideraron los socorros y la hospitalidad domiciliaria la más importante obligación de los Ayuntamientos en cuanto al objeto de la beneficencia municipal, entendiendo los socorros como la atención a las necesidades de subsistencia y la hospitalidad domiciliaria como el auxilio a los enfermos para la curación de sus dolencias[31]. Para

pública, se recoge en este texto por primera vez en una legislación sanitaria. Otros términos como beneficencia pública, hospitalidad pública y hospitalidad domiciliaria eran términos concurrentes de lo social y lo sanitario, y a veces, tan confusos como su equivalente en nuestro siglo XXI, lo que hoy llamamos "asistencia socio-sanitaria". Ibídem 11; p141.

[30] Ibídem 12; pp79-81.

[31] Escudero Delgado, Mª L. La beneficencia municipal en Guadalajara: el padrón de familias pobres (1885-1936). *Añil: Cuadernos de Castilla-La Mancha*. 1995; 6:61-65.

llevar a cabo dicha hospitalidad se debía articular una red de asistencia médico-asistencial de provisión de atenciones médicas y farmacéuticas a los vecinos incluidos en el padrón de pobres[32] de la localidad, procediendo los Ayuntamientos a la contratación de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares para ello.

La asistencia farmacéutica se realizaba principalmente a través de farmacéuticos con oficina de farmacia propia que eran contratados para garantizar el abastecimiento de medicamentos a los pobres[33]. Así pues, el farmacéutico ejercía su actividad bien firmando un contrato con el municipio en el que iba a desarrollar su actividad o bien mantenía el ejercicio libre de su profesión generalmente a través de los ajustes particulares o igualas que realizaba con la población y/o con alguna comunidad religiosa del lugar.

Existían dos tipos de contratos para regular las obligaciones del facultativo con el municipio que contrataba sus servicios. El contrato *cerrado*, que obligaba al farmacéutico a asistir a todos los vecinos del municipio por un salario fijo por vecino censado y los contratos *abiertos*, que únicamente estaban obligados a prestar sus servicios a los vecinos pobres del lugar. El contrato cerrado se daba fundamentalmente en medios rurales en los que por su menor censo, un único facultativo cubría todas las necesidades de dicha población, e incluía una cláusula en la que sólo podría ejercer su actividad el facultativo contratado, en cambio, los contratos abiertos se daban generalmente en núcleos urbanos en los que la densidad de población y el dinamismo económico era mayor.

Los contratos que se realizaban entre el facultativo y el municipio que lo contrataba incluían siempre tres puntos comunes como condiciones generales: la duración del contrato, las obligaciones del facultativo para con el municipio y el

[32] Frente a lo indiscriminado que caracterizó la beneficencia y socorro en la Edad Moderna, dado a todos como caridad y pacto estamental, la beneficencia liberal se caracterizó por llevar a cabo un intento de discriminación y racionalización donde no todos los pobres debían ser socorridos, únicamente aquellos que por su edad temprana o tardía o que tuvieran las condiciones físicas o mentales mermadas para trabajar y tuviesen escasos recursos podrían ser asistidos, por tanto la capacidad de trabajo y sus recursos pasaron a ser el límite para poder ser incorporado en el padrón de pobres y beneficiarse de la beneficencia municipal. En función de esta distinción entre pobres inválidos para el trabajo y pobres válidos, se articularon respuestas sociales distintas: los primeros necesitaban socorro mientras que los segundos trabajo. Simón Arce, R: "Los socorros domiciliarios y la municipalización de los servicios médicos de beneficencia". Ponencia presentada en el *Congreso Internacional Historia y Ciencia: La modernización del siglo XXI*. 14-17 abril 2008, Universidad Carlos III, Madrid.

[33] La realización de todas estas funciones dio origen posteriormente a los Laboratorios Municipales en las grandes ciudades y al Reglamento del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en el año 1905. Parrilla Valero F. En busca del origen de los farmacéuticos titulares. *Gaceta Sanitaria*; 2009, 23(1):72-75.

salario que percibiría por su actividad. El salario iba acorde con el grado de dinamismo económico del municipio, de su mayor o menor población y del prestigio y experiencia del facultativo, la duración del contrato sería al principio anual y luego cada cuatro/cinco años y para terminar, se fijaban las condiciones peculiares con cada vecino.

La mayoría de estos casos de ajustes particulares o igualas que realizaban los farmacéuticos con los vecinos, se hacían a través de pactos o compromisos verbales o documentos firmados entre ambas partes sin mediar la presencia de un escribano que protocolizase mediante protocolo el acuerdo; en otros casos era el Ayuntamiento el que fijaba los honorarios que podían cobrar por el suministro de los medicamentos, evitando de este modo situaciones de abuso por parte de los farmacéuticos[34].

El régimen jurídico de la beneficencia pasó por distintas etapas. Al principio del siglo XVIII, la beneficencia, al igual que la caridad tradicional, se regía por la voluntariedad o la discrecionalidad, lo que a menudo se denominaba "graciabilidad"; así, ni la Constitución de Cádiz ni la Ley de 1822 establecieron derechos a la beneficencia ni obligación general de proveerla. Aunque con la Ley de 1849 no se hizo mención a la obligación de atención a las personas, el posterior Reglamento de 1852 sí lo estableció con la fórmula "*ningún establecimiento de beneficencia podrá excusarse de recibir a pobre alguno o menesteroso de la clase a que se halle destinado*", convirtiendo la beneficencia pública en una obligación de proteger una serie de bienes como fueron el orden social, la salud pública y la vida de los miembros de la sociedad: obligación pública sin derechos ciudadanos, alejándose de este modo del terreno de la voluntariedad o discrecionalidad de los poderes públicos.[35].

2.1.3.- LAS JUNTAS MUNICIPALES DE SANIDAD

Aunque es difícil precisar la etapa en la que surgieron estas estructuras sanitarias, se cree que aparecieron de una manera desordenada y coyuntural en el territorio nacional a partir del año 1721, principalmente en las zonas costeras, como

[34] Granjel Mercedes. "Ser médico en la España del siglo XVIII". *Medicina e Historia: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas;* 2009, (3):1-16.

[35] Aguilar Hendrickson, M. La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales)*. 2010; (48):9-16.

consecuencia de las continuas amenazas de contagio de enfermedades epidémicas o exóticas a las que estaba sometida la Península Ibérica y donde se pudo constatar la falta de una organización sanitaria eficaz y de una legislación adecuada para luchar frente a ellas[36]. Entre las enfermedades epidémicas o exóticas ocurridas, se podrían citar: en el siglo XVII (la peste), siglo XVIII (la viruela) y siglo XIX (el cólera); y entre medio de ellas, la fiebre amarilla.

Estas instituciones, en sus diferentes modalidades, empezaron a cobrar importancia en España como consecuencia de la aparición de una política sanitaria ordenada estatalmente en el marco de la administración sanitaria borbónica del siglo XVIII, la cual, tuvo como principal objetivo la protección de la salud de la población frente a enfermedades catastróficas.

A comienzos del siglo XVIII, los únicos órganos centrales que existían en España con competencias sanitarias eran el Protomedicato y la Junta Suprema de Sanidad. Esta última fue creada en el año 1720 en el seno de Castilla por una Real Cédula para combatir la lucha contra la epidemia de la peste que había brotado en Marsella[37], centrando su actividad en la recogida de la información sobre el estado de contagiosidad de los territorios con los que España mantenía relaciones comerciales o militares para el dictado de las oportunas instrucciones. Dado que no se contaba con sanitarios expertos en su seno, su tarea quedaba reducida a establecer medidas exclusivamente administrativas a través de edictos, basados en el control de la información sobre dónde y cuándo aparecían las enfermedades, el establecimiento de cordones sanitarios e imposición de cuarentenas, independientemente del tipo de amenaza que existiese. Si lo creía necesario, recurría al Protomedicato, formado por médicos de la Casa Real[38].

Probada su ineficacia y el desbordamiento de estos órganos para atajar las enfermedades, la administración sanitaria borbónica apostó por los entes locales, que sí fueron capaces de organizar la lucha contra las epidemias, generalizando el sistema de juntas sanitarias en los principales puertos del mar. De esta forma, se

[36] Mangas Roldán, Jª.Mª. Anotaciones sobre las juntas municipales de sanidad. *VI Jornadas de historia de la veterinaria*. 16 y 17 de noviembre de 2001, Valencia.
[37] Muñoz Machado, S: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Alianza Editorial. 1995; p23.
[38] Rodríguez Ocaña, E y Martínez Navarro F. *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud. 2011; pp22-26.

constituyeron las primeras juntas municipales en torno al Alcalde, integradas por distintos vecinos cuya misión fue el auxiliarle en su toma de decisiones.

A partir del año 1800[39] y por temor a la propagación de la fiebre amarilla al interior de la Península, se estableció el "mandato" de formar juntas de sanidad en todas las capitales de provincia y pueblos cabeza de partido a imitación de las ya habituales de los puertos de mar, con expresa restricción al ámbito de la sanidad interior. Estas juntas, que se formaban y desaparecían en función de la coyuntura epidémica, obtuvieron finalmente su sanción definitiva a través de la Ley sobre el Servicio General de Sanidad en 1855[40].

Estos antecedentes, que se mostraron efectivos para atajar las enfermedades, los tuvieron en cuenta las Cortes de Cádiz a la hora de regular el régimen local. Así, la Constitución de 1812 reconoció y atribuyó a los Ayuntamientos la policía de salubridad y comodidad, debiendo las juntas municipales auxiliar al alcalde en todo lo que perteneciese a la seguridad de las personas y los bienes de los vecinos, así como a la conservación del orden público[41].

Por tanto, las juntas provinciales y municipales, como órganos de un Gobierno General de la Nación, nacen por Decreto de las Cortes Generales y Extraordinarias a través de la Instrucción sanitaria de 1813 una vez unidas las competencias de tierra y mar. Para ello cesaron a todas aquellas juntas que existían con anterioridad y se concedió a los Ayuntamientos estar a cargo de la policía de salubridad y comodidad de la población, lo que los convertiría en la máxima autoridad en materia de vigilancia de la salud pública de la población[42].

En relación a las juntas municipales se dispuso que:

"(...) *si se manifestase en el pueblo alguna enfermedad reinante o epidémica, dará el Ayuntamiento inmediatamente cuenta al Gefe político para que tomen todas las correspondientes medidas, a fin de cortar los progresos del mal, y auxiliar al pueblo con los medicamentos y demás socorros que pudieran necesitar…(…)*" y

[39] Se realizó a partir de la Real Orden de 30 de septiembre de 1800. Rodríguez Ocaña, E. El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 1987, (7-8):163.
[40] Ibídem12; pp63-69.
[41] Ibídem 19; Artículo 321.
[42] El artículo 1 del Capítulo I de la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias establecía como obligación de los Ayuntamientos "*estando a cargo de los Ayuntamientos de los pueblos la policía de salubridad y comodidad, deberán cuidar de la limpieza de las calles, mercados, plazas públicas, hospitales, cárceles y casas de caridad o beneficencia; velar sobre la calidad de los alimentos de toda clase; cuidar así mismo de la desecación o bien de dar curso a las aguas estancadas o insalubres, y por último de remover todo lo que en el pueblo o en los términos pueda alterar la salud pública de los ganadas"*. Ibídem 20.

donde para cuidar en cada pueblo de la salud pública en los casos anteriores "*(…) se formará cada año por el Ayuntamiento, donde el vecindario lo permita, una junta de sanidad compuesta del alcalde 1º quien sus veces haga, del cura párroco más antiguo, donde hubiese más de uno, de uno o más facultativos, de uno o más regidores, y de uno o más vecinos, según la extensión de la población y de las ocupaciones que ocurran, pudiendo el Ayuntamiento volver a nombrar los mismos regidores y vecinos, y aumentar el número en la Junta cuando el caso requiera (…).*[43]

Las juntas, tanto a nivel provincial como municipal, se formaban cuando en una provincia o pueblo se manifestaba alguna enfermedad epidémica y actuaban como un órgano asesor del jefe político Gobernador Civil en la provincia o del Alcalde en el municipio, que eran quienes tenían atribuida la competencia sanitaria, y ello a pesar de la atribución a los Ayuntamientos de estar a cargo de la policía de salubridad decretada en la propia Constitución[44].

Unos años más tarde, durante el Trienio Liberal, se aprobó la nueva Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias de 1823[45] que contemplaba, además de la obligación por parte de los Ayuntamientos de formar las juntas de sanidad cuando la salud pública lo aconsejase, el procurar que en los Ayuntamientos "*haya facultativo o facultativos en el arte del curar personas o animales según las circunstancias de cada pueblo (…)*".

La creciente aparición de azotes epidémicos, con la amenaza constante del cólera morbo asiático, unido a la necesidad de remediar las gravísimas deficiencias en la legislación de la sanidad marítima y de reformar el ineficaz sistema sanitario del interior del Reino, condujeron al Gobierno moderado de Sotomayor, influenciados por los higienistas Mateo Seoane, P. F. Monlau o Méndez Álvaro, a promulgar, después de diversos intentos fallidos, la reforma sanitaria de 17 de Marzo de 1847[46], la cual se consideró como la piedra angular de la legislación liberal en

[43] Ibídem 20; Artículo 3 y 4 del Capítulo I.

[44] José Javier Viñes hace mención a la situación de la época, en la que los facultativos médicos, cirujanos y farmacéuticos no eran llamados a formar parte de las juntas de sanidad, por una parte por su ineficacia y por otra a que se consideraba que las epidemias no eran asunto de contagios sino de aplicar la salubridad en los pueblos (y esto no era oficio de los médicos); además ironizaba con que las epidemias era más asunto de los muertos y por eso las autoridades contaban con los clérigos para estos asuntos más sociales que sanitarios. Ibídem 11; p121.

[45] Ibídem 32; Artículos 10, 11 y 12.

[46] Real Decreto de 17 de Marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid* de 24 de marzo de 1847) suprimiendo la Junta Suprema de Sanidad del Reino y dando nueva organización a este Servicio. Tiene su desarrollo en el Reglamento de organización y atribuciones del Consejo y Juntas de Sanidad del Reino, mandado observar y cumplir por Real Orden de 26 de marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid* de 4 de abril de 1847),

materia sanitaria, dando comienzo con ella a una verdadera organización integrada en una jerarquía administrativa sanitaria, centralizada en el Ministerio de la Gobernación y dependiendo de ella, todo el ramo sanitario[47].

El concepto de higiene privado e individual arraigado de siglos anteriores, dejó paso al concepto de higiene pública, surgiendo en España la verdadera salud pública como función plena del Estado, el cual va a tomar plena conciencia de que es responsabilidad suya la salud de los ciudadanos. La autoridad sanitaria se atribuye al estado central y a los delegados o jefes políticos gubernativos provinciales, y en cierta medida a los alcaldes. Se cambia la concepción de la salud pública en cuanto a la protección de la salud colectiva y se protegen bienes individuales, fundamento de la actuación de poder público liberal.[48].

El objetivo de todo ello fue establecer un sistema ordenado de policía sanitaria interior, dirigido a la preservación de contagios y epizootias, a la conservación de la salubridad pública y a la represión eficaz de las infracciones de las leyes, reglamentos o disposiciones gubernativas pertenecientes a la policía sanitaria y a la médica. De esta forma se dio un impulso al servicio de salubridad general muy descuidado hasta entonces, proporcionando a los jefes políticos los medios para poner en orden el servicio de policía médica, llevado a cabo por las academias y por los subdelegados, facilitando la reforma del sistema de policía sanitaria y la recopilación de los datos estadísticos-médicos.

La consecuencia inmediata de la aprobación del Real Decreto de 1847 fue la derogación de la organización precedente hasta entonces, tanto de la Junta Suprema de Sanidad como las Juntas provinciales y municipales de Sanidad del Reino tal como eran y funcionaban desde 1813, pasando las juntas de sanidad a estar supeditadas en sus funciones asesoras a las directrices del Consejo de Sanidad del Reino y en lo administrativo a sus jefes políticos.

La nueva estructura de la sanidad española se basó en tres niveles de organización, donde quedaba claro que la sanidad era una función del Gobierno de la Nación, del cual emanaba la autoridad, las inspecciones, sanciones, premios y la

completando la normativa de organización de la función pública sanitaria el Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino, aprobado por S.M. en 24 de julio de 1848 y circulado a los jefes políticos de las provincias por Real Orden de 2 de agosto de 1848 (*Gaceta de Madrid* de 6 de agosto de 1848).

[47] Ibídem 44; p34 y p72.

[48] Ibídem 44; p34 y p72.

función pública sanitaria, centralizándose a través del Ministerio de Gobernación, del cual dependía toda la estructura sanitaria del Reino,

El primer nivel correspondió al estatal, a través del Ministerio de la Gobernación, con un órgano consultivo llamado "Real Consejo de Sanidad" y otro órgano ejecutivo llamado "Dirección General de Sanidad"; el segundo nivel fue el provincial, a través de los gobiernos civiles, que contarían en sus sedes con un "Negociado Administrativo de Sanidad" compuesto por los Subdelegados de Sanidad (médicos, farmacéuticos y veterinarios) como autoridad sanitaria y bajo la dependencia del jefe político y una "Junta Provincial de Sanidad" como órgano asesor y un tercer nivel correspondiente al municipal, con los "Alcaldes" como autoridad local de protección de la salubridad, pues todo concepto sanitario era básicamente de policía gubernativa, siendo la "Junta Municipal de Sanidad" el órgano asesor del que formarían parte los facultativos titulares.

Las juntas municipales de sanidad se hicieron permanentes en toda España, y su composición en situaciones ordinarias iba a estar formada por el Alcalde-Presidente, dos individuos del Ayuntamiento, dos vecinos, el cura párroco y dos profesores de medicina o de cirugía, cuyos cargos dentro de la junta eran honoríficos y gratuitos. Su actividad se desarrollaba como órganos consultivos en los que se integraban a expertos en materia de sanidad, cuya misión era la de asesorar al Alcalde para la toma de decisiones político-sanitarias. En concreto, proponían al alcalde cuanto fuese necesario para remover las causas de insalubridad de toda especie que existiese en la población o término y para contener o aminorar los estragos del cólera o de cualquier otra enfermedad que reinase o se pudiera temer su aparición en la población. Para la inspección y control del cumplimiento de las órdenes dadas por el Alcalde se podía formar dentro de la junta una comisión permanente de salubridad pública, que iba a ser especialmente útil para recomendar las medidas de urgencia en caso de epidemia[49].

Pero a pesar de su regulación, estas instituciones no tuvieron la efectividad esperada, ya que las decisiones ejecutivas seguían correspondiendo a los órganos

[49] Real Orden circular de 18 de enero de 1849, para que se aumente el número de vocales de las juntas provinciales, de partido y municipales de sanidad que en el día existen.*Gaceta de Madrid* nº5246 de 23 de enero de 1849

políticos en lugar de a los órganos consultivos[50] (al igual que anteriormente las estuviese con el Protomedicato, Juntas Superiores Gubernativas o Junta Suprema). De hecho, el adolecer de esta falta de autonomía y capacidad de decisión en momentos de crisis epidémicas, debido a su excesiva dependencia del nivel político, fue de lo que más se quejaban de las mismas.

Estas juntas también recibieron las críticas de importantes higienistas del siglo XIX como Méndez Álvaro, que consideraba que eran innecesarias y poco operativas tantas juntas, proponiendo que solo se crearan en municipios grandes pero dotándolas de atribuciones ejecutivas para mantener la tutela de las comisiones de salubridad pública en los pueblos pequeños[51]; o Monlau que proponía que los miembros de las juntas fuesen funcionarios públicos profesionales con dedicación y retribuidos y así potenciar el carácter técnico de estas instituciones[52].

Para corregir estos problemas y a iniciativa del Consejo de Sanidad, se intentó su profesionalización acordando el Gobierno la creación de los Inspectores Municipales de salud pública en las ciudades mayores de 20000 habitantes. Su reglamento le fue encargado a una comisión especial del Consejo presidida por Mateo Seoane e integrada por Francisco Méndez Álvaro y Pedro F. Monlau, entre otros, aunque finalmente no pudo llevarse esta iniciativa a cabo, excepto en contados lugares, lo que hubiese supuesto la creación por primera vez de plazas de trabajo públicas con contenidos higiénicos en España[53].

---

[50] *"En este carácter consultivo insistió la Real Orden de 30 de septiembre de 1849, en la que se declaró que siendo las Juntas de Sanidad puramente consultivas, no le correspondía adoptar medidas extraordinarias para la preservación de la salud pública, "debiendo limitarse a consultarlas o proponerlas a los jefes políticos, quienes resolverían por sí, lo conveniente""*. En Mangas Roldán, Jª.Mª: Anotaciones sobre las juntas municipales de sanidad. *VI Jornadas de historia de la veterinaria*. 16 y 17 de noviembre de 2001, Valencia

[51] Méndez Álvaro, F: Consideraciones sobre higiene pública y mejora que reclama la higiene municipal. Madrid. 1853, en: Barona Vilar, C. Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936) (tesis doctoral) Valencia: Universidad de Valencia. 2002; pp65-66.

[52] Ibídem 44; p134.

[53] Ibídem 38; p47.

2.1.4.- LA CLASE FARMACÉUTICA EN LA ÉPOCA MODERADA (1844-1854): CAUSAS QUE CONTRIBUYERON A SU DECADENCIA.

2.1.4.1. La clase farmacéutica en la época moderada

> *"Mírese por donde quiera el ejercicio actual de la farmacia en España no presenta en manera alguna sino un cuadro desconsolador y melancólico en que ni siquiera a través de las negras tintas que le surcan se ve la menor ráfaga del antiguo colorido que otro tiempo le diera vida y animación. ¿Y qué mucho? Olvidadas profundamente las leyes que encumbraron la profesión; derribada en tierra la mano que para su protección se levantara; entregado cada profesor á su libre alvedrio sin ley, sin autoridad, sin fuerza que enfrene sus desmanes; confundidas las ideas de verdadera libertad comercial con las del libre ejercicio de una profesión científica; se han conjurado todos los elementos contra el triste farmacéutico, que habrá de sucumbir necesariamente, si la mano poderosa del gobierno no se apresura á estirpar de raíz el cancer que corroe su precaria existencia.(…)*[54]*"*

Se podría considerar las décadas centrales del siglo XIX como una de las etapas más críticas, conflictivas, desesperanzadoras y cambiantes para la profesión farmacéutica española fruto del gran avance científico e industrial experimentado en Europa, especialmente en países como Francia, Alemania e Inglaterra, en detrimento de la precaria industria químico-farmacéutica española, cuyo resultado fue la transformación del denominado "arte farmacéutico" en "ciencia farmacéutica".

Así, se empezó a pasar de la preparación artesanal de todos los preparados farmacéuticos en las boticas o farmacias al comienzo de una dispensación parcial de preparados fabricados industrialmente (llamados según el caso preparados específicos, remedios secretos, medicamentos extranjeros, especialidades farmacéuticas)[55], lo que provocó la desaparición paulatina de la tradicional polifarmacia.

Esto motivó que el farmacéutico fuese perdiendo poco a poco el monopolio como elaborador de medicamentos y autoridad científica[56], hecho que llegó incluso a

[54] Así comenzaba en su editorial el director del periódico, describiendo cómo veía los males que afligían al ejercicio de la farmacia de aquella época. Calvo Asensio, P. "Los males de la Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(29):113-114 y 1853; 9(30):117-118.

[55] Rodríguez Nozal, R y González Bueno, A. "La farmacia española decimonónica. En busca de la identidad profesional", En: *Los orígenes de la fabricación industrial del medicamento. Entre el arte y la técnica*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 2005; pp31-33.

[56] "*La consecuencia inmediata del proceso científico implicó una mayor sistematización terapéutica y una mejor racionalización de los recursos curativos; es decir, los tratamientos dejarían de ser individualizados al conseguir una mayor efectividad en la relación origen de la*

plantearse por una parte del sector el fin de la profesión farmacéutica a expensas de otros profesionales como fueron los drogueros, que sí supieron adaptarse al progreso científico y aprovechar el hueco dejado por la profesión farmacéutica en el comercio al por mayor de los simples. A partir de aquí, los drogueros se convirtieron en sus principales enemigos, favorecidos además por las políticas liberalizadoras del Gobierno en cuanto a la importación de productos farmacéuticos extranjeros, donde se primó más la parte comercial que la parte científica. Esto, unido a una escasa competencia y a una connivencia con la industria química, motivó el cuestionamiento del farmacéutico como el profesional imprescindible y de prestigio social del que había disfrutado hasta entonces.

A todo ello contribuyó también la debilidad de un sistema educativo farmacéutico que no supo dar una respuesta al progreso de las ciencias y técnicas relacionadas con la terapéutica y que requerían una cada vez mayor especialización de la carrera, cuyas salidas profesionales se limitaban hasta entonces únicamente a la posesión de una botica propia, una regencia, la sanidad militar, una cátedra o algún que otro hospital.

Según recogía la principal revista farmacéutica de la época, *El Restaurador Farmacéutico*, la continua decadencia a la que se enfrentaba la Farmacia creó un sentimiento dentro de la clase farmacéutica de tristeza, abatimiento y frustración. Despreciada por unos, especialmente por los médicos y cirujanos que se consideraban sus señores, teniendo que obrar según sus determinaciones, deshonrada por una sociedad que los veía peor que a un miserable comerciante y desatendida por el amparo protector de la superioridad del Gobierno que los ignoraba. Se llegaba a decir que "no había ciencia ni profesión que hubiese tenido tantos enemigos de su prosperidad como la Farmacia"; todos tenían derecho a atacarla en su honor, prerrogativas e intereses y donde no tenía a nadie que la defendiese contra el intrusismo de unos y el dominio de otros, y reclamaba para ello la necesidad de

enfermedad/neutralización de la misma, lo que podría llevar implícito la posibilidad de elaborar medicamentos a gran escala; además, no todas las enfermedades o dolencias serían tratadas sistemáticamente con fármacos, con lo que el número de recetas médicas disminuiría considerablemente; y, por último, el aperturismo científico facilitaría la transmisión de ciertos básicos de higiene y medicina preventiva que, al ser incorporados a los hábitos de vida poblacionales, provocarían un descenso considerable del consumo de medicamentos. (…)". Ibídem 55:"Progreso científico y pérdida de identidad: La crisis de la Farmacia durante las épocas centrales del siglo XIX"; pp33-34.

cuerpos científicos directivos que dirigieran el gobierno del ejercicio de las profesiones médicas[57].

Otra de las consecuencias que se produjo en esta época en detrimento de los farmacéuticos fue la reducción del consumo de medicamentos por parte de la población como consecuencia de la introducción de políticas de higiene, terapéutica y de medicina preventiva en los hábitos de vida de la población y del cambio producido en los diferentes sistemas médicos, que hicieron que no fuese necesario tratar todas las dolencias con medicamentos[58].

Por todo ello, muchos farmacéuticos de la época se preguntaban si merecía la pena haberse sacado el título de farmacéutico después de haber sacrificado su juventud a costa de los muchos años de estudio de la facultad, del dinero invertido para la misma por los considerables derechos de matrícula, del capital que tenían que invertir para poder establecer la botica y el laboratorio, comprar las drogas y reponer instrumentos, pagar el sueldo de los dependientes, pagar el desmesurado impuesto de subsidio y comercio junto al del inquilinato, ajustar los precios de los medicamentos a una tarifa de la cual no podían excederse y que estaba desfasada,.…todo ello para luego hallarse sin recompensa ni consideración en la proporción a los sacrificios que habían hecho y a los servicios prestados a la sociedad… Era tal su frustración que se

[57] Diversas opiniones del estado en que se encontraba la clase farmacéutica aparecen en: "La unión de los farmacéuticos será la base de la prosperidad" (editorial). *El Restaurador Farmacéutico* 1845; 1(16): 121-124; Montero y Moralejo, F. "Estado presente de la Farmacia: Sociedad farmacéutica mercantil (correspondencia)". *El Restaurador Farmacéutico* 1847; 3(17):132-134; Calvo Asensio, P. "Del estado actual de la Farmacia y su inmediato porvenir". *El Restaurador Farmacéutico* 1849; 5(31):241-243; Calvo Asensio, P. "A nuestros lectores". *El Restaurador Farmacéutico* 1850; 6(1):1-2; Genaro Lletget, D., De la Llana, N., Rioz, M., Bautista Bauza, J, Estár, J., Chiarlone Q. y Calvo Asensio, P. "Dictamen de la comisión nombrada para informar acerca de la proposición presentada en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, por su autor D. Juan Bautista Azua, en la junta general de 20 de septiembre de 1850". *El Restaurador Farmacéutico* 1850; 6(33):262-264; Calvo Asensio, P. "Estado lastimoso de la Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico* 1851; 7(13):49-50*;* Bacells, J.A. "Reflexiones sobre las causas que desconceptúan y hacen poco productivo el ejercicio de la farmacia en general, y particularmente sobre lo mucho que le envilece el símbolo de Mercurio". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(6):19-20 y 1853; 9(7): pp25-26 y Calvo Asensio, P. "Los males de la Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(29):113-114 y 1853; 9(30):117-118.

[58] *"(…) Después de esto los diferentes sistemas médicos seguidos tan exageradamente, han herido de muerte los intereses de los farmacéuticos, ciñéndose estrictamente muchos profesores de medicina á las evacuaciones sanguíneas, otros á los purgantes universales de le Roy; otros mandando a las droguerías por cualquier simple, y haciendo que la preparación se haga en casa de los enfermos; y otros en fin llevando los medicamentos en el bolsillo, como sucede en el día con algunos homeópatas de Madrid, (…) es estensible también á médicos alópatas, de quienes tenemos noticia, llevan á sus enfermos los jarabes, píldoras, emplastos, etc (...)".* Calvo Asensio, P. "Causas influyentes en la ruina de la farmacia". *El Restaurador Farmacéutico.* 1845; 1(14):105-106.

llegaba a comentar que "*El título de farmacéutico no es en el día más que una licencia que autoriza al que le posee para pedir una limosna"*[59].

El sector farmacéutico demandaba una urgente regeneración de la farmacia española bajo un posicionamiento claro: el farmacéutico como único profesional competente para la elaboración y dispensación de los medicamentos[60].

Durante esta segunda mitad del siglo XIX se produjo en España un aumento muy significativo del asociacionismo médico y farmacéutico donde las corporaciones sanitarias se fueron desarrollando en torno a la profesionalidad de sus miembros, surgiendo de los problemas que arrastraban dichas clases tanto a nivel profesional como científico y cuya finalidad no fue otra que la de articular los intereses de dicha clase. Este asociacionismo se vio favorecido por la presencia de un Estado liberal al amparo de las leyes del derecho de asociación y donde se buscaba ser un modelo de organización representativo de dichas clases ante la sociedad y ante los poderes públicos que los regulaban, adoptando un elemento de tipo burgués como fue el de su profesionalidad.[61]

Causas ajenas a la profesión farmacéutica, como fue el desarrollo de la ciencia y la técnica, una legislación restrictiva que no se amoldaba a sus necesidades profesionales y que los hacía dependientes de intereses ajenos a la clase farmacéutica, la pasividad de los Gobiernos estatales a la hora de defender sus derechos, una inadecuada formación científica y profesional junto con otras causas relacionadas con su práctica profesional y que constituían una constante denuncia como era el intrusismo profesional y el uso de medicamentos extranjeros y remedios secretos,… favorecieron la necesidad de asociación del colectivo farmacéutico para defender mejor sus propios intereses y derechos y cuyas actuaciones iban a ir encaminadas a mantener y definir el monopolio de la elaboración y venta de

[59] Así se expresaba un comprofesor a la hora de valorar para lo que iba a servir el título de farmacéutico si persistiese la triste situación en la que se veían colocados los farmacéuticos españoles. Anónimo: "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(8):44.

[60] Dicha demanda se consiguió posteriormente a través de la Ley del Servicio General de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 y del Real Decreto de 18 de abril de 1860, por el que se aprueban las Ordenanzas para el ejercicio de la profesión farmacéutica, comercio de drogas y venta de plantas medicinales, creando un monopolio que dura hasta la actualidad.

[61] Sobre este asunto véase: Arroyo Medina, Poder Mª. Del: "Asociacionismo médico farmacéutico en la España de la segunda mitad del S. XIX". *Asclepio*: *Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 1997, 49(2):45-66; Puerto Sarmiento, F.J.: "La profesión farmacéutica: del gremialismo al corporativismo", En: J.L. Peset Reig: La ciencia moderna y el conocimiento del Nuevo Mundo. *Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y de la Tecnología Madrid*; 1985:395-422.

medicamentos. La necesidad de unión fue en armonía con una clase que proclamaba una regeneración farmacéutica

Esta corriente la supo liderar el político farmacéutico Pedro Calvo Asensio[62] al comprometerse con las necesidades e inquietudes de sus compañeros de profesión. Para ello fundó en el año 1844 el primer periódico exclusivamente farmacéutico de España: "*El Restaurador Farmacéutico*"[63], dedicado al fomento de la ilustración facultativa y al bienestar de la clase farmacéutica, defendió los intereses de la clase farmacéutica, denunció los abusos cometidos con sus profesores y dio la noticia de los avances científicos. Dicho periódico nació en el seno de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos[64], convirtiéndose en el periódico oficial de la misma.

---

[62] Pedro Calvo Asensio (1821-1863) es considerado como uno de los políticos y periodistas más influyentes del S.XIX. en España. Farmacéutico, político, periodista y dramaturgo. Como farmacéutico y periodista realizó una importantísima labor tanto científica, siendo considerado uno de los grandes impulsores de la ciencia farmacéutica en España al contar los avances científicos del momento en sus revistas, como corporativamente al defender las inquietudes y necesidades de las profesiones de las ciencias médicas. Funda en 1844, entre otros, El Restaurador Farmacéutico, que fue el primer periódico exclusivamente farmacéutico en España y que nació en el seno de la recién constituida Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos. Como político progresista, encabezó el sector puro de esta ideología, fundando el gran diario del progresismo español: La Iberia, siendo elegido diputado por Valladolid (1854-1856) y por Madrid (1856-1863). Fue considerado por diversos autores como el alma de la revolución española de 1868. Sobre este personaje véase: Escalera, E., González Llana, M. "*La España del siglo XIX. Sus hombres y acontecimientos más notables*". Vol.1. Madrid: Juan José Martínez (ed.); 1865; Puerto Sarmiento, F.J. "Pedro Calvo Asensio (1821-1863): farmacéutico liberal". *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia". 1983 (136): 203-228;* Pardo y Bartolini, M.: "*Elogio histórico del doctor en Farmacia D. Pedro Calvo Asensio leído en la Junta del Aniversario 132 de la instalación*". Madrid: Colegio de Farmacéuticos de Madrid. 1869; Puerto Sarmiento, F.J.: "*Pedro Calvo Asensio: Diputado, farmacéutico, periodista y autor polifacético (1821-1863)*".Madrid: Congreso de los Diputados. 2013; Ojeda, P., Vallejo, I.: "Pedro Calvo Asensio", en: Colección de autores vallisoletanos nº2, vol.I. Valladolid, Ayuntamiento de Valladolid, 2001.

[63] Dicho periódico se fundó en 1844 con la intención de "*defender a los farmacéuticos de las injustas agresiones de que eran objeto: rendir un tributo de adoración á la ciencia, procurando engrandecerla por cuantos medios estuviesen á nuestro alcance; sostener nuestros derechos de clase en todos los buenos terrenos: protestar, probando la bondad de nuestra causa, contra las injusticias y arbitrariedades que contra ella se cometiesen*", siendo su plan de publicación "*Mejorar la situación de los profesores, moralizar á los díscolos por medio de la publicación de sus abusos, dar cabida á los trabajos literarios de nuestros compañeros, manifestar los adelantos científicos tanto de España como del estrangero, discutir los puntos de importancia que tiendan á favorecer á los farmacéuticos, popularizar los nombres célebres de farmacia y sus ciencias auxiliares, por medio de biografías, fomentar la idea de asociación entre toda la clase, defender nuestros derechos en terreno legal, dar noticias de las disposiciones del gobierno en todo lo concerniente á la facultad, estimular por medio de la publicación de sus trabajos á los alumnos de nuestra escuela, esperanzas del porvenir, y apoyar y engrandecer cuanto nos fuere posible la grandiosa y filantrópica Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos"*. Calvo Asensio, P. "Prospecto". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850:6(1).

[64] Fue la primera asociación farmacéutica de la que se tiene noticias, y fue fundada en 1845. Arroyo Medina, Poder Mª. Del: "Asociacionismo médico farmacéutico en la España de la segunda mitad del S. XIX". *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia*; 1997, 49(2):61.

El proyecto de "*Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos*[65]" tuvo un carácter filantrópico y fue liderado por el Colegio de Farmacéuticos de Madrid en el año 1844, creándose a imagen y semejanza de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos del año 1845; su objeto fue el de socorrer a los farmacéuticos que se imposibilitasen o inutilizasen por cualquier causa para el ejercicio de su profesión, a sus viudas, huérfanos y padres, para librarlos de un casi seguro estado de indigencia posterior.

Los farmacéuticos también reclamaron con urgencia una asociación que fuera el núcleo del movimiento de la parte comercial de la farmacia y para ello el Colegio de Farmacéuticos de Madrid también lideró un proyecto en el año 1846 con la creación de una "*Sociedad Farmacéutica Mercantil*", siendo su objeto el acopio y expedición de géneros medicinales tanto indígenas como exóticos y de preparaciones farmacéuticas para el surtido de los profesores del Reino y donde se incluiría un almacén general y central de géneros medicinales simples y compuestos. De esta forma los farmacéuticos pobres podrían librarse del azote de usura en la compra de artículos medicinales, se favorecería el estímulo entre los profesores al dar salida a sus preparaciones y sobretodo que los esfuerzos de los farmacéuticos redundarían en su propia clase y no en la de los intrusos[66]. Pero dicha Sociedad Farmacéutica Mercantil no llegó a ponerse nunca en funcionamiento por circunstancias de índole política, económica y de infraestructura.

[65] Los Estatutos de la *Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos* se autorizaron por el Gobierno de S.M. por Real Orden expedida sobre la aprobación de los primitivos estatutos con fecha de 4 de abril de 1845, procediendo a la instalación de la Sociedad el 20 de abril de 1845 en la casa del Colegio de Farmacéuticos de Madrid. Posteriormente se reformaron el 10 de septiembre de 1850.

[66] Calvo Asensio, P. A los encargados del proyecto de la Sociedad Farmacéutica Mercantil. *El Restaurador Farmacéutico*; 1847, 3(18):137-138

2.1.4.2. Regulación normativa del profesional farmacéutico:

2.1.4.2.1. Las Ordenanzas de Farmacia[67]

La clase farmacéutica pedía unas Ordenanzas que estuviesen en armonía con la legislación que regía en aquella época, ya que las Ordenanzas de Farmacia del año 1804 se habían quedado obsoletas[68].

Aunque hubo intentos de presentar distintos proyectos de Ordenanzas de Farmacia a través del Colegio de Farmacéuticos de Madrid en 1836[69] o a través de un grupo de farmacéuticos en 1845[70], no tuvieron sanción real finalmente, por lo que se consideraron como "inexistentes".

Así, la clase farmacéutica pedía urgentemente que el Gobierno elaborase y aprobase unas nuevas ordenanzas facultativas que considerasen a la Farmacia como ciencia y como profesión[71] y que rigiesen expresando terminantemente lo que quedaba derogado de las antiguas y lo que hubiese de seguir en observancia de ellas. Además pedían que se determinarse en ellas las atribuciones, derechos y obligaciones de cada profesor y que constasen explícitamente las penas en que

[67] En España, las primeras Ordenanzas de farmacia se decretaron a través de la Concordia y Reales Ordenanzas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia por Real Resolución de 8 de marzo de 1800, las cuales se publicaron el 24 de marzo del mismo año 1800. Posteriormente, a través la Real Cédula de S.M. de 21 de enero de 1804, se aprobaron y se mandaron observar las nuevas Ordenanzas formadas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia. No se volvieron a modificar hasta el año1860. En referencia a ellos véase: Ibarra, J. (Viuda de). *Concordia y Reales Ordenanzas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia: formadas con conocimiento de la Real Junta General de Gobierno de la Facultad reunida, en que se declara la autoridad de la Junta Superior Gubernativa de la expresada de farmacia en todos los dominios de S.M., el método de estudios que han de seguir los que se dediquen a esta ciencia y los grados y prerrogativas que se les conceden.* Madrid: Imp. viuda de Ibarra.1800. y España. *Real Cédula de S. M. y señores del Consejo, por la cual se aprueban y mandan observar las nuevas ordenanzas formadas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia*. 1804.

[68] Se podría decir que cuatro quintas partes de las Ordenanzas de 1804 no tenían valor al estar derogados muchos de los capítulos incluidos en la misma (la Real Junta Gubernativa de Farmacia, las visitas a las farmacias…). Pardo, M: "¿Las Ordenanzas de 1804 necesitan ser reformadas? O bien: La decadencia de la farmacia profesional española depende de que no se hayan reformado las Ordenanzas de 1804". *El Restaurador Farmacéutico;* 1853, 9(22):85-86.

[69] Colegio de Farmacéuticos de Madrid. "A La Comisión Regia que entiende en el arreglo de las tres facultades de curar". Madrid: Imp. y lib. de don Pedro Sanz. 1836.

[70] Dicho Proyecto de Ordenanzas para el ejercicio de la Farmacia fue publicado en el periódico El Restaurador Farmacéutico. Badajoz, J., Ruiz, R. y González Delgado, F.: "Proyecto de Ordenanzas para el ejercicio de la Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(5):53-55; 1846; 2(6):41-43; 1846; 2(7):49-53; 1846; 2(8):57-60; 1846; 2(10):79-81 y 1846; 2(11):88-90.

[71] Se aprobaron finalmente a través del Real Decreto de 18 de abril de 1860, mandando el cumplimiento de las Ordenanzas para el ejercicio de la Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales: *Gaceta de Madrid* nº115 de 24/04/1860.

incurriesen los que de su cumplimiento se separaran, así como las que se hubiesen de imponer a los intrusos de las ciencias médicas[72].

2.1.4.2.2.- La Farmacopea Española[73]

La falta de una Farmacopea Española actualizada era una de las primeras necesidades de los profesores de Farmacia de dicha época y, en cierto aspecto, responsable de la anarquía facultativa que se estaba viviendo.

La Farmacopea Española era el libro obligatorio y necesario de todo farmacéutico para que la preparación de medicamentos fuese igual en todas partes y, aunque se exigía su existencia en todas las farmacias, al no quedar ejemplares impresos de la última Farmacopea de 1817 desde aproximadamente el año 1837, no se les exigía en las correspondientes visitas de inspección a las nuevas oficinas de farmacia. Y aunque existía una traducción no oficial al castellano de la cuarta edición de la Farmacopea, ésta seguía sin llenar el ancho campo que los adelantos de la química y los progresos hechos en las preparaciones farmacéuticas habían impuesto a la farmacia y medicina[74].

La clase farmacéutica pedía que la redacción de la nueva Farmacopea fuese realizada por profesores autorizados de todas las ramas de la ciencia del curar, que se unificasen los métodos de preparación y que se marchase con los adelantos de la química, la historia natural y la materia médica de la época. Además, no solamente se debían consignar las reglas y los preceptos que debían observarse en la preparación de los medicamentos oficinales, sino también los demás principios e indicaciones

[72] Calvo Asensio, P. "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(32):161-162.

[73] La primera Farmacopea de España, y segunda del mundo, se publica en Barcelona, en 1511, con el nombre de *Concordia Pharmacopolarum Barcinonensium*; de ella se hicieron dos nuevas ediciones en 1535 y 1587. La primera Farmacopea de ámbito nacional, por ser de uso obligatorio por todos los farmacéuticos españoles, es la *Pharmacopoeia Matritensis,* que data de 1739 y que fue redactada por el Protomedicato que gobernaba sobre la Medicina, Cirugía y Farmacia en toda España. En 1762 sale su segunda edición, aprobada por el Protomedicato y escrita por el Colegio de Boticarios de Madrid. Tras ésta salía en 1794, la denominada "*Pharmacopea Hispana*", que únicamente por tal nombre ha sido considerada como la primera edición de la española. Las siguientes ediciones salieron en 1797, 1803, 1817, 1865, la última ya con el título de "Farmacopea Española" y escrita en castellano. En 1823 se publicó una versión en castellano de la *Pharmacopoeia Matritensis*y en 1840 la cuarta edición de la Farmacopea Española, ambas no oficiales. En referencia a este tema véase: Ministerio de Sanidad y Consumo "*Real Farmacopea Española. Primera edición*". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997 y Rodríguez-Chamorro, M.A. García-Jiménez, E, Rodríguez Chamorro, A, Pérez Merino, E.Mª. y Moreno López**,** A: "Las Farmacopeas Españolas publicadas en los últimos 500 años (s. XVI-XXI)". *Farmacéuticos comunitarios;* 2012, (4): 176-181.

[74] Calvo Asensio, P.: "Necesidad de una Farmacopea española". *El Restaurador Farmacéutico*; 1849, 5(23):177-179.

propias de tales códigos, para que sirviesen de norma y pauta obligatoria en la elaboración de los preparados galénicos o de composición no definida, y de guía en la de los productos químicos o de composición definida.

Con una nueva Farmacopea, los medicamentos oficiales serían elaborados por los farmacéuticos de la misma forma y así, los profesores de medicina y cirugía podían tener una completa seguridad de los efectos de aquellos, acabándose con la anarquía en la preparación de los medicamentos[75], como por ejemplo medicamentos que llevaban un nombre conocido eran preparados por diferentes farmacopeas, ocasionando choques entre facultativos, al ver la diversidad de color, sabor y aún virtudes especiales y diferentes[76]. Como consecuencia de esto, el farmacéutico se veía obligado a proveerse de medicamentos preparados según diversas fórmulas que daban diferentes resultados y aun teniendo el mismo nombre no sabía cuando se lo pedían, cual debía de dar, si como sucedía normalmente no indicaba el médico en la receta la Farmacopea o el autor a que hubiese de atenerse para su elaboración[77].

La clase farmacéutica pensaba que con una farmacopea oficial adecuada a las necesidades del día, los profesores de medicina no divagarían entre la nube de formularios y autores en busca de nuevos medicamentos, el despacho sería uniforme en todas las oficinas y no encontrarían diferencias que pusieran en duda la exactitud de la ejecución de una fórmula a los ojos de los que no sabían de lo que dependían tales diferencias[78].

[75] Genaro Lletget, D., De la Llana, N., Rioz, M., Bautista Bauza, J, Estár, J., Chiarlone Q. y Calvo Asensio, P. "Dictamen de la comisión nombrada para informar acerca de la proposición presentada en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, por su autor D. Juan Bautista Azua, en la junta general de 20 de septiembre de 1850". *El Restaurador Farmacéutico;* 1850, 6(33):262-264.

[76] Calvo Asensio, P.: "Discusión del dictamen sobre la proposición del Señor Azua en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid.". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(35):278-279.

[77] Calvo Asensio, P.: "Estado lastimoso de la Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(13):49-50.

[78] A pesar de que el Gobierno encargase a varias comisiones la elaboración de la quinta edición de la Farmacopea Española, no fue hasta la publicación de las Ordenanzas para el ejercicio de la profesión de Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales, donde se estableció la obligación de la publicación de la misma, circunstancia que se produjo en el año 1864 a través de la Real Orden de 26 de marzo (*Gaceta de Madrid* de 9 de abril de 1864), en la que se aprobaba la Farmacopea Española, rigiendo oficialmente en toda la extensión de la Monarquía para el ejercicio de las profesiones médicas, sirviendo de norma a los prácticos, tanto para le elaboración de los preparados medicinales, con especialidad los galénicos, como para el uso que deba hacerse de ellos en la asistencia de las enfermedades.

2.1.4.2.3.- El Petitorio Oficial[79]

La falta de un Petitorio actualizado era otra de las causas de queja de los profesores de la época, por considerar que el petitorio que regía en aquella época se había quedado "raquítico o nulo" y que si bien era suficiente para el año 1831[80], era defectuoso e imperfecto para la época, ya que las oficinas de farmacia carecerían de una infinidad de las preparaciones de uso moderno que se habían hecho imprescindibles para el ejercicio de la medicina[81]. Consideraban que la falta de un petitorio que incluyese los medicamentos modernos era una de las causas de la "charlatanería" que se había abierto paso en los dominios de la farmacia[82].

Así, se pedía que se publicara por el Gobierno un nuevo Petitorio que incluyese un catálogo de las sustancias simples y medicamentos oficiales de utilidad más conocida y mejor experimentada en la práctica médica, así como los instrumentos, vasos y aparatos imprescindibles para su preparación, que deberían poseer como mínimum toda botica con despacho abierto al público[83].

2.1.4.2.4.- La Tarifa Oficial[84]

Los profesores de Farmacia se quejaban de la falta de una Tarifa Oficial bien razonada, que conciliase los intereses de los profesores en la preparación, elaboración y despacho de las medicinas con la de los pacientes y que ésta estuviese

[79] El Petitorio era un catálogo de las sustancias simples y medicamentos de utilidad más conocida y mejor experimentada en la práctica médica, así como de los instrumentos, vasos y aparatos indispensables para su preparación, que debían de poseer como mínimo toda botica con despacho abierto al público. El Petitorio se realizaba en base al estado de los conocimientos en que se encontraba la Farmacia y al uso más generalmente admitido de los medicamentos que hacían los profesores de Medicina y Cirugía del Reino. Además de tener en las boticas los medicamentos incluidos en el Petitorio, debían de tener aquellas que previo aviso por escrito y firmado por los facultativos médicos les fueran prevenidas para su uso.

[80] Guerra, F., *Petitorio a que deben sujetarse todos los farmacéuticos del Reino en el arreglo y surtido de medicinas y demás efectos de sus boticas, y reglas que han de observarse en las visitas generales y particulares de tales oficinas.* Real Junta Superior Gubernativa de Farmacia. Madrid. 1831.

[81] Calvo Asensio, P.:"A nuestros lectores". *El Restaurador Farmacéutico.* 1850; 6(1):1-2.

[82] Calvo Asensio, P.: "Discusión del dictamen sobre la proposición del Señor Azua en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid.". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(35):278-279.

[83] Este hecho no se produjo hasta la publicación de las Ordenanzas para el ejercicio de la profesión de Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales, donde se estableció la obligación de la publicación del mismo, circunstancia que se produjo en el año 1864 a través de la Real Orden de 4 de mayo (*Gaceta de Madrid* de 18 de mayo de 1864), en el que se aprobaba el Petitorio de la Farmacopea Española.

[84] La tarifa oficial fijaba un maximun de los precios a que pudieran expenderse las sustancias y los medicamentos comprendidos en el Petitorio por parte de los farmacéuticos, y se establecían las bases generales para la tasación de los no comprendidos en dicho catálogo, tomando en cuenta todos los casos y circunstancias.

en armonía con los adelantos científicos, ya que la tarifa vigente del año 1831[85] la consideraban "pobre e imperfecta, defectuosa en los artículos y cantidades y mal calculada en su avaloramiento".

Proponían que la nueva Tarifa[86] viniera acompañara de unas penas más severas para los que, tanto subiendo como bajando, alterasen los precios y tasación que se estableciese. Con esta fórmula se conseguiría evitar rivalidades consiguiendo la debida uniformidad en esta parte del ejercicio[87].

Esta incompatibilidad de la tarifa con los precios corrientes motivó en algunos casos la alteración, tal vez justa, de los precios de los medicamentos en diversas oficinas de farmacia, al paso que otros profesores no creyéndose autorizados para variar su precio obedecían a la tarifa oficial. Esta diferencia de precio entre boticas hacía al público dudar de la calidad entre ambas preparaciones, provocando la desconfianza de la exactitud y religiosidad de una botica con inmediato perjuicio de su buena reputación facultativa[88].

Una de las causas que más contribuyó a la inobservancia de la Tarifa fue la gran variabilidad entre el valor de los géneros medicinales en las provincias litorales y las del centro, pidiendo por esa razón, que la tarifa contemplara dichas variaciones para acomodarla a las diversas provincias de la Nación[89].

2.1.4.2.5. El Título de Farmacéutico

> *"(…) Hace algunos años, cuando el despotismo con su pesada mano de hierro, ejercía su bárbara influencia sobre todo lo que fuese adelanto y civilización, un boticario no necesitaba para merecer el nombre de tal, más que un escaso tiempo de práctica rutinaria y pobre. El vulgo había aprendido a mirar a la Farmacia, como un recurso del*

[85] Real Junta Superior Gubernativa de Farmacia. *Real Tarifa a que deben arreglarse y sujetarse todos los farmacéuticos del Reino en el despacho y tasación de los medicamentos, formada conforme a las Leyes por la Real Junta Superior Gubernativa de Farmacia. Madrid*: Eusebio Aguado, 1831.

[86] La nueva Tarifa no se reformó hasta la publicación de las Ordenanzas para el ejercicio de la profesión de Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales, donde se estableció la obligación de la publicación de la misma, circunstancia que se produjo en el año 1864 a través de la Real Orden de 4 de mayo (*Gaceta de Madrid* de 18 de mayo de 1864), en el que se aprobaba la Tarifa Oficial de la Farmacopea Española.

[87] Herqueta, J.B.: "Cuatro palabras de un suscriptor". *El Restaurador Farmacéutico*. 1845; 1(6):41-43.

[88] A este respecto véase: Calvo Asensio, P. "Moral Farmacéutica: Decoro Farmacéutico I". *El Restaurador Farmacéutico* 1849; 5(6):41-43; Calvo Asensio, P. "Estado lastimoso de la Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico* 1851; 7(13):49-50 y Calvo Asensio, P.: "Discusión del dictamen sobre la proposición del Señor Azua en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid.". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(35):278-279.

[89] Badajoz, J., Ruiz, R. y González Delgado, F.: "Proyecto de Ordenanzas para el ejercicio de la Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(6):41-43.

> *cual echaban mano todos aquellos que por sus pocas facultades intelectuales, o bien por su desaplicación en la carrera a que se dedicaban, se les consideraba como ineptos: de aquí nació el antiguo proverbio de "estudiante perdulario, sacristán ó boticario".*
>
> *Así es que algunos se avergonzaban pertenecer a una clase tenida en tan bajo concepto. Sin embargo, entre aquellos hubo algunos verdaderos sabios, que desde el fondo de sus laboratorios, aislados y olvidados, sin ambicionar más premio que la satisfacción que resulta del saber, sacrificaron los brillantes años de su juventud, para penetrar una ciencia a la cual no se desdeñaban pertenecer, y que han sabido después honrar con su constancia y aplicación(…)"*[90].

Desde la Edad Media, período en el que se separó la Medicina y la Farmacia en España, hasta finales del siglo XVIII, para llegar a ser boticario, tras un aprendizaje laboral e intelectual, era preciso superar un examen controlado por el Real Tribunal del Protomedicato[91] (posteriormente Protofarmaceuticato) a excepción de Valencia, Barcelona y Zaragoza, cuyos examinadores de los colegios de boticarios juzgaban la capacidad e idoneidad de quienes pretendían ejercer la profesión[92].

El Real Tribunal del Protomedicato fue creado por los Reyes Católicos inicialmente para la Corona de Castilla con el objetivo de controlar todo aquello relacionado con el ejercicio y la práctica de la medicina, así como a las personas dedicadas a cualquier tarea relacionada con la sanidad[93]. Era un tribunal colegiado y supremo de carácter técnico destinado a controlar las profesiones sanitarias en Castilla, con jurisdicción especial en función de la materia y de las personas sobre las que actuaba, independiente y no subordinado al Consejo Real, aunque en algunas ocasiones mediatizado por él y que actuó durante la Edad Moderna (siglos XV al XIX), siendo la institución encargada de velar por la salud, controlaba el ejercicio profesional en todo lo relativo a los delitos y excesos que por razón de oficio cometían los médicos, cirujanos, boticarios y personas a quienes se despachasen títulos para la curación de enfermedades y de los que sin dichos títulos curasen y

---

[90] Calvo Asensio, P: *El Restaurador Farmacéutico*; 1844, 1(2):9-10.

[91] Del Castillo García, B. *Evolución de los planes de estudio de Farmacia en España*. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.

[92] Blasco Nogués, R. "Medicamentos y fórmulas magistrales en los albores del siglo XIX: El medicamento y su mundo en el entorno de los sitios". En De Torres Aured, Mª. L. (coord.), *Los sitios de Zaragoza: Alimentación, enfermedad, salud y propaganda*. Institución Fernando El Católico (C.S.I.C.), Zaragoza. 2009; pp.173-178

[93] López Terrada M.L. y Martínez Vidal, A. El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica (1593-1808). *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*. 1996; 16:16-19.

recetasen remedios mayores, ampliando sus competencias en el control sobre las visitas de todas las boticas, incluyendo las de los religiosos y hospitales. Este Tribunal estaba dirigido por sanitarios, médicos exclusivamente hasta el año 1780[94].

Para poder examinarse ante el Tribunal, el candidato a boticario debía demostrar que tenía cuatro años de experiencia en botica y que era mayor de 25 años[95]. El examen consistía en una parte teórica y otra parte práctica; la teórica evaluaban sus conocimientos de latín y la teoría, resaltando la importancia de los libros y manuales de farmacia, que explicaban los mecanismos para la identificación de simples, la extracción de cualidades y los mecanismos de mezcla y transformación de las sustancias a partir del uso de aparatos especializados. La parte práctica se realizaba posteriormente en una botica donde se les examinaba de la práctica, del conocimiento de las drogas y simples, de la elección de yerbas, de la conservación, preparación y duración de las sustancias y finalmente, de los modos de conseguir las compuestas. Por tanto en este examen se condensaban los elementos fundamentales de la teoría farmacéutica del siglo XVII, que se basaba en la comprensión de las cualidades de los medicamentos simples, las formas y tipos de composición y las características de almacenamiento, conservación y longevidad de las sustancias[96].

Fue a partir de 1780 cuando el Rey Carlos III, por Real Cédula de 13 de abril de 1780, mandó que la jurisdicción del Tribunal del Protomedicato, que hasta entonces solo había incorporado médicos en su composición, se dividiese en las tres ramos del arte del curar, dividiendo el Protomedicato en Facultades, donde cada una se encargara de examinar y enjuiciar a los profesores de su ciencia; la de Medicina a los médicos, la de Cirugía a los cirujanos latinos y romancistas, parteros y matronas, sangradores y barberos, asumiendo así las competencias del extinto Tribunal del Protobarberato y la Audiencia de Farmacia a los boticarios y su ciencia[97], mandando que el Boticario Mayor de la Cámara fuese Protofarmacéuticato y tres alcaldes

[94] Campos Díez, M.S. El protomedicato en la administración central de la Monarquía Hispánica. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*. 1996; 16:43-44.
[95] () Según la Ley dada en Madrid por Felipe II en 1563 (ley 13 del libro 4º. Tit. 7º. Nuev. Rec.) en lo respectivo a que ningún sujeto fuera admitido a examen de boticario en aquella época sin saber latín y haber practicado cuatro años cumplidos como profesor. Calvo Asensio, P: "Farmacia científica". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846, 2(17):232.
[96] Ronderos, P. "El arte de boticario durante la primera mitad del siglo XVII en el nuevo Reino de Granada". *ICANH. Fronteras de la Historia*. 2007; 12:pp175-196.
[97] Ibídem 94.

examinadores perpetuos, dos ayudantes de su real botica y uno de los maestros del Nuevo Jardín Botánico de Madrid.

Esta situación no duró mucho tiempo puesto que el Rey Carlos IV, convencido de la necesidad de que la Facultad de Farmacia no era menos importante que las de Medicina y Cirugía mandó suprimir el 20 de abril de 1799 la Audiencia de Farmacia, ordenando celebrar una nueva concordia entre la Junta General de Gobierno en Medicina y Cirugía y la Junta de Boticarios de la Cámara por Real Orden de 27 de noviembre de 1799, de modo que se tuviesen reuniones entre los vocales que componían la Junta General de la Facultad reunida (Medicina y Cirugía) y el Boticario Mayor junto con dos boticarios de la Cámara para que trataran dicho asunto con "desinterés, imparcialidad y justicia". Una vez expuestas las razones convenientes por parte de cada uno, el Rey Carlos IV, decretó la Concordia y Reales Ordenanzas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia por Real Resolución de 8 de marzo de 1800, las cuales se publicaron el 24 de marzo del mismo año 1800. En la Concordia se determinaba que "*La Farmacia se gobernará independiente y separada de la Facultad Reunida de Medicina y Cirugía, según los estatutos que forman los jefes de ella*".[98]

Quedaba así constituida la Junta Superior Gobernativa de la Facultad de Farmacia, siendo su Presidente el Boticario Mayor de la Cámara: D. Francisco Rivillo. Dicha Junta pasó a ser la organizadora desde la Corte de todo lo referente a la Farmacia, tanto la parte administrativa como la parte científica.

Durante un corto periodo de tiempo se formó a los farmacéuticos en los denominados Colegios de la Facultad Reunida en Medicina y Cirugía, tal y como prescribía la Concordia: que los aspirantes que se dedicaran a la Farmacia debían de estudiar dos años en cualquiera de los reales Colegios, teniendo previamente el grado de bachiller en artes, obteniendo tras su aprobación el título de bachiller en Química y que tras dos años de práctica con boticario aprobado que tuviese la botica abierta, obtendrían el grado de Licenciado en Farmacia, que se establecía por primera vez. El título de Doctor era meramente honorífico y no requería estudios especiales.

[98] A partir del año 1800, desaparecen los profesores **boticarios** y comienzan, en su lugar los nuevos **farmacéuticos** que se transforman en licenciados, doctores o catedráticos, con derecho a ejercer su profesión en todo el territorio nacional, dejando atrás definitivamente a aquellos boticarios que eran examinados en colegios o por el Protomedicato con unos conocimientos muy simples, y a los que únicamente se les exigía saber latín y tener experiencia en botica abierta. Ibídem 5.

El Protomedicato cesó sus actividades en el año 1799 debido a sus numerosos conflictos internos y varios siglos de existencia, creándose en su sustitución las Juntas Superiores Gubernativas. En el año 1801 se restableció el Tribunal del Protomedicato por Real Cédula de 28 de septiembre, cesando la Junta General de Gobierno de la Facultad reunida y subsistiendo la Junta Superior Gubernativa de Farmacia. De esta forma, la de Farmacia iba a mantener ya la independencia de las otras ramas médicas. Una vez vuelta a su actividad, el Protomedicato pierde una de sus áreas básicas de actuación como eran las judiciales a través del Decreto de 23 de agosto de 1801, quedando por tanto la lucha contra el intrusismo en manos de la justicia ordinaria (lo llevaba realizando desde el año 1477), manteniendo sus competencias en la exámenes, expedición de títulos, control de medicamentos y boticas, así como de emitir informes sobre salud pública, hospitales y libros científicos[99]. Por tanto el Protomedicato dejaba de tener la exclusividad en todas las materias sanitarias, compartiendo las mismas con otros órganos e instituciones centrales y territoriales.

En el año 1804 fue cuando, a través la Real Cédula de S.M. de 21 de enero, se aprobaron y se mandaron observar las nuevas ordenanzas formadas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia. En ellas se regulaban los Colegios de Farmacia, con carácter docente y dirigidos por la Junta Superior Gubernativa de Farmacia, erigiéndose en Madrid un Colegio que iba a servir de norma para los demás que se fuesen formando sucesivamente. Estos colegios serían los antecesores de las Facultades de Farmacia.

El primero que se constituyó fue el de Madrid (1806), llamándose Colegio de Farmacia de San Fernando de Madrid situándose en los locales del Colegio de Boticarios. Posteriormente se crearon los Colegios de Farmacia de Barcelona (1808) y los de Santiago y Sevilla (1815).

En ellos los alumnos tenían que asistir tres años consecutivos a lecciones teóricas y prácticas en dichos Colegios en las que se impartían las enseñanzas de Historia Natural, Química y Farmacia. Aprobados estos cursos, salían de los mismos con el grado de bachiller en Farmacia, previo examen correspondiente, y pasados los dos años de práctica en los laboratorios de los colegios o en boticas, pasaban a ser admitidos a la reválida, siempre y cuando tuvieran un mínimo de 25 años de edad,

[99] Ibídem 94.

optando al título de licenciado en Farmacia. Para la obtención del título de Doctor el aspirante debía recitar de memoria y en latín, un tema farmacéutico.

Fue en 1815, una vez concluida la Guerra de la Independencia con los franceses, consciente el Rey Fernando VII de lo importante que era la Farmacia para la salud pública y aprovechando la Junta Gubernativa de Farmacia el trabajo previo de una comisión que se creó en 1808 (Junta de Gobierno o reforma del arte de curar, compuesta de los principales profesores de las universidades y colegios del Reino con el objetivo de mejorar la constitución de los estudios en las Facultades) cuando se dictó una Real Resolución de 9 de febrero de 1815 que, al crear tres nuevos colegios, los Colegios de San Victoriano en Barcelona, San Antonio en Sevilla y San Carlos en Santiago, se mejoró la enseñanza produciendo un cambio importante en la misma, pasando a cuatro años de teoría con asignaturas más específicas farmacéuticas y dos de práctica en una botica. Estas asignaturas fueron: Historia natural, física-química, materia farmacéutica y farmacia experimental.

Así permaneció la carrera de Farmacia hasta la publicación del Decreto de 10 de octubre de 1843[100], por el cual se suprimieron los colegios de Medicina y Cirugía de Madrid, Barcelona y Cádiz, los de Farmacia de Madrid y Barcelona, estableciéndose las facultades de las ciencias médicas, en las que habían de enseñarse reunidas, constituyendo una sola facultad y un solo establecimiento, las dos profesiones de medicina y farmacia. Se constituyeron dos facultades (Madrid y Barcelona) y cinco colegios (Sevilla, Valencia, Zaragoza, Valladolid y Santiago).

En este nuevo plan de estudios, la enseñanza de farmacia se unificó y se intercaló con los estudios de medicina; se amplió a cinco cursos teóricos más dos años de práctica en una botica o establecimiento farmacéutico. La enseñanza de la profesión de farmacia constaría de 20 asignaturas, apareciendo dos nuevas asignaturas denominadas: manipulación química y farmacia química operativa y otras dos de la rama médica: química médica y zoología médica.

Se suprimió el título de licenciado, manteniendo el grado de bachiller (con la aprobación del examen de quinto curso) y de doctor (con la aprobación del examen del séptimo curso). Dichos grados únicamente se conferiría las Facultades. Los doctores de medicina y cirugía y los de farmacia podían ejercer su profesión

[100] Decreto de 10 de octubre de 1843. Plan de estudios médicos. Suplemento. *Gaceta de Madrid* nº 3309 de 11/10/1843.

respectiva en todos los puntos del Reino, sin límite ni traba alguna, siendo iguales en representación y honores.

Dos años transcurrieron bajo ese plan hasta que se publicó el 17 de septiembre de 1845[101] el nuevo plan de estudios y el 22 de octubre de 1845[102] su reglamento para la ejecución del mismo. Dicho plan permitió poner en relación y armonía los estudios preliminares (estudios de segunda enseñanza) con los superiores (que servían para la obtención del doctorado). También permitió separar la Farmacia del mismo plan de las facultades médicas, dándole así una enseñanza más adecuada a su especial objeto, estableciendo definitivamente las Facultades de Farmacia de Madrid y Barcelona.

El nuevo plan establecía un curso preparatorio, debiendo los aspirantes a entrar en la Facultad de Farmacia (estudio de facultad mayor) haberse graduado previamente en el bachiller de filosofía (estudio de segunda enseñanza) y haber estudiado y aprobado en un año las materias: Química general, Mineralogía, Zoología y Botánica. Una vez adquiridos dichos conocimientos, para obtener el título de licenciado en Farmacia, habría que estudiar cinco años académicos. Una vez aprobados esos cinco años, los alumnos recibirían el título de bachiller en Farmacia; para obtener el título de Licenciado era indispensable aprobar dos años de práctica en un establecimiento farmacéutico y debiendo empezar a contar una vez concluido el quinto año de estudio. Con el título de Licenciado ya se podría ejercer la profesión en toda la Monarquía. Para la obtención del título de Doctor en Farmacia (estudios superiores) era necesario cursar dos años de estudio en análisis químico de los alimentos, bebidas, aguas minerales y sustancias venenosas, con cuestiones que tienen que ver con estos análisis y bibliografía e historia de las ciencias médicas. La obtención de dicho título era un requisito indispensable para obtener destino en las distintas facultades y sólo se podía estudiar en la Facultad de Farmacia de Madrid.

Aunque eran muchas más las ventajas que los inconvenientes de este plan, la clase farmacéutica se lamentaba que determinadas asignaturas, especialmente las relacionadas con la toxicología y con el análisis químico de los alimentos, bebidas, aguas minerales y sustancias venenosas no se introdujeran como obligatorias dentro

[101] Real Decreto de 17 de septiembre de 1845. Plan de estudios. *Gaceta de Madrid* nº 4029 de 25/09/1845.
[102] Real Decreto de 22 de octubre de 1845. Reglamento para la ejecución del Plan de estudios. *Gaceta de Madrid* nº 4065 de 31/10/1845.

de las asignaturas necesarias para la obtención del título de Licenciado, debido a que los profesores de farmacia se veían continuamente llamados por la autoridad judicial en los casos de envenenamientos o adulteraciones de los alimentos y bebidas para castigar severamente a los culpables, si resultare de su fallo la comprobación del delito del que se les acusaba como reos. Además, su posición local y las infinitas aplicaciones que podían hacer de sus conocimientos en los diferentes ramos de la industria y de las artes, podían contribuir poderosamente a que fuesen consultados sobre asuntos particulares de empresas y especulaciones, que en vano podrían someterse al juicio de otros individuos, desprovistos de los conocimientos necesarios y de los medios para comprobar y deliberar con algún fundamento. Se entendía por tanto, que los estudios de doctorado debían de ser una ampliación de un ramo u otro, de la parte oratoria y la parte de la bibliografía y de la literatura médica[103].[104]

Dos años más tarde el ministro Pastor Díaz modificaría el Plan General de Estudios del Ministro Pedro José Pidal de 1845 a través del Real Decreto de 8 de julio de 1847[105], no aportando innovaciones significativas en lo que a la Farmacia se refería.

A través del Real Decreto de 30 de agosto de 1849[106], el Ministro Juan Bravo Murillo decretó un nuevo plan de estudios para la carrera de Farmacia, introduciendo cuantiosas novedades muy criticadas por el sector farmacéutico al introducir una segunda clase de farmacéuticos, dando lugar posteriormente a una modificación del

---

[103] Calvo Asensio, P. "Rápida ojeada sobre el origen, progreso y estado actual de la enseñanza de la farmacia en España". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(8):pp58-59.

[104] "() *Los reconocimientos de manantiales, las investigaciones químicas en casos de envenenamiento, son frecuentes y de prueba para un farmacéutico. El vulgo sabe que en tales casos debe recurrir a la oficina de farmacia, y las autoridades así lo hacen también: en estos casos, ¿cómo puede emitir su opinión un profesor a quien no se le han enseñado ni aun los principios de esta ciencia?. Si es aplicado y privadamente ha adquirido estos conocimientos, hay que agradecérselo; si rehúsa el reconocimiento por no creerse capaz de poderlo verificar, su descrédito se hace general, y la reputación de aquel farmacéutico queda para siempre herida de muerte, y lo que es peor, injustamente. ¿Es, ó no, necesario el estudio de análisis química y el tratado de envenenamientos a todo farmacéutico?.... por tanto cuando ocurra un envenenamiento o cualquier clase de análisis, será preciso primero ver si es doctor el farmacéutico al que se recurre, o de lo contrario irlo a buscar a otra población* ()". Calvo Asensio, P. "Sobre el plan de estudios". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(21):168.

[105] Real Decreto de 8 de septiembre de 1847. Plan de estudios. *Gaceta de Madrid* nº 4684 de 12/07/1847.

[106] Real Decreto de 30 de agosto de 1849. disponiendo que podrán admitirse desde el curso próximo en las facultades de farmacia á la matrícula de primer año de esta carrera, no sólo á los bachilleres en filosofía que hubiesen probado el año de estudios preparatorios, según el plan vigente, sino también á los que probasen haber estudiado en establecimientos aprobados por el Gobierno las materias siguientes, y más que expresa. *Gaceta de Madrid* nº 5475 de 09/09/1849.

mismo a través de la circular de 23 de septiembre de 1849[107], que en la práctica suponía la destrucción casi totalmente de la fuerza del Real Decreto. Dicho Real Decreto se desarrolló principalmente para favorecer el aumento del número de farmacéuticos que existían en España, que previamente el Real Consejo de Instrucción Pública había calculado como insuficientes, en base a unos datos que el sector farmacéutico consideraba erróneos. Se pretendía disminuir el número de años de estudio que se exigían para el ejercicio de farmacia para evitar que, debido a la reducción del número de alumnos matriculados en las facultades (465) en el último curso para estudiar farmacia, con una previsión de que sólo saliesen licenciados 80 cada año, fuesen suficientes para abastecer las necesidades públicas; tomando como dato, según estudios estadísticos, que se contaba escasamente a un profesor de Farmacia por cada 4000 habitantes en la Península. Este hecho traería como consecuencia que ese número tan escaso de nuevos licenciados, decidiesen fijar su residencia en capitales de provincia, en perjuicio de las poblaciones con escaso vecindario[108].

En el nuevo plan de estudios se introducía como novedad el acceso a la matrícula de primer año de carrera de las distintas facultades de Farmacia no sólo a través del bachiller de filosofía sino también del estudio de otras asignaturas como la lógica, los elementos de aritmética, álgebra y geometría, elementos de la historia natural y los elementos de física y química. A los provenientes de estas asignaturas se les examinaría previamente junto con un examen de latinidad para expedirles el certificado de bachiller en ciencias naturales. Posteriormente, realizarían los estudios propios de la carrera que durarían cinco años y, una vez terminados, aquellos

[107] Real Orden Circular de 23 de septiembre de 1849, declarando que para ser admitido al primer año de las facultades de médicos de segunda clase y farmacéuticos, será requisito indispensable haber obtenido previamente el grado de bachiller en filosofía con arreglo al plan vigente. *Gaceta de Madrid* nº 5490 de 24/09/1849.

[108] La clase farmacéutica veía en este Real Decreto que la supuesta necesidad pública por el que se crearía dos clases de farmacéuticos iba a ser contraproducente para el servicio público porque perdería: 1) la ciencia al crear una escala inferior entre sus compañeros, 2) la clase, al tener que competir los farmacéuticos en pequeñas poblaciones entre sí y 3) la salud pública porque el farmacéutico perdería el estímulo de gastar, reponer, elaborar y analizar cuantos productos necesitase su oficina de farmacia al no verse recompensado su sacrificio con una recompensa. Además se planteaban la cuestión de *¿por qué las personas que vivían en pueblos subalternos eran de peor condición que los que residían en poblaciones de primera clase, para recibir una atención farmacéutica de peor calidad?, ¿qué pasaría con un profesor de segunda clase establecidos en puntos que no eran capital se les decretarse luego como tales? y vista la posición que iban a ocupar los farmacéuticos de segunda clase ¿creería que algún alumno iba a iniciar los estudios para la 2ª clase con todos los perjuicios que ello conllevaría?*. Calvo Asensio, P: "Sobre la nueva clase de farmacéuticos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(28):217-218.

alumnos que aspirasen al título de reválida, deberían aprobar dos años más de práctica en oficina pública (se podían simultanear con el cuarto y quinto curso de la carrera). Tras los cinco años de carrera más los dos de práctica podrían ser admitidos a examen de reválida y recibir una vez aprobado el mismo, el título de farmacéuticos. Para poder recibir el título de farmacéutico era necesario tener los 22 años cumplidos. Con dicho título de farmacéutico solo podrían ejercer la farmacia en todos los dominios, excepto en la Corte y capitales de provincia y solo tendrían derecho a desempeñar los destinos civiles y militares de cualquier clase, cuando no hubiese licenciados y doctores en estado de desempeñarlos. Dichos farmacéuticos serían los que la clase farmacéutica consideraban como de "segunda clase". Quedaba prohibido terminantemente el pase de los farmacéuticos a la superior o primera y a la inversa para aquellos alumnos que ya hubieren comenzado en la carrera superior[109].

Para la obtención del título de Licenciado o Doctor en Farmacia solo podía obtenerse siguiendo la carrera, tanto preparatoria como facultativa del plan de estudios, y únicamente ellos podrían ejercer su profesión tanto en la Corte como en las capitales de provincias y tener empleos civiles y militares.

Introducía como novedad, que aquellos licenciados en farmacia que probasen haber ejercido la profesión en botica pública por espacio de cuatro años, podrían aspirar al grado de doctor, siempre que fuesen aprobados en un examen de suficiencia de doctrina y práctica de análisis y literatura farmacéutica. Una vez aprobado el examen podrían ser admitidos para obtener el grado de doctor. También los farmacéuticos que tuviesen el grado de bachiller en filosofía podrían obtener el grado de licenciado en farmacia siempre que hubiese ejercido la profesión en oficina pública durante ocho años.

En 1850 se volvió a modificar el plan de estudios a través de un Real Decreto[110] elaborado por el Ministro de Comercio, Instrucción y Obras Públicas Manuel de Seijas Lozano, que en lo relativo a los estudios de farmacia excluía del mismo la segunda clase de profesores del plan de estudios anterior[111].

---

[109] Actos de Gobierno. "Circular de 23 de septiembre de 1849". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(27):211.

[110] Real Decreto de 28 de agosto de 1850, aprobando el plan de estudios. *Gaceta de Madrid* nº 5895 de 03/09/1850 y nº 5896 de 04/09/1850.

[111] Aunque las ciencias médicas fuesen las que experimentaron más reformas con este Real Decreto y el gobierno hubiese reconocido la gran importancia de las mismas, la clase farmacéutica todavía consideraba que se podía haber mejorado incorporando a las dos años de práctica, que se enseñasen a

El nuevo plan establecía haberse graduado previamente en bachiller de filosofía y haber estudiado y aprobado en un año en una facultad de filosofía las materias: Química general, Mineralogía y nociones de geología, Zoología y Botánica. Una vez adquiridos dichos conocimientos, para obtener el título de licenciado en Farmacia, habría que estudiar cuatro años académicos. Una vez aprobados esos cuatro años, los alumnos recibirían el título de bachiller en Farmacia; para obtener el título de Licenciado era indispensable aprobar un año de práctica de las operaciones farmacéuticas y los principios generales de la analítica química, más dos años de práctica en un establecimiento u oficina de farmacia (el primero de los cuales podría simultanearse con quinto de carrera). Con el título de Licenciado ya se podría ejercer la profesión en toda el Reino y ocupar los destinos o cargos de la profesión que no requiriesen el grado de doctor. Para la obtención del título de Doctor en Farmacia era necesario cursar dos años de estudio en ampliación de la química, análisis químico de aplicación a las ciencias médicas, bibliografía, historia y literatura de las mismas ciencias. Dicho grado de Doctor sólo se conferiría en la Facultad de Farmacia de Madrid.

2.1.4.3. Causas que contribuyeron a la decadencia de la clase farmacéutica

Las principales causas que esgrimían los profesores de Farmacia como responsables de la ruina y decadencia de la farmacia profesional española o lo que era lo mismo, del ejercicio de la facultad de la Farmacia en España, se podrían encuadrar en tres grupos diferentes:[112]

El **primer grupo** tendrían que ver con el abatimiento y la pobreza en general de la Nación debido al resentimiento sufrido por las turbulencias, guerras, vicisitudes políticas y calamidades de toda especie que afligieron al Reino y que afectaron a todas las fuentes de riqueza pública, a todos los ramos de la industria y por consiguiente a la Farmacia.

---

los alumnos la parte de análisis y toxicología que se dedicaban exclusivamente al doctorado y que luego se lo iban a exigir cuando judicialmente tuviesen que prestar sus conocimientos científicos en los casos de envenenamiento. Criticaban también el exceso de precio de matrículas y derechos de examen que había experimentado el estudio de las ciencias y que iba a impedir en la práctica el acceso a las mismas de las clases pobres, haciendo patrimonio de ellas a las clases más acomodadas y lamentaban los perjuicios para la clase farmacéutica la creación de una nueva escuela de farmacia en la Universidad de Granada por innecesaria, perjudicial y antieconómica. Calvo Asensio, P: "Sobre el nuevo plan de estudios". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(26):203-205.

[112] Colegio de Farmacéuticos de Madrid. *A la Comisión Regia que entiende en el arreglo de las tres facultades de curar*. Madrid: Imp. y lib. de don Pedro Sanz. 1836.

El **segundo grupo** correspondería a las que dimanaban de la parte legislativa de la Facultad y que tenían su origen en las Leyes, Ordenanzas y demás disposiciones superiores que regían el destino de la clase farmacéutica. El aumento de profesores de farmacia en proporción a las necesidades de los pueblos o unas Ordenanzas, Farmacopea, Tarifa y Petitorio totalmente obsoletos en relación al avance de las ciencias y necesidades de los farmacéuticos serían ejemplos de este grupo.

Al **tercer grupo** corresponderían las causas que dependían de los abusos y trasgresiones a las leyes, destacando principalmente los intrusos y los abusos cometidos en referencia a los ajustes o igualas, con los medicamentos secretos, extranjeros y homeopáticos, con los títulos académicos, con las autoridades sanitarias encargadas de velar por el cumplimiento de la legislación y la excesiva carga impositiva a la que se veían abocados los farmacéuticos en el ejercicio de su profesión.

2.1.4.3.1. Los Ajustes o Igualas[113]

La palabra "iguala" viene del verbo igualar, porque el servicio que prestaba el facultativo se remuneraba con un tanto igual para todos los vecinos de la población, tuvieran mucha o poca familia.

La clase farmacéutica definía las igualas como "*peligrosas, injustas e inmorales, origen de litigios y la ruina de muchos farmacéuticos*"[114], ofensivas a la moral farmacéutica, depresivas y vergonzosas para los profesores y nocivas para el servicio público[115].

Los ajustes comenzaron cuando la profesión de boticario era más bien un oficio mecánico y una ocupación comercial más que una ciencia, por aquellos que llevaban un buen número de años de ejercicio práctico al lado de otros boticarios más antiguos en funciones, introduciéndose esta costumbre por la dificultad que encontraban los vecinos por su pobreza de pagar al facultativo en dinero constante, siempre y cuando necesitasen el medicamento, o bien por la dificultad que éstos

[113] **Apéndice 11:** Ejemplo de carta remitida a la revista "El Restaurador Farmacéutico" sobre el estado de cómo se sentían los farmacéuticos igualados con sus vecinos. Arenas, A.: "Remitidos: Sobre ajustes". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(10):76-78.
[114] Calvo Asensio, P.: "Sobre las igualas". *El Restaurador Farmacéutico.* 1848; 4(13):97.
[115] Calvo Asensio, P.: "Sobre el Arreglo de Partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(28):137.

encontraban de cobrar sus honorarios sino en determinadas épocas del año, como por ejemplo en la recolección de granos[116].

Los ajustes, conductas o igualas eran convenios entre el farmacéutico y los vecinos de las poblaciones, aunque también existieron ajustes con gremios profesionales[117], por medio de los cuales se establecía la obligación de dar a las familias igualadas los medicamentos que necesitaran durante un año y éstas a cambio retribuían con una corta cantidad de dinero la remuneración del servicio prestado. Los ajustes eran contratos comerciales de ganancia o pérdida con algunos por parte del farmacéutico, pero que teniendo en cuenta el mayor gasto de unos ajustados con el menor de los otros, daba por resultado un producto líquido, que aseguraba al boticario una renta anual más o menos grande, según el puesto en que se hallaba establecido[118].

Desde finales del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX, los profesores farmacéuticos también ejercían su "ciencia" firmando un contrato con el municipio en el que iban a desarrollar su actividad, principalmente para la asistencia de los pobres del municipio, o bien mantenían el ejercicio libre de su profesión generalmente a través de los ajustes particulares o igualas que realizaban con la población y/o con alguna comunidad religiosa del lugar.

Existían dos tipos de contratos para regular las obligaciones del facultativo con el municipio que contrataba sus servicios. El contrato cerrado obligaba al farmacéutico a asistir a todos los vecinos del municipio por un salario fijo por vecino censado mientras que los contratos abiertos únicamente obligaban a prestar sus servicios a los vecinos pobres del lugar. El contrato cerrado se daba fundamentalmente en medios rurales en los que por su menor censo, un único facultativo cubría todas las necesidades de dicha población y donde se incluía una cláusula en la que sólo podría ejercer su actividad el facultativo contratado, mientras que los contratos abiertos se daban generalmente en núcleos urbanos en los que la densidad de población y dinamismo económico era mayor.

Dichos contratos que realizaba el facultativo con el municipio que lo contrataba incluían siempre tres puntos comunes como condiciones generales: la

[116] Calvo Asensio, P.: "Un plan de reforma en el servicio sanitario". *El Restaurador Farmacéutico.* 1848; 4(32):249.
[117] Calvo Asensio, P.: "Variedades. *El Restaurador Farmacéutico*". 1850; 6(36):290.
[118] Calvo Asensio, P.: "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(27):133.

duración del contrato, las obligaciones del facultativo para con el municipio y el salario que percibiría por su actividad y que iría acorde con el grado de dinamismo económico del municipio, de su mayor o menor población y del prestigio y experiencia del facultativo, siendo la duración del mismo al principio anual y luego cada cuatro/cinco años y para terminar, las condiciones peculiares con cada vecino.

La mayoría de los casos de ajustes particulares o igualas que realizaban los farmacéuticos con los vecinos, se realizaban a través de pactos o compromisos verbales o bien a través de documentos firmados entre ambas partes sin mediar la presencia del escribano que protocolizara el acuerdo, fijando en muchos casos el Ayuntamiento los honorarios que podían cobrar por el suministro de los medicamentos, evitando de este modo situaciones de abuso por parte de los farmacéuticos[119]. En estos contratos de buena fe mutua, el facultativo inscribía en una lista el número de vecinos que deseaban sus servicios y el tanto que cada uno pagaba. A pesar de que estas listas eran documentos fehacientes, muchos facultativos al querer cobrar sus igualas se veían burlados con un "*no estoy igualado con usted"*, o *"yo no debo a usted tanto de iguala"*, o *"yo no he ocupado a usted en todo el año*", inventadas para evadirse del pago[120].

La clase farmacéutica se quejaba de que las circunstancias en las que se realizaban los ajustes antiguamente, los cuales eran admisibles para los que tenían a su cargo una farmacia, no eran las que se tenían en la época moderada. En su día, no se necesitaba seguir una carrera y hacer los dispendios y sacrificios que ésta llevaba consigo (once o doce años de estudios, penalidades y gastos cuantiosos), el número de boticas era reducido (no llegaban a tres mil), no existían tantas preparaciones farmacéuticas distintas que obligaran a tener la botica suficientemente surtida de materias primas, con los gastos que ello acarreaba, que existía por entonces una tarifa que se observaba rigurosamente para los no ajustados y aunque por entonces se pagaba por las visitas a la botica cada dos años, no se pagaba tanto por la contribución al subsidio[121]. Si a todo ello se le unía el regateo de los contratos, la mezquindad de las dotaciones y el sistema ruin de su cobro, lo que antes ofrecía

[119] Ibídem 34
[120] Calvo Asensio, P.: "Un plan de reforma en el servicio sanitario". *El Restaurador Farmacéutico.* 1848; 4(32):249.
[121] Calvo Asensio, P.: "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(27):133.

posibilidad de ganancia segura, en la década moderada ofrecía casi la certeza de una ruina asegurada.

A pesar de que las igualas conllevaban ciertas ventajas como que: el cobro era probable, que había poca probabilidad de tener más enfermos durante un año (excepto en caso de epidemias), que no se rebajaba el concepto moral del medicamento por medio de las rivalidades en el precio donde hubiese más de un farmacéutico y que no dependía inmediatamente del público cuando la contrata se hacía con las autoridades, eran muchos más los inconvenientes de las mismas: rebajamiento individual y de clase por el acto de ir a la cobranza de puerta en puerta y como quien pidiese limosna, cuando los ajusten los hacían con los vecinos; dependencia casi servil con los alcaldes, si las contratas eran cerradas, o con el público en caso contrario; el cobro con granos inferiores, el gasto de medicamentos desproporcionalmente crecido en relación a las enfermedades; inseguridad de la renta líquida anual, dependiente de las enfermedades reinantes y de la amistad y prudencia de los facultativos prescriptores; rebajamiento moral del individuo y de la clase por las rivalidades entre farmacéuticos donde hubiese más de uno y la falta de cobranza por consideraciones particulares[122].

La alternativa a la existencia de las igualas pasaba por la venta de medicamentos al dinero que, al igual que las igualas, tenían sus ventajas como: iba a ser un gasto proporcional a las entradas, no dependía inmediatamente ni de los alcaldes ni de los vecinos de los pueblos, no se tenían que doblegar indecorosamente a los abusos en la cobranza o en la recepción de granos inútiles…pero también tenían inconvenientes: rebajamiento del precio de los medicamentos por las rivalidades entre farmacéuticos del mismo partido, reducción del gasto en medicamentos debido a que la población consumiría menor cantidad de ellos y los médicos, que con el fin de contentar a sus clientes, mandarían preparar en casa de los enfermos aquellos medicamentos simples y de poca cantidad y valor. De los dos sistemas el preferido por la clase farmacéutica era el de la venta de medicamentos al dinero y según tarifa[123].

La retribución con que los pueblos satisfacían el servicio farmacéutico se realizaba normalmente después de transcurrido un año de haber prestado su ciencia y

[122] Serra F.: "Ajustes-Servicio sanitario". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(23):95.
[123] Serra F.: "Ajustes-Servicio Sanitario". *El Restaurador Farmacéutico.* 1851; 7(23):p95.

recursos al vecindario, normalmente por el mes de julio que era cuando cobraban los vecinos por la recolección del grano. De esta forma, los farmacéuticos igualados se quejaban porque, además de no obtener la inmediata recompensa por su ejercicio profesional, tenían que invertir anualmente un capital sin rédito, que siendo cantidades respetables, podría ser invertido en otros objetos u actividades productivas. Para salvar este inconveniente se pedía que una vez admitidos los ajustes, se pagase al profesor anticipadamente lo estipulado y de esta forma podría surtir debidamente la botica, no se abusaría del farmacéutico cuando fuese a recordarles a los ajustados sus compromisos de pago y se evitaría igualmente reconocer como ajustadas a aquellas personas que previamente no hubieran realizado el pago anticipado.

Pero lo que más rebajaba el prestigio profesional del farmacéutico era sin duda la cobranza a los igualados. En esta época del año, al farmacéutico le causaba vergüenza recordar la humillación, los desaires y las palabras groseras que sufría cuando, confundido con los llamados criados de la villa, se le veía al profesor mendigar de casa en casa, como un recaudador de contribución, el triste fruto de los desvelos y desembolsos realizados durante ese año. En dicha época, "*unos negaban que estuviesen ajustados, otros decían que si lo estaban, era en la mitad del dinero que se les exigía, otros daban el peor grano, y el que mejor pagaba, le solía decir que le regalaba el servicio porque no había gastado más medicinas que las que llevaron para la enfermedad de su madre, para las calenturas de dos chicos, para el parto de su mujer y el torozón de la mula; fuera de eso, repetían, nada más se había traído de la botica, de manera que si todos pagasen habiendo gastado tan poco como él, bien se podía hacer rico*". A todo ello, no había que olvidar que los asalariados también les pedían una rebaja del precio de la iguala "*porque el farmacéutico inmediato les había ofrecido ajustarse a mitad de precio de lo que entonces pagaban"*, exponiéndose de esta forma el profesor a quedarse sin sus igualados.[124]

Un bosquejo de un relato que ilustra lo que era todo un profesor farmacéutico de un partido contratado por igualas, a la hora de la cobranza, diría así:

> "() *Figuraos un caballero andante que cala sombrero de ala tendida, chupa, pantalón y zapato de vaca; que lleva el rostro tostado,*

[124] Calvo Asensio, P.: "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(27):133.

bailado en sudor y desfigurado por el polvo; que cabalga un jumento o mal jaco en cuya grupa lleva dos bolsas (alforjas) provistas de sus correspondientes armas defensivas y ofensivas reducidas a municiones de boca, un librete manuscrito y un tintero de cuerno, y tendréis una idea aproximada de la triste figura de un hijo de Esculapio caminando en actitud hostil.

Si después en la rigorosa estación de la canícula, en aquella hora en que todo bicho viviente se retira a sus guaridas huyendo de la vista abrasadora del iracundo febo, le seguís con la vuestra, y le veis asaz diligente cual fraile limosnero recorrer ya la troja, ya la era, ya la casa de sus clientes, y tomar de aquí un pañuelo, de allí otro, otra de trigo, otra de centeno, cebada, avena o garbanzos, e hinchar sus costales transportándolos cual; hacendosa hormiga al centro de sus graneros, asegurad que se halla en lo más difícil de la pelea.

Por último si le veis que se retira a su albergue con la cabeza erguida, el rostro placentero y el saco lleno, asegurad que salió vencedor. Dos terceras partes de lo ofrecido son bastantes para esta animación, aunque se pierda la otra. Mas si le observáis cabizbajo, fija la vista en el suelo, y los ojos llenos de humor acuoso, pronosticad que el premio que le espera son unas tercianas rebeldes o un tabardillo, y que en lugar de llenarle el costal de grano, le han puesto el cuerpo gimiendo de injurias. Si a esto agregáis el ínfimo valor del género, podéis persuadiros que por aquel año, si quiere dar de comer a sus hijos, tiene que echar en el puchero unos trozos de las obras de Hipócrates y guisarlos con los preceptos químicos de Bercelius, porque ni el mismo Dios de Epidauro le libra del conflicto. Y ¡Ha! paciencia le dé Dios para seguir prestando sus servicios gratuitamente por otros 365 días, porque sitio bien pronto encuentra otro que le sustituya, pues que cuando un género abunda, la facilidad de encontrarte y la baratura son consiguientes"[125].

Aunque la existencia de las igualas era común a toda la clase médica (médicos, cirujanos y farmacéuticos), era distinto la forma de hacer el cálculo de la iguala entre un profesor y otro ya que, mientras el médico y el cirujano realizaban el cálculo en base al vecindario y calculaban el trabajo que le podía ocasionar la asistencia facultativa a un número proporcional de enfermos y, teniendo en cuenta el servicio que iban a prestar, podían ser más o menos exactos en la apreciación de su sueldo por su trabajo, no exponiendo más que el uso de su ciencia y su trabajo.

El farmacéutico en cambio, se le exigía el servicio científico más el dispendio que acarreaba el surtido completo de toda la clase de medicamentos, entre los que existían una infinidad de preparados de gran coste, por lo que se exponían

[125] Calvo Asensio, P.: "Un plan de reforma en el servicio sanitario". *El Restaurador Farmacéutico.* 1848; 4(32):249.

continuamente a trabajar en balde; era imposible prever al tiempo de ajustarse, las medicinas que le habían de gastar por las numerosas variaciones que por precisión inducían en sus prescripciones los diversos profesores de Medicina, Cirugía y Veterinaria durante el tiempo de contrata imposibilitando de este modo un acertado cálculo de los intereses y, aun tomando de base el desembolso que la botica había generado en años anteriores, este gasto podía duplicarse o triplicarse según el número de enfermos que se le presentasen en su partido y las epidemias que pudiesen aparecer en el mismo, por lo que la ruina era segura. En definitiva, se dejaba el cálculo a la eventualidad:

> *"Anúnciese una vacante, y el agraciado (después de mil empeños y humillaciones para conseguir la gracia) sin datos acerca del número y clase de enfermos a que el clima, el género de vida y otras circunstancias pueden dar lugar, se presenta a contratar. Contrata, y el farmacéutico por un estipendio dado se compromete a proveerles de cuantos medicamentos necesiten, según el petitorio vigente. ¿Puede darse mayor monstruosidad? Un médico, un cirujano, un abogado, un ingeniero pueden, según el salario ofrecido, estimar su trabajo científico, porque lo más que le puede suceder, que no es poco, es ocupar todo el tiempo en el estudio y cuidado de sus enfermos, pleitos, planos, etc.; pero el farmacéutico ocupado también en el estudio y cuidado de su oficina, ¿cómo calcula el importe de los medicamentos que se han de necesitar? Aun cuando le supongamos instruido de la salubridad o insalubridad del partido y de las afecciones que padecen sus habitantes, ¿será esto suficiente para base del cálculo? Probemos que no. Sin contar una epidemia que en poco tiempo le lleva el fruto, (si es que ha cogido algo), de muchos años de afanes, vengamos a otra prueba tan frecuente, que raro será el farmacéutico contratado que no la haya experimentado. Existen en el partido el médico A y el cirujano B que combaten la enfermedad X con los medicamentos a b c: cumplen su escritura y son despedidos, o por otro cualquiera incidente dejan el partido, el cual es conferido a los facultativos C y D. Estos para combatir la misma enfermedad X, apelan no solo a los medicamentos a b e, sino a, d, e, f, g, h..., porque no hay tantos signos alfabéticos, cuántos son los medicamentos que pueden emplearse contra la enfermedad, aun cuando sigan la misma medicación, prescindiendo además de la cantidad en que también suelen variar y que influye luego para nuestras contratas. ¿No vemos con frecuencia que en un mismo caso el facultativo A opina por una evacuación sanguínea parcial, y el facultativo B por una general? Pues ambos están en su derecho, ambos tienen el deber sagrado de emplear cuantos medios les dicte su saber y su conciencia para la curación de la enfermedad. He aquí, pues, desmoronada la solidez de los datos. Y si esto es así, ¿en qué bases, repito, se funda para contratar? En la eventualidad, señores, en la eventualidad"*[126].

[126] Latorre, V "Correspondencia de provincias". *El Restaurador Farmacéutico.* 1849; 5(33):262.

La clase farmacéutica, representada a través de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, reclamó las reformas en los ajustes o igualas solo en aquellos puntos en que se reconociese la imposibilidad de su abolición, como por ejemplo, aquellos lugares donde dicha costumbre estuviese tan arraigada desde tiempo inmemorial que fuese muy violenta esa transición, permitiéndose la existencia de los mismos sólo en aquellos partidos donde dos tercios de los profesores los reclamasen como necesarios; para el resto de los casos se pedía su abolición[127].

Si ya de por sí eran perjudiciales las igualas para los intereses de los farmacéuticos, además tenían que sufrir otros inconvenientes como fueron los propios abusos de las mismas cometidos por: los caciques y magnates de los pueblos,

[127] Se plantea como tienen que ser esas reformas de las igualas para que las tuviese en cuenta la comisión que se creó para el arreglo de partidos por parte del Gobierno y en la que se contaba con el Señor Nicolás García Britz. y que consistía en: 1) Cada profesor tendrá papeletas impresas con las obligaciones que contrate, con hueco en blanco para el nombre del ajustado y cantidad en que se ajusta: estas papeletas se llenarán cuando el igualado satisfaga la cantidad estipulada, entregándosele firmada por el farmacéutico, como recibo de garantía para el abonado por la anualidad porque el ajuste se verifica. Para entregar el farmacéutico esta papeleta será preciso que el ajustado haya satisfecho la cantidad convenida con el farmacéutico. 2) No se tendrán por igualados o convenidos los que anticipadamente no hayan pagado al farmacéutico la cantidad fijada por el año en que les va a servir. 3) El tipo de los ajustes por el servicio farmacéutico de un año, se fijará por número de personas y de animales que haya en la casa del ajustado, en la forma siguiente: = U n a persona sola 20 rs. = matrimonio 30 rs. sin que abone más en el primer año en que tuviese familia=tres personas 36 rs., cuatro 40 rs., cinco 50, seis 60; rebajando desde aquí en adelante el tipo a 8 rs. por persona. Las caballerías pagarán a 10 rs. por cabeza, y a 8 el ganado vacuno, rebajándose a 8 rs. el ganado mular desde seis cabezas en adelante, y a 6 el vacuno. 4) El pago se haría en dinero o en granos y frutos del país, arreglada la equitativa equivalencia. 5) Cuando los ajustados perteneciesen a las clases menos acomodadas se les rebajaría una cuarta o tercera parte de los precios establecidos, así como se aumentarla en la misma escala para los de mejor fortuna. 6) Para llevar a cabo estas reformas por distritos, mientras el gobierno resuelve lo más acertado en este asunto, sería conveniente una reunión de profesores en la cabeza de partido, que podrían convocar los subdelegados y con presencia de las lisias de vecinos de cada pueblo, clasificar a estos para saber a qué clase correspondían para el pago. Los farmacéuticos se comprometerían a cumplir fielmente cuanto allí se resolviese, exponiendo a la opinión pública la conducta de aquel que rastreramente faltase a lo estipulado y convenido en la reunión, cuyo acuerdo no podría ser sino una cosa conveniente para el servicio público y honrosa y aceptable para los profesores. 7) No se admitirían los ajustes con los ayuntamientos porque de este modo se conserva más íntegra la independencia facultativa, y no se ve el profesor expuesto a ser despedido cuando a un cacique ó un alcalde se le antoja romper un solemne contrato. 8) El público seria libre de ajustarse con el farmacéutico que le pareciere, pero en ninguna botica se admitirían ajustes nuevos mientras el aspirante a ser igualado, no presentase la papeleta de, pago del año anterior, hecho al farmacéutico con quien antes se asistía. 9) Se imprimirían las bases aprobadas para los ajustes, y cada profesor las tendría en su botica, no separándose por ningún motivo, de lo en ellas convenido. 10) En los ajustes no entrarían los medicamentos que gastasen los ajustados a causa de golpes de mano airada, ni serian comprendidas tampoco las sanguijuelas entre los medicamentos. 11) Seria obligatorio para el farmacéutico despachar los medicamentos que necesitasen los abonados durante el año de ajuste, siempre que las medicinas se pidiesen por recelas de los facultativos, los cuales pondrían en ellas la fecha del día en que las prescribían y el nombre de la persona para quien el medicamento era. Las recetas quedarían siempre en casa de los farmacéuticos. 12) Estos no estarían obligados a despachar para los ajustados ningún medicamento que no se pidiese por medio de receta de facultativo conocido. Ningún farmacéutico estaría obligado a tener en su oficina más medicamentos que los que marcase el petitorio que nuevamente se hiciese. Calvo Asensio, P.: "Sobre el arreglo de Partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(28):138.

por las autoridades municipales, por los profesores médicos (médicos y cirujanos) del partido, por los albéitares y hasta por los propios farmacéuticos, por las casas de beneficencia, sin olvidarse de la mezquina cantidad que se pagaban por ellas y la forma de pago tan cruel de las mismas en la mayoría de los casos. Como ejemplos de dichos abusos, se podrían describir:

- El abuso en el precio y en la forma de pago:

> *"(…) Por una fanega de centeno, su precio medio 15 rs., cobrada a su costa, está el farmacéutico obligado a suministrar a un matrimonio cuente los hijos que quiera, cuanta medicina necesite en todo un año; los pueblos aquí tienen todos su cirujano, y algunos médico también, pagados del fondo de propios, ó ajustados a grano, aunque no tan mezquinamente como el farmacéutico : las dolencias y enfermedades están en proporción con la miseria, costumbres, y trabajo fuerte y nada interrumpido de estos naturales: si a esto agregamos el sistema de los facultativos prescribiendo como purga usual la poción angélica, ó la tisana laxante; de 18 granos a un escrúpulo del sulfato de quinina para una fiebre cualquiera de las que casi todo el año reinan en el país con este ó el otro tipo; el medio escrúpulo, el acetato de morfina; los jarabes do cuatro a seis onzas; el almizcle, el éter y la tintura de castóreos que no se dejan de la mano; las tres dracmas de extracto de opio en una "untura; el láudano líquido al exterior desde una dracma á tres onzas; el jaboncillo amoniacal de tres a cuatro onzas; la harina de mostaza por cuarterones para pediluvios etc. etc., porque nos haríamos interminables; se verá con cuánta razón clamamos por la desaparición de este germen de todo linaje de males (…)*[128].

En general los pueblos y los particulares pagaban una mezquina cantidad por las iguala, bien fuese en metálico o en grano, haciendo imposible surtir por dicha cantidad los medicamentos que iba a necesitar una familia entera y sus ganados para todo el año, sin que el farmacéutico perdiese dinero. Por eso, muchas veces se decía entre ellos "*que el día que más ocupado estaba, más dinero perdía*".

Además, y a pesar del precio tan elevado que tenían muchas primeras materias como el sulfato de quinina, acetato de morfina, yodo y sus numerosos preparados, taninos,… y de las subidas continuas del precio de las materias primas, no se podía repercutir en nada para la subida de la iguala, manteniéndose normalmente el importe de la iguala heredada de su padre, de ahí el argumento que continuamente se oía: *"su padre de Ud. vivió así, su abuelo también, pues no será*

[128] Arenas A.: "Sobre ajustes". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(14):54.

Ud. menos"[129]. Todo esto podría ser todavía peor si entre medias se contratase la adquisición de medicamentos con casas de beneficencia o con particulares[130], lo cual abarataría aún más el precio de la iguala.

- los abusos de los vecinos:

> "*En los pueblos, a la más leve indisposición ya quieren que todo lo suministre el boticario; la manteca para las cataplasmas, el agua de volado, de arroz, de pan , de cebada, naranja, limón, etc., y si alguno le toma el gusto al té o calé, también quiere saborearse después de comer a costa del boticario , so protesto de que le duele el estómago u otra cualquiera soñada indisposición ; y todo quieren se les dé por la GRANDE retribución de una media o lo más una fanega de mal trigo, que muchos no lo pagan o dan las echaduras que caen de zarandearlo, y también por esto tienen que darles en muchos pueblos lo perteneciente a la veterinaria, hasta para los animales más insignificantes, que es otra penuria: hay más todavía, que como en los pueblos suele haber muchas varas y poca justicia , el que no le da la gana de pagar porque no coge trigo , cuando necesita de la botica suele valerse de alguno de los que pagan, para que vaya con las recetas, y como en lo general los profesores de medicina, cirugía y veterinaria, acostumbran a poner las recetas en un papel de cigarro con tres o cuatro cifras y una media firma , resulta que no se sabe para quién se despacha, y muchas veces ni se sabe lo que se ha de despachar, pudiéndose seguir de esto inconvenientes de grave trascendencia"*[131].

Como el farmacéutico estaba obligado a surtir de los medicamentos que necesitara una familia entera para todo el año, los ciudadanos igualados abusaban continuamente del boticario en la medida de pedirle, muchas veces con la connivencia del médico, cirujano o del albéitar, materias primas o medicamentos para otros usos, como aceite de almendras dulces para "*sobar las albarcas*" o solicitar más cantidad de la necesaria para hacerse en su casa un botiquín farmacéutico y así socorrer a sus animales en los casos en que no estuviesen las caballerizas incluidas en las igualas. Otras veces, si el jarabe estaba dulce, a casa llegaba la mitad del mismo, cuando no se daba el caso de que se le rompiese el cacharro o la botella que contenía el preparado medicinal que hacía que el boticario

[129] Mallaina, F.: "Correspondencia de las provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(18):143.
[130] Giménez J.J.: "Comunicado". *El Restaurador Farmacéutico.* 1847; 3(3):24.
[131] De Diego y Blasco, J.: "Correspondencia de las provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8:43

tuviese que volver a despacharlo, siendo siempre el boticario el que sufría el perjuicio[132].

- los abusos de los alcaldes y caciques de los pueblos:

> *"Estaba igualado en un pueblo de alguna importancia con su suegro de avanzada edad: las personas del mismo de algún valor por su talento, riqueza y relaciones suplicaron encarecidamente al citado comprofesor para que fuese a servirles en compañía del padre político, alargándole cierta cantidad, y sin entrar caballerías ni domésticos. En el año pasado, las referidas personas, llamadas por su ventajosa posición a dirigir los destinos de aquel pueblo, fueron reemplazadas por circunstancias que no es de este lugar referir, para componer el ayuntamiento, por otras menos ilustradas, y como se titulan ellos mismos, de chaqueta. Inmediatamente llamaron al compañero para decirle que le rebajaban el aumento verificado tal año, y además era de absoluta necesidad que entrasen en la escritura criados y caballerías. El amigo en cuestión tuvo que condescender con este atropello, porque se ve con su esposa y numerosos hijos; y es de advertir que lejos de disminuir ha aumentado una tercera parte el vecindario, y si antes apenas se encontraban de diez á veinte caballerías, en el día pasan de doscientas, con más un número nada escaso de sirvientes de ambos sexos; y pregunto, ¿cualquiera persona que conozca el pundonor, delicadeza y demás dotes que adornan al farmacéutico que es objeto de estas líneas , creerá que hubiera condescendido con esta exigencia incalificable. A no ser la abundancia de comprofesores que hay en todas partes, particularmente ¿cuándo hasta los autores de este inaudito escándalo están satisfechos de su ciencia? No; porque de otro modo les hubiera dado la ley, les hubiera enseñado los perjuicios que causan al pueblo que les vio nacer los innovadores, y señaladamente cuando se separan de personas altamente recomendables por su buen juicio"*[133].

Con la incertidumbre de quitarlo a su antojo, el farmacéutico tenía que ceder a las exigencias muchas veces indecorosas que le pedían, fuese o no fuesen de su profesión, o correr el riesgo de perder el ajuste con el municipio, lo cual hacía que perdiese de esta forma la independencia que su ciencia le exigía. Ejemplos de dichas exigencias se podrían citar, el hecho de no haberlo votado, no hacerle aún más rebaja en su iguala, no haberlo atendido antes que a otro vecino,… en definitiva, cualquier discrepancia personal.

[132] Calvo Asensio, P.: "Lindezas que llevan consigo los ajustes". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(20):83
[133] Mallaina F. "Correspondencia de las provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(18):143.

- los abusos de los médicos, cirujanos o de los albéitares:

> *"(…) supongamos pues, que el boticario por su ajuste no está obligado á despachar más que para personas y caballerías; enferma algún vacuno, ganado menor, cerdo ó perro; llámese al albéitar, y lo primero que exige de este el dueño del enfermo, es que recete como que es para una caballería, o lo que es lo mismo sin poner nota ninguna que indique al boticario que debe cobrar el importe de aquella receta. Si de buenas a buenas, el albéitar no transige, le cargan a renglón seguido de injurias y amenazas, y juran vengarse de cuando quiera renovar la capitulación. De aquí nace un conflicto para el albéitar, y se ve en la precisión de prostituirse accediendo, o de concitarse un odio que le ha de ser funesto. Generalmente sucede lo primero, por evitar lo segundo. Este no obstante, yo perdonaría de buen grado a todos aquellos que cometen estas faltas contra su voluntad y sentimientos, é impelidos tan solo por la fuerza de tales circunstancias, porque más vale que defrauden al boticario en 500, ó 600 rs. al año, que no que se vean en la dura necesidad de mendigar el sustento diario. Si el albéitar es hombre de conciencia, ya le ayudan los pueblos a vencer sus repugnancias, repitiéndole cien veces que vale más complacerles á ellos, que no guardarle consideraciones al boticario (…).*
>
> *(…) El que escribe las presentes líneas conoció a un albéitar que pedía doble cantidad de medicina de la que juzgaba necesaria y sopretesto de volverla a la botica, se reservaba la mitad, para venderla por su propia cuenta a algún transeúnte cuando se le ofrecía ocasión, y ha conocido también a otro profesor que por una reyerta que tuvo con el boticario, se había empeñado en fastidiarle y expulsarle del partido; a cuyo objeto iba inquiriendo y preguntando con el mayor cinismo, cuáles eran los medicamentos más caros. Hubiera sin duda conseguido su objeto si el boticario no se hubiera humillado a tiempo, y rebajándose y pidiéndole perdón (cuando era él el que debía dispensarlo), no hubiera aplacado su pluma exterminadora (…)*[134]*.*

Al igual que con los alcaldes y caciques del pueblo, el farmacéutico tenía que llevar mucho cuidado con los médicos, cirujanos o los albéitares de su partido porque si por cualquier causa se indispusiera con alguno de ellos por resentimientos personales o por cualquier otra causa podrían, obrando de mala fe, desfalcarle algún tanto con disposiciones caras o inútiles menoscabando así los intereses del profesor de farmacia[135]. Ejemplo de ello se podrían citar casos como pedir por onzas el extracto de opio, el éter, láudano, quinina, morfina, etc. o cuando era para casa de un

[134] Calvo Asensio, P.: "Lindezas que llevan consigo los ajustes". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(20):83.
[135] Estébanez, Agapito: "Remitidos. Sobre Ajustes". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(10):78.

ajustado, pero nunca para las de aquellos que tenían que pagar la receta de presente[136].

- Abusos entre farmacéuticos:

> *"(…) En este partido donde me hallo establecido, tenemos un compañero en él, que no conociendo sus intereses, y lo mucho que la facultad nos ha costado, está surtiendo de medicinas a sus asalariados por ocho o diez reales lo más por un año entero a toda una familia aunque se componga el número de ella de ocho o más personas, cosa que es imposible el poder cumplir con su obligación por tan corto estipendio, como los lleva; nosotros todos los del partido, no pudiendo mirar con indiferencia el modo de obrar de este facultativo, acordamos amistosamente reunimos, y llamarle para hacerle ver, que con su modo de pensar, se perdía él, y arruinaba a todos sus compañeros con sus ajustes tan mezquinos, é indecorosos a la clase farmacéutica, y con efecto asistió dos o tres veces a nuestras reuniones; pero nada adelantamos, por varias amonestaciones que le hicimos, y por último nos dijo, que él había de seguir como siempre, del mismo modo de pensar, sin variar en sus ideas, y efectivamente lo sigue haciendo, pues para corroborar su dicho ofrece a los asalariados de los pueblos, servirles por la mitad del precio a que tengan hechos los ajustes con otros profesores (…)"*[137].

Por lo general, ocurría cuando un farmacéutico se ajustaba con un pueblo que tenía otro farmacéutico ya establecido a costa siempre de rebajar la iguala que tenía y que, en muchos casos, podía llegar a la mitad de la misma o incluso ofrecer un año gratis. También se producía cuando aparecía por el municipio un farmacéutico novel que, con la rebaja de la iguala hacía lo que se conocía vulgarmente como "parroquia" o bien el caso de un vetusto boticario desacreditado por un descuido anterior o por su incapacidad que necesitase igualarse con algún pueblo.

2.1.4.3.2. -Los Intrusos

> *"Doloroso es sobremanera considerar el porvenir que espera a los jóvenes que se dedican al noble estudio de la farmacia. Después de consumir en él lo más precioso y florido de sus años, después de agotar ricos patrimonios, y después de pasar por una no interrumpida cadena de afanes y desvelos durante el curso de su carrera literaria, regresan a sus casas para encontrar allí tan solo despreciables intrusos que teniendo por único norte la ambición, y cubiertos con el manto de la tolerancia, y apatía de las autoridades encargadas del cumplimiento de*

[136] Calvo Asensio, P.: "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(28):138.
[137] Carredano M. A.:" Correspondencia de las provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(17):138.

las leyes, les arrebatan la recompensa debida a sus tareas y estudio, enriqueciéndose con la expendición de medicamentos prohibidos(…)[138]".

La clase farmacéutica de esta época tenía que conjugar su ejercicio profesional con el tráfico de sustancias medicamentosas, medicamentos simples, compuestos, extranjeros, homeopáticos y remedios secretos por personas no autorizadas para ello junto con otras clases de profesionales como fueron: los *Drogueros,* que preparaban emplastos, extractos, misturas, píldoras, ungüentos y otros preparados como píldoras, parches hechos, cocimientos, bebidas antihistéricas…[139]; *Herbolarios,* donde se encontraban, además de las plantas en el estado en que se les exigía que las conservaran, diferentes sustancias simples y medicinales, no pocas sales y bastantes compuestos medicamentosos que se vendían al público en todos los estados y cantidades[140]; *Especieros,* en las que se vendían en cualquier cantidad crémor, magnesia, quina, goma arábiga, sal catártica, cardenillo y otras sustancias medicamentosas o venenosas[141], *Confiteros,* que vendían jarabes medicamentosos a parte de los refrescos[142]; *Peluqueros* que vendían elixires, polvos y otros remedios[143], *Perfumistas[144],* fijos y ambulantes que explotaban la credulidad del público con pomadas, polvos y elixires de virtudes medicinales supuestas o nulas y cuya preparación no estaba garantizada por la responsabilidad de un profesor en

[138] Legido V. "Correspondencia a los redactores". *El Restaurador Farmacéutico*.1847; 3(27):214.
[139] Calvo Asensio, P. "Sociedad Farmacéutica Mercantil". *El Restaurador Farmacéutico.* 1847, 3(25):193-194.
[140] Calvo Asensio, P. "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(23):114-115.
[141] Comunicación del Subdelegado en Farmacia del partido de Purchena. Interesante. *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(5):14-15.
[142] Calvo Asensio, P. "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 7(23):114-115.
[143] Calvo Asensio, P. "Subdelegaciones de Farmacia de Madrid". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 7(5):13-14.
[144] Para evitar el abuso de anunciar la venta en sus respectivos establecimientos de sustancias que se consideraban eficaces para la curación de enfermedades, el Ministerio de la Gobernación emitió la Real Orden de 30 de junio de 1851 en la que se establecía que los subdelegados de Sanidad pertenecientes a la facultad de farmacia, llevarían ante los gobernadores de provincia y alcaldes en sus respectivos casos, las reclamaciones, siempre que se expendiesen o anunciasen polvos o cualquiera otra preparación dentífrica, pomadas, elíxires, aguas, esencias, jabones y demás artículos de perfumería, en concepto de útiles para la curación, tratamiento o preservación de alguna dolencia interna o externa. Harían iguales reclamaciones cuando en las etiquetas de los frascos/botes y cajas, en los papeles destinados a envolver los artículos de perfumería o en instrucciones o avisos repartidos separadamente, se recomendasen aquellos como provechosos para combatir, mitigar o precaver las enfermedades internas o externas. Procederían de la misma manera cuando constasen que en la composición de los depilatorios, pomadas u otras preparaciones, entrasen sustancias venenosas en tal proporción que pudieran ocasionar daño notable a las personas que las usasen. Fuera de las reglas anteriores, no podían los subdelegados farmacéuticos oponer impedimento alguno á los vendedores de artículos de perfumería.

farmacia[145], *Médicos, Cirujanos y Veterinarios,* que realizaban las preparaciones medicamentosas en su casa o en la del paciente y así infinidad de intrusos que ejercían la Farmacia como eran *Curanderos, monjas, labradores[146], barberos, sacristanes, maestros de escuela[147], etc.*

Pablo Fernández Izquierdo, fundador de la Revista "La Farmacia Española", clasificó a los intrusos en diez modalidades:

- *"El* intruso pleno o mayúsculo *es aquel que, ya por ser práctico sin ciencia, práctico con ella o audaz aventurero, despacha y aun elabora medicamentos con botica abierta en algún pueblo donde no hay farmacéutico, y en ocasiones donde existe. (…) Las causas de esta escandalosa intrusión se reducen a la indiferencia de las autoridades locales, que, al abrir un establecimiento de Farmacia, no se cuidan de que se observen los trámites que marca la legislación vigente.*
- *El* intruso semipleno *es aquella que tiene lugar en las tiendas, donde, cual si fueran comestibles ó géneros usuales, se expenden, elaborándose ó no, los medicamentos más consumibles en un pueblo. (…) La causa está en la tolerancia y aquiescencia de las autoridades de esos pueblos, juntamente con el vecindario y la de los facultativos de medicina y cirugía, que acaso por no disgustar a algún cacique, ó por otros miramientos, exponen su reputación científica a merced de un tendero.*
- *La* intrusión locuaz*, es aquella que representa un barbero que tiene en su casa un cajón de drogas, un armario de pócimas, un arca de simples ó una mesa ocupada con mescolanzas diversas que llama preparaciones: se surte de los drogueros ambulantes y compra algunas sustancias y preparados en las oficinas más cercanas ó de alguna ciudad: se toma la molestia y usa la modestia de visitar á los enfermos; examina las recetas que deja el facultativo y encarece á las familias del paciente la baratura que encontrarán despachando él, la bondad de sus productos, que dice le remiten de los mejores laboratorios; informa que sabe ser farmacéutico porque eso fue su primera idea, llegando á regentar boticas en la corte, con otras mil paparruchas que su incansable lengua paladea y trasmite.(…) La causa de estas intrusiones está en el poco deseo que algunos municipios muestran de sostener á un farmacéutico, por no verse precisados á poner una partida conveniente en el presupuesto municipal.*
- *la* intrusión abusiva *es la que efectúan algunos médicos, cirujanos y veterinarios en poblaciones donde no existe oficina de Farmacia. La causa de esta intrusión está en los farmacéuticos comarcanos, que no se cuidan de investigar el dónde y como se surte un pueblo que debe acudir á su oficina por lo mismo que de Farmacia carece.*
- *La* intrusión misteriosa*, que apelando á consejos tradicionales ó apariciones nocturnas, ó gracias concedidas por la Providencia ó por Satán,*

[145] Comunicación del Subdelegado en Farmacia del partido de Purchena. *Interesante*. *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(5):14-15.
[146] Calvo Asensio, P. "Remitido". *El Restaurador Farmacéutico.* 1849; 5(1):8.
[147] Calvo Asensio, P. "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(23):114-115.

ó secretos mágicos ó ciencia infusa, (…) curan con bendiciones, cruces, gestos, genuflexiones, palabras indescifrables, etc.; otras recomiendan tal ó cual yerba , que dicen cuándo y cómo la han de coger y del modo que han de confeccionar el brebaje, este ó el otro revuelto hecho en términos y condiciones ridículas; pero lo mas general, es que tengan preparadas sus pócimas, y las señalen su precio correspondiente, con lo cual la intrusión médico-farmacéutica no puede ser mas clara y terminante. (…) La causa primordial de la existencia de estos intrusos es el crédito de que gozan tradicionalmente entre las gentes sencillas; esos medios tan en boga cuando la ignorancia era el mayor patrimonio de la humanidad, que no pudiéndose dar cuenta de ciertos fenómenos los creía sobrenaturales, medios que explotaban á su placer los que, tuertos en una sociedad de ciegos, sabían reinar sobre la muchedumbre.

- *La* intrusión especial *es aquella que se contenta con el comercio de aguas minerales, naturales ó artificiales, que según las Ordenanzas no pueden prepararse sin la dirección farmacéutica ni venderse en otra parte que en las boticas (…) La causa de esta intrusión está en la tolerancia que observamos por parte de las autoridades, subdelegados y farmacéuticos, que no se cuidan de exigir el cumplimento de la ley.*
- *La* intrusión particular, *generalizada en Madrid y en las populosas ciudades, que consiste en la elaboración y venta ó solo en el comercio de alguna sustancia que se encuentra en el catálogo terapéutico, ó que se la supone medicamento, en alguna tienda ó en alguna casa. (…) La causa de estas intrusiones no es otra que la indiferencia, el desprecio que hacen los individuos á sus mas legítimos é inalienables derechos. Los efectos de esta intrusión se reducen, mas que á otra cosa, á una estafa que se hace al público, que ansioso de salud, no repara en la procedencia de esos remedios, ni en la idoneidad de los que ofrecen la salud sin qué puedan darla.*
- *la* intrusión ambulante, *general en donde quiera que vive el hombre, y consiste en que á son de trompeta ó tambor, con juegos de manos, con trajes de arlequín ó con ínsulas de doctor á los cuatro vientos, sacando muelas ó echando peroratas, se ofrecen de pueblo en pueblo ó de plazuela en plazuela elíxires odontálgicos, emplastos calmantes, polvos febrífugos, pastillas estomacales, y en fin, aquellos remedios que en todas épocas y circunstancias pueden ser consumidos para las dolencias mas comunes y aun para todas las de carácter crónico.*
- *la* intrusión de los homeópatas de petaca, *que aun cuando el sistema homeopático no prescinde del farmacéutico, es muy usual en homeopatía erigirse en médico y farmacéutico á la vez, llevando la oficina en el bolsillo. Esta intrusión tiene su origen en la sencillez del sistema, la facilidad de llevar en el bolsillo los medicamentos mas indispensables, y por eso la denominamos sistemática.*
- *la* intrusión de los drogueros y herbolarios, *que se verifica en casi todas las ciudades á la sombra del comercio de droguería, y por eso la denominamos comercial"* [148].

[148] Fernández Izquierdo, P: "Las Intrusiones. (Editorial)". *El Restaurador Farmacéutico.* 1849; 24(8):113-115; 24(10):145-148 y 24(13):193-196.

Los Drogueros

> *"(…) En estos establecimientos el curandero se provee de lo necesario para componer sus brebajes; el intruso en farmacia surte el botiquín que tiene establecido en un pueblo; el médico de aldea, que algunas veces hasta por contrata ha de tener su repuesto, saca de la droguería lo que necesita; los tenderos y especieros de los pueblos acuden a los almacenes de medicinas por una infinidad de sustancias simples y preparadas, que han hecho ya objeto de su comercio; las casas particulares están atestadas de medicinas traídas de la droguería, no solo para socorrer sus necesidades, sino también para repartir a dependientes y conocidos, principalmente en aquellas que en los pueblos se llaman ricas o de señoras, y que por este medio hacen alarde de su filantropía: el enfermo crónico, y todo aquel que está en el caso de un tratamiento prolongado manda por las medicinas a la droguería: y si alguna duda tiene en los pedidos que ha de hacer, ó en la manera con que se ha de conducir después, no faltan facultativos de poca aprensión que los instruyan lo suficiente para evitarles el caer en las boticas, donde los precios son insoportables: todo, absolutamente todo el producto de la farmacia está vinculado en las droguerías, siendo además el foco principal de todos los abusos (…)"*[149].

La clase farmacéutica definía el intrusismo comercial por parte de los drogueros como el "*foco principal de todos los abusos*", "el origen de la mayor parte del desorden y de los abusos que se notan en el ejercicio de la farmacia y de la degradación y miseria a la que están expuestos todos los profesores"[150] y que "de ahí surgían los principios de la intrusión de grandes anuncios en perjuicio de la farmacia, dignos de la mayor atención si se consideran los perjuicios tan considerables que ocasionan",…

Al principio, las droguerías eran establecimientos reducidos en general a la venta de géneros de pintura, tintorería, etc.…y a alguna que otra materia prima necesaria para la elaboración de medicamentos que se expedían al por mayor a los farmacéuticos en la misma forma corriente de comercio, estando generalmente regentadas por personas ajenas a la farmacia. Posteriormente, las droguerías empezaron a parar a manos de los boticarios, los cuales variaron el índole comercial de estos establecimientos incorporando, además de las materias primas "simples", otros medicamentos compuestos, pasando de este modo las droguerías a disponer de todo un arsenal de cuanto tenía la farmacia.

[149] Calvo Asensio, P. Las droguerías de Sevilla. *El Restaurador Farmacéutico.* 1849; 5(20):158-159.
[150] Calvo Asensio, P. Las droguerías de Sevilla. *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(20):158-159.

Además, las droguerías se verían favorecidas por el avance de la industria química en otros países, dando lugar a un comercio cada vez más económico de los géneros medicinales a los que la clase farmacéutica denominó medicamentos extranjeros y que supusieron un grave perjuicio para los intereses de los profesores farmacéuticos.

Las droguerías, con profesores al frente, pasaron entonces a querer vender los géneros al mismo precio que al por mayor y expender al público toda clase de medicamentos y para eso, en algunos almacenes, se implantó una especie de botica en su interior para que de esta forma no se les pudiese impedir el despacho al por menor en las mismas. Así, el público empezó a acudir allí para la adquisición de todo género medicinal a precio de droguería. Era lo que se conocía coloquialmente como "droguerías-boticas", pasando a ser almacenes de medicamentos al por mayor y menor.

A pesar de estas "droguerías de población", la clase farmacéutica se quejaba también de otro tipo de droguerías como eran las "droguerías ambulantes", personas que compraban sustancias medicinales que iban revendiendo por todo el Reino sin tener en cuenta su calidad y composición[151].

El control de las droguerías se llevó a cabo en un primer momento por la Real Junta Superior Gubernativa de Farmacia en aplicación de los artículos del 12 al 16 de la Real Cédula de S.M. de 21 de enero de 1804, por la que se aprobaron y se mandaron observar las nuevas ordenanzas formadas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia.

En ellas, se estableció que sólo los farmacéuticos aprobados estarían autorizados para vender medicamentos simples y compuestos al público, mientras que los especieros y drogueros solo podrían vender los simples y en ningún modo los medicamentos compuestos al público. En cambio, sí podrían vender a los farmacéuticos los géneros que éstos les pidieren, con la calidad con la que hubiesen de ser reconocidas previamente por la persona o personas que asignase la Junta, y con cuyo sello tendrían de ir marcados los cajones, fardos o paquetes en que las envíen, para calificar su identidad y prevenir los daños que de otro modo pudieran resultar a la salud pública.

[151] Montero y Moralejo, F. "Estado presente de la Farmacia: Sociedad Farmacéutica Mercantil". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(17):133-134.

De esta forma, se les permitía a los drogueros y especieros poder vender al por mayor los medicamentos simples sin artificio ni preparación alguna, como por ejemplo su pulverización y de ningún modo "*al por menor en menos de cuarterón o cuarto de libra*" bajo multa pecuniaria que a la Junta le pareciese oportuna. Así, se intentó cortar de raíz los males y perjuicios que ocasionaba a la salud pública la tolerancia de semejantes excesos[152]. Ninguna persona, de cualquiera calidad o profesión que fuese, podría elaborar ni vender medicina alguna simple ni compuesta, ni aun con el pretexto de específico o secreto; ya que era privativo a los farmacéuticos aprobados bajo pena de multa. Tampoco se podría vender hierbas secas ni frescas sin tener licencia para ello excepto las herboristerías autorizadas, que sólo podrían vender aquellas hierbas comprendidas en el catálogo que formase la propia Junta. Eso sí, era obligación de los farmacéuticos el surtir al público de cuantas plantas necesitasen.

A lo largo de todo este periodo y hasta la publicación del arreglo de partidos, fueron incontables los abusos que cometieron los drogueros en lo referente a su intrusión en la venta de todo tipo de medicamentos al por menor, remedios secretos y medicamentos extranjeros, quejándose continuamente la clase farmacéutica de la dejadez de los encargados de la vigilancia de estos hechos, especialmente con los Subdelegados de Sanidad. Así, tras las continuas solicitudes del gremio de drogueros para que se les permitiese la venta al por menor de géneros medicinales, se dictó una Real Orden el 3 de agosto de 1852[153] en la que la Reina mandó que se observasen las siguientes disposiciones:

> *"1.º Las sustancias reputadas como venenosas solo pueden venderse por los drogueros a personas que ofrezcan garantías de que las destinan a usos que no pueden dañar a la salud, para lo cual llevarán, bajo su responsabilidad, los convenientes registros inspeccionados inmediatamente por la autoridad administrativa.*
>
> *2. ° Los drogueros al por menor no podrán vender géneros medicinales menos de un cuarto de libra ó cuarterón, bien en rama ó pulverizados.*

[152] En Francia, ni los especieros, ni los droguistas podían vender drogas simples o medicamentos al peso médico (entendiéndose la venta al peso médico cuando se vendiese una droga simple directamente a un enfermo o al consumidor, según la dosis indicada en la práctica como remedio). Calvo Asensio, P.: "Sentencia del Tribunal Correccional de Tolosa". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(36):284.

[153] Real Orden circular de 3 de agosto de 1852, determinando que las sustancias reputadas como venenosas solo puedan venderse por los drogueros á personas que ofrezcan garantías y que las destinan á usos que no pueden dañar á la salud. *Gaceta de Madrid* nº6620 de 06/08/1848.

> *3. ° Se permite la venta a confiteros y drogueros de los jarabes especificados en la real orden de 15 de julio de 1842, además del jarabe blanco ó de goma, por ser su acción medicinal leve y de ninguna exposición".*[154]

Con motivo del Reglamento para la subdelegaciones de Sanidad interior del Reino[155] se estableció como obligación de los subdelegados de Sanidad, el vigilar la exacta observancia de lo contenido en las leyes, ordenanzas y demás disposiciones vigentes acerca de las condiciones con que únicamente podían ser introducidas, elaboradas, puestas a la venta o suministradas tanto las sustancias como los cuerpos medicamentosos o venenosos. A los subdelegados pertenecientes a la farmacia les correspondió la inspección y vigilancia de los profesionales farmacéuticos, los herbolarios, drogueros, especieros y cuantos elaborasen, vendiesen, introdujesen o suministrasen sustancias o cuerpos medicamentosos o venenosos.

En general, los drogueros se fueron apropiando de las facultades que ni tenían ni les correspondían, como fue la venta al por menor de medicamentos simples y compuestos y, a la sombra de la supuesta impunidad que las autoridades sanitarias les dispensaban, fueron aumentando las infracciones de ley en dicho tipo de venta, llegando al extremo incluso de solicitar a la autoridad que interviniese y castigase a aquellos farmacéuticos que comprasen a las droguerías géneros medicinales en cantidad menor a tres onzas[156] o bien justificando que era legal dicha venta al por menor puesto que en la contribución del subsidio pagaban una cuota como drogueros al por menor[157].

---

[154] Esta Real Orden ponía límite a los abusos que se estaba cometiendo por parte de los drogueros al interpretar el artículo segundo, expresando claramente que no podrían vender géneros medicinales ni en rama ni pulverizados en una cantidad menor de cuatro onzas, desestimando de esta forma la pretensión de los drogueros de vender libremente géneros medicinales en cualquier cantidad. Se podía entender que autorizarlos para venderlas molidas y en estado de que el público pudiera gastarlas, sería lo mismo que suponerlos con conocimientos necesarios para conocerlas, elegirlas y prepararlas, cosa que las leyes no les reconocían como peritos en la material. Calvo Asensio, P. "Sobre la Real Orden de 3 de agosto del presente año". *El Restaurador Farmacéutico.* 1852; 8(24):118.

[155] Reglamento de 24 de julio de 1848, para las subdelegaciones de Sanidad interior del Reino. *Gaceta de Madrid* nº 5076 de 06/08/1848.

[156] Calvo Asensio, P. "Exigencias de algunos drogueros". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(27):109-110.

[157] Aunque los drogueros sabían muy bien que su despacho no estaba reducido solo a géneros medicinales sino a muchísimos productos no medicinales y útiles para las artes y oficios mecánicos y que por eso, y no por los géneros medicinales, es por lo que pagaban esa cuota de subsidio. Calvo Asensio, P. "Nuevas pretensiones de algunos drogueros". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(35):273-274.

Los médicos y cirujanos

El intrusismo médico con respecto a la farmacia se realizaba a través de la elaboración, ya fuera en su casa o en la del paciente, de medicinas homeopáticas[158] o bien de remedios o preparaciones caseras a través de la obtención de los simples en los sitios más próximos, que se correspondían con las pseudo-boticas de otro intruso (droguero)[159]. También existieron médicos que almacenaban en su casa un botiquín de medicamentos y que luego los metían en las "alforjas" para dárselos a los enfermos que visitaba[160] y otros que directamente vendían al público polvos, líquidos y colirios para curar ciertas enfermedades[161] o bien los que establecían un depósito para la venta de brebajes[162].

Además de este intrusismo, se producían otros abusos de los médicos y cirujanos con los farmacéuticos, unas veces con beneficio mutuo y perjuicio al resto de oficinas del lugar, como por ejemplo, un boticario que expendía a la mayor parte del vecindario por convenio celebrado con un médico cirujano[163], otro que solicitaba un dinero por cada receta dispensada[164], otro que establecía claves misteriosas en las recetas para que sólo un farmacéutico pudiera elaborarlas y ejercer de esta forma un monopolio[165]; y otras veces directamente para perjudicar a un determinado

[158] Se denunciaba el mal uso introducido por los médicos sistemáticos (homeópatas) de tener en sus casas para administrar y aplicar las medicinas que habían ideado. Calvo Asensio, P. "Observaciones sobre el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad interior del Reino, aprobado por S.M". *El Restaurador Farmacéutico*. 1848; 4(24):186-187.

[159] Comunicación del Subdelegado en Farmacia del partido de Purchena. "Interesante". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(5):14-15.

[160] Alonso del Camino, M. y otros: "Abusos viejos y nuevos*"*. *El Restaurador Farmacéutico*. 1845; 1(8):63-64.

[161] Calvo Asensio, P. "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(29):33.

[162] Calvo Asensio, P. Un caso bonito y digno de insertarse en los periódicos para aprobio y vergüenza de los malos profesores de la ciencia del curar. *El Restaurador Farmacéutico*. 1848; 4(33):263.

[163] Este médico obligaba a los enfermos a surtirse exclusivamente del referido farmacéutico y a la vez desacreditaba a los otros farmacéuticos extendiendo la voz de que eran unos ignorantes y malos farmacéuticos; que adulteraban sus medicamentos y que arruinan a los pacientes, llevándoles por las confecciones más precio que el señalado en las tarifas. Aguilar, F. "Abuso escandaloso". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(1):6-7.

[164] Carta de un profesor de cirugía al farmacéutico: "*Señor don Francisco de la Cuesta.=Muy señor mío: Tengo a la vista una esquela de Arredondo en que se me promete por receta dos rs., pero primero es vd. accediendo que no lo dudo al asunto de que llevamos hablado, pues que no pido cosa imposible que si son cuatro seis y si son seis ocho. Espero contestación, y dando finos afectos a la señora es y será de vd. afectísimo amigo y compañero.= Domingo Alonso.=Me encuentro apurado"*. *De la Cuesta Cabiedes, F.: "Correspondencia al Director". El Restaurador Farmacéutico. 1845; 1(10):pp78-79.*

[165] *Citaremos algunos ejemplos de estas fórmulas codificadas:*

a) Rp. Caust Lunor me (ocho onzas) Rp. Sentop Ligur (medio escrúpulo) Sirp con crap (una onza) Ox malpir me (tres onzas) Dr. Lloret.

farmacéutico por cualquier motivo, bien fuese profesional o personal. Como ejemplo de estos hechos se podrían citar a aquellos profesores de medicina, cirugía o veterinaria que con objeto de arruinar a un farmacéutico pedían por onzas el extracto de opio, el éter, láudano, quinina, morfina, etc., cuando era para casa de algún ajustado[166], pudiendo ser multado el farmacéutico si se negaba a dispensarlo[167].

2.1.4.3.3. Los títulos de Farmacia

Hasta la aprobación del arreglo de partidos se encontrarían en España a profesores boticarios con el título dado por el Real Tribunal de Protomedicato antes del año 1815, a los que sólo se les exigía saber latín, cuatro años de experiencia en botica y superar el examen del Tribunal o del colegio y a farmacéuticos con el título obtenido en las Facultades de Farmacia en base a los distintos planes de estudio bajo distintas denominaciones: licenciados en farmacia, farmacéuticos de segunda clase, doctores en farmacia (equivalentes a licenciados), doctores en farmacia y catedráticos.

A pesar de estar regulados ya los estudios de Farmacia, aparecían personas que, aun ostentando el título de boticario o farmacéutico, no los habían obtenido de forma reglamentaria, unas veces con la connivencia de las autoridades sanitarias y/o la Corte y otras veces a través de falsificaciones de los títulos.

La clase farmacéutica se quejaba de que una gran parte de sus males provenía del excesivo número de farmacéuticos que se había producido en los últimos años como consecuencia de la necesidad de fondos para sostener la enseñanza, la falta de farmacéuticos en el ejército y otros motivos generales dignos de consideración, y que

---

b) Rp. Bignoa ex sotel (medio escrúpulo) 2 Ragut (onza y media) Sirp mutil (media onza) Oxslufraco me (ocho onzas) Rp. Sulphat. nig (seis gramos) Ziabach.(id tres) Ag. Santh. et hidrop.(a cuatro onzas) Laud Lqo. me (medio escrúpulo) Dr. Lloret.

Justo Elorza, J".: "Correspondencia de las provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(20):257-258.

[166] Calvo Asensio, P. "Sobre el arreglo de partidos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(28):137-138.

[167] "(…) *En uno de los pueblos del alto Aragón se negó el farmacéutico a despachar varias recetas que le mandaron el médico y el cirujano titulares del mismo pueblo; alarmados éstos o fingiendo una alarma grande, pusieron el hecho en conocimiento del señor jefe político superior de Huesca, cuya autoridad resolvió la cuestión de plano imponiendo al farmacéutico una multa de 1000 rs. Eran 12 entre ellas figuraban:*

R. Opio una onza, azúcar un escrúpulo dividido en tres partes iguales.
R. Linimento amoniacal una onza, tintura de cantáridas dos libras in.
R. Éter sulfúrico, una libra.
R. Cantáridas pulverizadas una onza, etc., etc., etc.(…)"

Calvo Asensio, P. *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(22):89.

iban a suponer una dura rivalidad entre ellos cuando tuviesen que competir para el ajuste con un municipio. Por ello, lo que pedían insistentemente era que se acabara para siempre los exámenes "***por comisión***", los cuales eximían al aspirante de cursar la parte teórica de los estudios en Farmacia.

Este aumento del número de farmacéuticos se produjo sobre todo como consecuencia de la gracia concedida a aquellas personas que habían empezado los estudios de Farmacia con anterioridad al año 1815, año en el cual se instalaron definitivamente los Colegios oficiales de enseñanza. Estas personas, a los que la clase farmacéutica calificaba como los de "***real orden***", debían saber latín y tener una experiencia con un profesor al menos de cuatro años acreditada para poder ser examinado por una Comisión para la obtención del título de licenciado en Farmacia. Aunque se concedió por parte del Gobierno distintos plazos para poder examinarse por la Comisión y así poder aprovecharse de esos beneficios, el último plazo dado se concedió el veintitrés de abril de 1835, acabando el mismo el día veintitrés de abril de 1836[168]. El examen se llevó a cabo exclusivamente en los Colegios de San Fernando de Madrid y San Victoriano de Barcelona, aunque excepcionalmente y por causas graves y bien justificadas pudo dispensarse la comparecencia personal de dicho aspirante a licenciado[169].

Otro grupo de personas que se beneficiaron de la gracia de los exámenes por Comisión los calificaba la clase farmacéutica como la de los "***teologales***". Eran teólogos a quienes por gracia del Gobierno se les permitió la simultaneidad de cursos con los de teoría de farmacia, pudiendo llegar al extremo que en dos años podían sacarse la carrera de Farmacia, siempre y cuando presentaran la certificación de cuatro años de práctica. Todo esto, sin olvidar el tráfico inmoral de certificaciones falsas de haber estudiado teología que hizo que en dos años se autorizaran por medios ilegales más farmacéuticos que los que podían haberse examinado en seis años de acuerdo al plan de estudios que entonces estaba vigente[170] y que juntándolo con los examinados por Comisión anteriores al año 1815, la proporción podría llegar a ocho frente a uno del plan de estudios vigente[171].

[168] González Delgado, F. "Solicitud presentada a S.M. por el Colegio de Farmacéuticos de esta Corte". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(17):149-151.
[169] Calvo Asensio, P. "Farmacia científica". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(17):232.
[170] Calvo Asensio, P. "Causas influyentes en la ruina de la farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1845; 1(14):105-106.
[171] Calvo Asensio, P. "Reformas". *El Restaurador Farmacéutico*. 1845; 1(15):113-115.

Entre los abusos de la Corte y autoridades sanitarias destaca el ocurrido cuando, con la excusa de presentar una "filantrópica" circular[172] para mejorar el estado precario de la farmacia española, el Ministro de Instrucción Pública Bravo Murillo resolvió expedir los títulos de "boticarios" a aquellos practicantes de farmacia que participaron en la Junta de Salvación de la ciudad de Sevilla para recompensar sus servicios durante el sitio que sufrió la ciudad en 1843[173], para que se revalidaran con la dispensa de los estudios académicos. Aunque en un primer momento dichas concesiones no fueron aprobadas por el Gobierno, posteriormente y con la excusa de que antiguamente la carrera de farmacéutico consistía en una larga práctica al lado de un profesor aprobado, se resolvió su expedición del título, previa justificación de haber consignado en caja el depósito de 3000 reales vellón. El

[172] Circular nº 234: *"El Ilmo. Sr. Director general de Instrucción pública, con fecha 20 de abril último, me dice lo que copio: El Sr. ministro de comercio, instrucción y obras públicas, me dice con esta fecha lo que sigue : — La junta titulada de Salvación , en la ciudad de Sevilla, en el año de 1843, hizo Concesiones de distintas clases a los que conceptuó dignos de recompensa por sus servicios durante el sitio que sufrió aquella Capital, no siendo acaso los de menor importancia las relativos a varios practicantes de farmacia, a quienes autorizó para que se revalidaran, con dispensa de estudios académicos. Estas concesiones no fueron aprobadas por el gobierno de S. M. a pesar de las reclamaciones que para ello se dirigieron: mas habiendo varios de los interesados reproducido sus gestiones, el gobierno al proponer a S. M. la resolución conveniente no ha podido menos de considerar que hace pocos años la carrera de farmacéutico consistió en una larga practica al lado de un profesor aprobado: que si bien se dictaron plazos diferentes para que se revalidaran los que se hallasen en aquel caso, tal vez por no haber tenido la debida publicidad aquellas disposiciones, o por razones de otra naturaleza, no se aprovecharon todos oportunamente del beneficio y por último y que obrando la junta con omnímodas facultades que fundaba en lo extraordinario de las circunstancias, pudo conceder gracias individuales para que se examinaran con arreglo a las disposiciones antiguas, algunos de los que por su larga práctica se consideraban con derecho mucho mas o menos expedito, para examinarse en aquella forma. Por lo tanto, atendiendo a tan respetables consideraciones, y a que en virtud de las resoluciones de la junta se verificaron los exámenes de los agraciados que acreditaron por este medio su suficiencia; S. M. la Reina (Q. D. G.) a quien he dado cuenta de estos antecedentes; se ha servido resolver, que a todos los que obtuvieron de la Junta de Salvación de Sevilla, para ser examinados de farmacéuticos, y lo fueron en efecto obteniendo la aprobación, se les expida el titulo de boticarios, previas justificaciones de haber consignado en las cajas de instrucción pública el depósito de tres mil reales vellón"*. Calvo Asensio, P. "Circular filantrópica y reparadora". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(15):114.

[173] Se produjo cuando Sevilla se levantó junto con otras ciudades contra la desmedida ambición y poder tiránico del Regente General Baldomero Espartero tras las protestas que dieron origen al pronunciamiento el 17 de junio de 1843, adhiriéndose al mismo el 18 de junio y constituyendo una Junta Provisional de Sevilla el 19 de junio, declarando el estado de sitio el 8 de julio ante la proximidad de las tropa de Van-Halen. Por este motivo marchó contra Sevilla a la cual rodeó y bombardeó desde el 18 al 27 de julio ocasionando un gran número de muertos y destrozos. A pesar de ello Sevilla resistió y el triunfo del golpe de estado frente a su persona supuso su retiro el día 28 de julio al Puerto de Santa María para exiliarse posteriormente. Sevilla venció en el asedio y como muestra de gratitud, el Gobierno de la Nación en nombre de la Isabel II, le concedió el título a la ciudad de "Invicta", colocándose sobre sus armas una corona de laurel. Álvarez Rey, Mª.Fª.: Pronunciamiento de 1843: Espartero en Sevilla durante la Regencia del General Espartero (1841-1843). En: Estudios avanzados Universidad de Sevilla. *Actas de las XIII Jornadas Nacionales de Historia Militar*. 13-17 de noviembre de 2006. Sevilla; 2006; pp 41-65

número de personas agraciadas fueron un total de dieciocho[174], de los cuales se sospechaba que uno de ellos era un sobrino de un Ministro[175].

La clase farmacéutica, que no entendía lo sucedido, consideró que afectaba gravemente a los derechos legítimos adquiridos por los farmacéuticos ya que en dicha fecha, para ser farmacéutico, se requería ser bachiller en filosofía, haber cursado y aprobado los cinco años teóricos en los colegios de Madrid ó Barcelona, haber tenido después dos años de práctica farmacéutica en oficina pública, haber tomado el grado de bachiller en farmacia, y finalmente sufrir los exámenes que los reglamentos marcaban para obtener el título de licenciados. Además, solo se podían presentar a examen de la Comisión o práctica aquellos que habían empezado la carrera antes del año 1815 en el que se instalaron definitivamente los Colegios de enseñanza, siendo el último plazo autorizado para su examen el veintitrés de abril de 1836. Es por ello que el título[176] dado a cada uno de ellos adolecía de varias irregularidades, entre ellas, que no existía la clase "boticarios" en el plan de estudios y que estaban prohibidos los exámenes por comisión, por lo tanto se consideraba que dichos títulos debían de ser anulados[177]. Hubo que esperar hasta 1855 para ver derogada dicha disposición[178].

---

[174] Los nombres de los agraciados fueron Ildefonso Pedro García, José Elías García, Juan Parra, Camilo Fernández, Juan Mateos, Juan Nepomuceno Giménez, Andrés Barbado, José Ramón Martínez, Bernardo Delgado, José María Brioso, Juan Antonio Lemus, Joaquín González, Juan Romero, Ángel Aguilar, Joaquín Delgado, Juan García Castañeda, Miguel Diosdado y José Menéndez. Calvo Asensio, P. "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(7):55.

[175] Calvo Asensio, P.: "Circular filantrópica y reparadora". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(15):114.

[176] Copia del título de D. José Menéndez y Quintero. Sello 1. 0 1849. "*El ministerio de Comercio, Instrucción y Obras públicas. Por cuanto D. José Menéndez y Quintero, natural de Ayamonte, provincia de Huelva, de edad de treinta y seis años, ha acreditado en debida forma que reúne las circunstancias prescritas por la actual legislación para obtener el título de boticario y hecho constar su suficiencia ante una comisión nombrada por la Junta de Sevilla en el día catorce de agosto de mil ochocientos cuarenta y tres. Por tanto, de orden de S. M. la Reina, expido este título, en virtud del cual se le autoriza para ejercer libremente la facultad de boticario, en los términos que previenen las leyes y reglamentos vigentes.—Dado en Madrid á diez de Agosto de mil ochocientos cuarenta y nueve.—Firma del interesado, José Fernández Quintero.—En nombre del Sr. Ministro, P. A, del Director general de Instrucción pública, el Subdirector, Pedro Hisguillar.—Título de Boticario á favor de D. José Menéndez y Quintero, registrado al folio 8 del libro correspondiente al número 56.—Ministerio de Comercio, Instrucción y Obras públicas.—Madrid once de Agosto de mil ochocientos cuarenta y nueve.—Tomé razón. —El oficial encargado de la contabilidad, José do Adaro"*. Calvo Asensio, P. "Variedades*"*. *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(7):56.

[177] Aunque se dijo que el Ministro de Instrucción Pública Seijas Lozano había anulado la Circular 234 en el año 1850, no se llegó a ver la circular o real decreto anulando la misma, ()*por estas razones nos ha sorprendido la noticia de que se habían dado tácitamente y por concesiones particulares algunos de aquellos títulos, a los que habían contado con mas influencias; y que mientras unos carecían de los respectivos diplomas, otros estaban ya al frente de sus boticas, o regentando las ajenas; se nos dice también que hay en esta corte un encargado de gestionar en pro de los de Sevilla, y que se*

Uno de los casos más sonados en relación con los títulos de farmacia y que levantó a toda la prensa médica y política ocurrió en el año 1853 cuando se dio a conocer la existencia de dos personas "**legas**" (los hermanos Joaquín y José Coronas y Pérez) que ostentaban sus títulos como farmacéuticos[179]y que claramente se hallaban en contradicción con la legislación de estudios que estaba vigente, por lo que se pensó que tenían que ser títulos falsos, debiendo estar suplantadas tanto la firma de la Reina como la de todos los funcionarios que figuraban en el documento, aunque tampoco se podía descartar que el Consejo de Instrucción Pública hubiera tenido conocimiento y el Ministro de Gracia y Justicia (Sr. Govantes) hubiese autorizado dicha transgresión de la Ley e incluso que existiese una mano oculta que negociase con la suplantación de firmas[180].

La cuestión que se planteó fue que o bien los títulos eran falsos, en cuyo caso urgía recoger los títulos de los Coronas, obligarles a declarar quien se los había proporcionado y castigar severamente al falsificador o bien si el Ministro o su subsecretario estaban autorizados por la legislación vigente para expedir dichos títulos, ya que solo autoriza a un ministro para dar diplomas científicos, cuando el

---

prometen todos alcanzar con mas ó menos gasto, con mas ó menos incomodidades, la gracia otorgada por el Sr. Bravo Murillo de funesta memoria para las ciencias médicas. Calvo Asensio, P. "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(7):54.

[178] Real Orden derogando la de 20 de Abril de 1849 sobre expedición de títulos farmacéuticos, y declarando vigente la de 26 de Setiembre de 1843**.** *Gaceta de Madrid* nº850 de 01/05/1855.

[179] Copia del Diploma que D. Joaquín Coronas y Pérez mandó al Subdelegado de Farmacia de Tamarite, provincia de Huesca cuando le fue reclamada su presentación: «*Doña Isabel segunda por la gracia de Dios y la constitución de la Monarquía española. Reina de las Españas. Por cuanto: por parte de D. Joaquín Coronas y Pérez, natural de Estadilla, provincia de Huesca, de edad de cincuenta y cinco años, se ha acudido a Mi suplicándome sea servida concederle mi real gracia autorizándole para ejercer la facultad de farmacia, en atención a reunir los principales estudios y circunstancias prescritas para ella por la legislación vigente, unidas a una dilatada y constante práctica de más de treinta años. Y habiéndome informado cumplidamente mi Real Consejo de instrucción pública, acerca de su suficiencia, con- formándome con su parecer, y tomando en consideración los especiales conocimientos que concurren en dicho D. Joaquín Coronas y Pérez. Por tanto: he tenido a bien autorizar, como en virtud de la presente autorizo, al mismo D. Joaquín Coronas y Pérez, para que sea reconocido como tal Licenciado en Farmacia; y en su consecuencia pueda ejercer la facultad en todo el territorio español con arreglo á las leyes y reglamentos vigentes. Dada en San Ildefonso a ocho de julio de mil ochocientos cincuenta y tres—Yo la Reina.—A nombre del Sr. Ministro de Gracia y Justicia, El Subsecretario—Antonio Escudero, con rúbrica—Lugar del sello—Registrado—Tomas Domingo de Hoyos—con rúbrica—Por el Canciller mayor— Tomas Domingo de Hoyos—con rúbrica—Derechos veinte y ocho rs. vn.—V. M. autoriza a D. Joaquín Coronas y Pérez para ejercer la facultad de Farmacia—Registrado al folio 117 del libro correspondiente al número 23—Ministerio de gracia y justicia—Madrid nueve de julio de 1853—tomé razón— El Interventor central—Eulogio García Patón—coa rúbrica*. Calvo Asensio, P. "Títulos de licenciados en farmacia dados por verdadera o supuesta real orden". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853.; 9(31):121-122.

[180] Calvo Asensio, P. "Títulos de licenciados en farmacia dados por verdadera o supuesta real orden". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(31):121-122.

aspirante hubiese demostrado que posee la suficiencia de su respectiva carrera ante los tribunales peritos, encargados de juzgar y decidir en estos actos[181].

Para esclarecer el tema, el Colegio de Farmacéuticos de Madrid nombró una Comisión que gestionara con el Gobierno la investigación. Para ello elaboraron una exposición razonada que fue elevada al Ministro de Gracia y Justicia como jefe de la instrucción pública. En ella se pedía que se castigara a los autores de dicho "crimen" y se recogieran los diplomas ya que ponían en grave riesgo a la sociedad al verse en manos profanas unos títulos que autorizaban a preparar y expender medicamentos que tenían que servir para el alivio de los pacientes. Además solicitaban como medida general que se recogiesen todos los diplomas de igual o análoga procedencia que los denunciados[182].

Tras la reunión de la Comisión del Colegio con el Ministro, éste manifestó que aquellos títulos habían sido suplantados, que tenía sospechas de otros títulos suplantados y que se iban a castigar con todo el rigor de la Ley a los responsables de estos hechos[183]. Al final se remitieron los títulos de los Coronas al promotor fiscal del juzgado de Tauste que le dio cumplimiento, tomando el juez de primera instancia declaración a los reos[184]

Otra forma de abuso en relación con los títulos era las de aquellos que venían a la Península con un título o certificado de farmacia expedido en la isla de Cuba para que la Dirección General de Estudios expidiese el título de farmacéutico sin haber sido previamente revalidado por cualquiera de los colegios de Madrid o Barcelona[185]. Las leyes sobre la materia prohibían ejercer la farmacia en la Península a todos aquellos que tuviesen un título extranjero, sin que antes fuesen revalidados en la Península, sujetándose los interesados a los exámenes de grado y haciendo depósito equivalente a todas las matrículas, derechos de examen y de grado en las

[181] Calvo Asensio, P. "Títulos de farmacéuticos, falsos o ilegales". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(32):125-126.
[182] Calvo Asensio, P.: "Colegio de Farmacéuticos de Madrid". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(34):134-135.
[183] Calvo Asensio, P. "Sigue la cuestión de los títulos falsos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(36):141-142.
[184] Calvo Asensio, P. "Siguen los procedimientos sobre los títulos falsos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1854; 10(7):26.
[185] "(…) *De permitir este abuso, el que quisiera ser farmacéutico no tendría más que irse a la Isla de Cuba, pasar por La Habana, traer un certificado o título y poner una botica* (…)". Martínez de Pastor, F. "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(3):22-23.

facultades o colegios, según las materias que acrediten con su diploma haber estudiado[186].

Otros ejemplos de abusos relacionados con los títulos que se dieron en aquella época y por los cuales determinadas personas intentaban conseguir el título de farmacéutico a través de las más diversas razones, se podrían citar: Un clérigo de Sevilla que aspiraba a ser reconocido como farmacéutico por práctica, fundándose en contar con "*influencias poderosas y además que en el año 1844 obtuvo una gracia igual su hermano*"[187], un hijo de farmacéutico de Málaga que fundaba su exposición para tener la farmacia abierta en que "*era hijo de farmacéutico, que no había ninguna farmacia en los pueblos colindantes, en que el Ayuntamiento le apoyaba, que era uno de los primeros contribuyentes y que su intrusión había sido tolerada desde hacia tiempo*"[188], otro que alegaba haber servido al ejército cuando por su edad se podía comprobar que no había nacido en aquella época[189] y así un sinfín de despropósitos que hacía que la clase farmacéutica estuviese cada vez más desmoralizada.

A pesar de todo, el Gobierno tomó iniciativas para evitar este descontrol con los títulos de farmacéutico como fueron, entre otras, publicar la Real Orden de 12 de septiembre de 1853[190] con objeto de evitar que personas ajenas a las diferentes facultades de la ciencia del curar pudiesen hacerse por medios ilegítimos con los títulos profesionales por fallecimiento del profesor[191] o el Real Decreto de 27 de

[186] Artículo 51 del Decreto de 10 de octubre de 1843. Plan de estudios médicos. *Gaceta de Madrid* nº 3309 de 11/10/1843, Suplemento.
[187] No se podía hacer ninguna concesión por práctica por haber caducado hacía muchos años el plazo que se dio para este objeto. Calvo Asensio, P. "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico.* 1850; 6(27):217.
[188] Aunque el Gobernador de Málaga lo permitiese en un primer momento basándose en que el intruso exponía que los medicamentos serían elaborados por un profesor farmacéutico y que él no haría más que despacharlos, el Gobierno de S.M. enmendó el desacierto de la autoridad de Málaga. Calvo Asensio, P. "Nuevas gracias en proyecto". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(5):17.
[189] Si alegaba que quería examinarse por Comisión tendría que estar practicando en botica antes de 1815, con lo cual no habría nacido en aquella época que alegó haber servido al ejército. Calvo Asensio, P. "Abusos". *El Restaurador Farmacéutico.* 1846; 2(6):44.
[190] Resuelve que se deberán remitir al Ministerio de Gobernación del Reino los títulos de aquellos profesores que falleciesen en esa provincia, excepto en el caso que lo reclamasen sus familias, pues entonces se les entregarán después de horadados e inútiles, dando conocimiento a ese Ministerio.
[191] El 16 de marzo de 1855, el diputado de las Cortes constituyentes, Codorniú, propuso una comisión que examinara los expedientes sobre la expedición de los títulos falsos de las profesiones médicas, donde a pesar de ello, no se pudo encontrar a los culpables de tales excesos. No obstante y para evitar que volviera a repetirse tales irregularidades, aprobó el Real decreto de 27 de mayo de 1855 (*Gaceta de Madrid* nº878 de 29/05/1855) dando varias disposiciones para el ejercicio de las profesiones de jurisprudencia, medicina, cirugía y farmacia. Calvo Asensio, P. *El Restaurador Farmacéutico*. 1855, 11(8):29-30 y 11(16):61-62.

mayo de 1855[192] para perseguir precisamente los diplomas falsos o de ilegítima procedencia, las extralimitaciones en las facultades por los legítimos concedidas, suplantaciones de nombre y el aprovechamiento de los títulos de los profesores fallecidos.

2.1.4.3.4.-Los Subdelegados de Farmacia

> *"(…) Los Jefes políticos o los Gobernadores de provincia, sobrecargados excesivamente de negocios políticos, económicos y gubernativos (…), profano a la ciencia que no comprende ni puede comprender los intereses profesionales ni el modo de. hacerlos compatibles con los del público: que no tiene para que cuidarse del decoro facultativo: que no puede entrar en discusiones científicas que se cruzan infinitas veces con el régimen gubernativo de las profesiones; en una palabra un hombre a quien en una actuación legal no reconoce la ley como perito en estas materias; es el que se va a erigir en juez de las quejas y denuncias de los subdelegados: este es el que instruye las primeras diligencias, el que informa al Jefe (tan profano como en él la ciencia, por lo general), el que resuelve de hecho el expediente, el que decide acaso de una plumada asuntos sobre los que una Asamblea de profesores se tomaría largos días y aun meses para emitir un informe medianamente acertado.*
>
> *De aquí el que a cada momento se remitan al Gobierno y este al Consejo de sanidad expedientes, quejas, y exposiciones sobre asuntos o mal resueltos o sin saber cómo resolverlos, porque las manos inferiores por donde han corrido eran incompetentes para el caso. De aquí el que tengan que recaer resoluciones superiores en contra de las acordadas por los Jefes políticos. De aquí el que los subdelegados no sepan como valerse para poner coto á tanto abuso, a tanta intrusión, a tanto desmán como se observa en el ejercicio de las ciencias médicas. De aquí el que cuando se tropieza con que el infractor de la ley es persona de cierta categoría, como podríamos citar algún caso, el subdelegado tenga que contentarse con haber hecho la denuncia, mientras en las regiones superiores se sobresee (…)[193]".*

La creciente aparición de azotes epidémicos, con la amenaza constante del cólera asiático, unido a la necesidad de remediar las gravísimas deficiencias de la legislación de la sanidad marítima y reformar el ineficaz sistema sanitario del interior del Reino, hicieron que el Gobierno moderado de Sotomayor, promulgara la reforma

[192] Real decreto de 27 de mayo de 1855, dando varias disposiciones para el ejercicio de las profesiones de jurisprudencia, medicina, cirugía y farmacia. *Gaceta de Madrid* nº878 de 29/05/1855.
[193] Calvo Asensio, P. "Subdelegaciones de Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(12):45-46.

sanitaria de 17 de Marzo de 1847[194] después de diversos intentos fallidos. Se podría considerar esta reforma como el comienzo de la verdadera organización integrada en una jerarquía administrativa sanitaria, garantizando el ejercicio de las profesiones sanitarias y situando a la autoridad sanitaria en representación del poder público bien central o en el orden periférico (provincial y municipal)[195].

El concepto de higiene privada e individual, arraigado de siglos anteriores, dejó paso al concepto de higiene pública, surgiendo en España la verdadera salud pública como función plena del Estado, que toma plena conciencia de que es responsabilidad suya la salud de los ciudadanos. La autoridad sanitaria se atribuye al estado central y a los delegados o jefes políticos gubernativos provinciales, y en cierta medida a los alcaldes. Se cambia la concepción de la salud pública en cuanto a que en la protección de la salud colectiva, se protegen bienes individuales, fundamento de la actuación de poder público liberal.[196].

Uno de los motivos que se tuvo en cuenta para redactar este Real Decreto fueron los abusos de toda clase que iban introduciéndose poco a poco en el ejercicio de las profesiones médicas; en la venta de drogas, medicinas, venenos; en todas las partes del servicio que iba adquiriendo el derecho de la prescripción a la sombra de la impunidad que habían proporcionado a los infractores de las leyes las vicisitudes de los tiempos, al hecho de no estar totalmente demarcada la separación de las atribuciones judiciales y administrativas, a la confusión producida por las disposiciones mismas de leyes y reglamentos poco conformes entre sí y al hecho de que si se debían proteger los grandes intereses del comercio y de la industria que interesaba la imperiosa revisión del sistema de la sanidad marítima, ésta también exigía la completa reforma de la sanidad interior para la conservación de la salud pública.

Con esta reforma sanitaria, se va a crear la estructura de la sanidad española basada en tres niveles de organización, donde quedaba claro que la sanidad era una

[194] Real Decreto de 17 de Marzo de 1847 suprimiendo la Junta Suprema de Sanidad del Reino y dando nueva organización a este Servicio (*Gaceta de Madrid* nº4574 de 24/03/1847). Tiene su desarrollo en el Reglamento de organización y atribuciones del Consejo y Juntas de Sanidad del Reino, mandado observar y cumplir por Real Orden de 26 de marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid* nº4585 de 04/04/1847), completando la normativa de organización de la función pública sanitaria el Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino, aprobado por S.M. en 24 de julio de 1848 y circulado a los jefes políticos de las provincias por Real Orden de 2 de agosto de 1848 (*Gaceta de Madrid* nº5076 de 06/08/1848).
[195] Ibídem 11; p34.
[196] Ibídem 11; p34.

función del Gobierno de la Nación, del cual emanaba la autoridad, las inspecciones, sanciones, premios y la función pública sanitaria. Toda la autoridad sanitaria se centralizaría a través del Ministerio de Gobernación del cual dependería toda la estructura sanitaria del Reino.

El primer nivel correspondió al estatal, a través del Ministerio de la Gobernación, con un órgano consultivo llamado "Real Consejo de Sanidad" y otro órgano ejecutivo llamado "Dirección General de Sanidad"; el segundo nivel fue el provincial, a través de los gobiernos civiles, que contarían en sus sedes con un "Negociado Administrativo de Sanidad" compuesto por los Subdelegados de Sanidad (Médicos, farmacéuticos y veterinarios) como autoridad sanitaria y bajo la dependencia del jefe político y una "Junta Provincial de Sanidad" como órgano asesor y el tercer nivel correspondió al municipal, con los "Alcaldes" como autoridad local de protección de la salubridad, pues todo concepto sanitario es básicamente de policía gubernativa, siendo la "Junta Municipal de Sanidad" el órgano asesor del que formarían parte los facultativos titulares.

La consecuencia inmediata fue la derogación de la organización precedente, tanto la Junta Suprema de Sanidad como las Juntas provinciales y municipales de Sanidad del Reino tal como eran y funcionaban desde 1813, pasando a tener un sentido de funcionarios, con misiones concretas en dependencia política con los gobernadores civiles de las provincias y técnica respecto al Real Consejo de Sanidad.

Se trató de establecer un sistema ordenado de policía sanitaria interior, dirigido a la preservación de contagios y epizootias, a la conservación de la salubridad pública y a la represión eficaz de las infracciones de las leyes, reglamentos o disposiciones gubernativas pertenecientes a la policía sanitaria y a la médica. De esta forma se dio un impulso al servicio de salubridad general muy descuidado hasta entonces, proporcionando a los jefes políticos los medios para poner en orden el servicio de policía médica, llevado a cabo por las academias y por los subdelegados, facilitando la reforma del sistema de policía sanitaria y la recopilación de los datos estadísticos-médicos.

Los cargos de vocales de las Juntas, tanto provinciales como municipales, eran honoríficos y gratuitos, si bien las decisiones políticas ya no iban a estar en estos órganos consultivos como anteriormente estuviera tanto en el Protomedicato, como en las Juntas Superiores Gubernativas o en la Junta Suprema, sino en los

órganos políticos de nueva creación[197] y que traerían posteriormente muchas complicaciones a la hora velar por el cumplimiento de las leyes y los reglamentos[198].

A la Junta Provincial de Sanidad le correspondió dar su dictamen acerca de los negocios relativos a los diversos ramos del servicio que tenía encomendado, previa consulta del jefe político, así como presentarle las consultas y propuestas para mejorar la salubridad de sus respectivas provincias, a preservarlas de los males contagiosos y endémicos, así como también de las epizootias, mejorar el servicio público en lo relativo al ejercicio de la medicina, cirugía, farmacia y veterinaria y a reprimir eficazmente las infracciones a las leyes, reglamentos, y disposiciones vigentes acerca del mismo ejercicio o de la venta de sustancias o cuerpos de cualquier clase que pudiera incidir perniciosamente en la salud pública[199].

Respecto a las Juntas de Sanidad de partido, fueron las encargadas de dar su dictamen al jefe político del partido o a la autoridad civil de la cabeza de partido, que sería su presidente acerca de todos los asuntos relacionados con la sanidad, y especialmente a los pertenecientes a la salubridad pública y al uso y abuso en el ejercicio de los diversos ramos de la ciencia del curar y en la venta de medicamentos respecto al territorio del partido, así como presentarle las consultas y propuestas para mejorar la salubridad de sus respectivas provincias, a preservarlas de los males contagiosos y endémicos, así como presentarle las consultas y propuestas para mejorar la salubridad de sus partido, a remover las causas que pudieran influir en la producción de enfermedades de cualquier género; mejorar y perfeccionar el servicio público en lo relativo al ejercicio de la medicina, cirugía, farmacia y veterinaria y a reprimir eficazmente las infracciones a las leyes, reglamentos, y disposiciones

[197] Ibídem 11; p.73

[198] El cambio más importante que se produjo para los intereses de la clase farmacéutica y de que más se quejaron posteriormente los facultativos farmacéuticos fue el hecho de que los subdelegados de Farmacia fuesen a depender directamente de un jefe político "*Los subdelegados de medicina y cirugía y los de farmacia y veterinaria seguirán desempeñando las atribuciones que les están señaladas por los Reglamentos y Reales Órdenes; pero dependerán inmediatamente del jefa político de los distritos y de la capital de cada provincia y su partido, y de la respectiva junta subalterna los que residan en los demás partidos, entendiéndose directamente con las autoridades en todos los casos*". Artículo 24 del Real Decreto de 17 de Marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid* nº 3090 de 24/03/1847)

[199] Artículo 19 del Reglamento de organización y atribuciones del Consejo y Juntas de Sanidad del Reino, mandado observar y cumplir por Real Orden de 26 de marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid* nº 4585 de 04/04/1847)

vigentes acerca del mismo ejercicio o de la venta de sustancias o cuerpos de cualquier clase que pudiera incidir perniciosamente en la salud pública [200].

Los Subdelegados de Sanidad, que se establecieron en las provincias como delegados especiales del Gobierno, fueron los encargados de vigilar y reclamar el cumplimiento de las leyes, ordenanzas, decretos, reglamentos, instrucciones y órdenes relativas a todos los ramos de Sanidad, en el cual estaba comprendido el ejercicio de la farmacia; en concreto la elaboración, introducción, venta y aplicación de las sustancias que podían usarse como medicinas o ser consideradas como venenos[201]. En cada partido judicial habría tres Subdelegados de Sanidad, uno de ellos de Farmacia, siendo nombrado por los jefes políticos de sus respectivas provincias, oído previamente el parecer de las Juntas Provinciales de Sanidad, y observándose para su nombramiento la siguiente escala: los farmacéuticos que hubiesen servido con celo e inteligencia el cargo de subdelegado, los doctores, los licenciados y los que no tuviesen grado.

Los Subdelegados de los distritos de las capitales de provincia pasaron a depender inmediatamente del jefe político, mientras que los de fuera de ellas, de los alcaldes presidentes de las juntas de sanidad de los partidos, a las cuales debían dirigir todas sus comunicaciones, exceptuándose las infracciones, contravenciones o intrusiones, que deberían acudir directamente al alcalde cuando le estuviese sometido por la ley el castigo de dicha falta. Cuando presentaban reclamaciones debían de

[200] Artículos 37 y 38 del Reglamento de organización y atribuciones del Consejo y Juntas de Sanidad del Reino, mandado observar y cumplir por Real Orden de 26 de marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid* nº4585 de 04/04/1847).

[201] Serían también funciones de los Subdelegados, entre otras y en lo referente a la Farmacia: El cuidar de que ninguna persona ejerciese el todo o parte de la ciencia del curar sin el correspondiente título, limitándose los profesores al ejercicio de sus facultades; vigilar la exacta observancia de lo prevenido en las leyes, ordenanzas y demás disposiciones vigentes acerca de las condiciones en que puedan ser introducidas, elaboradas, puesta a la venta o suministradas las sustancias o cuerpos medicamentosos o venenosos; examinar los títulos de los profesores de la ciencia del curar que ejerciesen o desearen ejercer su profesión en el distrito de la subdelegación horadar los sellos y firmas de los que fallezcan dentro de él, devolviéndolos a sus familias, si los reclamasen; llevar los registros de las listas generales y nominales de los profesores que tengan su residencia habitual en el mismo distrito, con notas de los que ejerzan sin tener la residencia, de los fallecidos y de los que se hayan trasladado a otro distrito; la inspección y vigilancia con respecto a los farmacéuticos, herbolarios, drogueros, especieros y cuantos elaboren, vendan, introduzcan o suministren sustancias o cuerpos medicamentosos o venenosos.; deberán visitar, previo permiso de la autoridad competente, todas las boticas nuevas y las que habiendo estado cerradas volvieran a abrirse, dando cuenta de las faltas que encontrasen a la autoridad respectiva,…Artículos 1, 2, 3, 7, 11 y 12 del Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino, aprobado por S.M. en 24 de julio de 1848 (*Gaceta de Madrid* nº 5076 de 06/08/1848).

procurar aportar las pruebas de los hechos, documentos que los comprueben, citar las disposiciones incumplidas y la pena a que estuviesen sujetos los infractores.

Los Subdelegados de Sanidad eran considerados la autoridad inmediata de los demás profesores de la facultad que residían en el respectivo distrito. Los cargos de Subdelegado tenían un carácter gratuito, si bien, como compensación de los gastos que pudiesen originarse en el desempeño de sus funciones, tendrían derecho a dos terceras partes de las multas o penas pecuarias que impusiesen gubernativa o judicialmente.

Pero los buenos deseos con los que se redactó el Reglamento de 24 de julio de 1848 con el objetivo de proteger a las ciencias del curar, velar por la observancia de las disposiciones sanitarias, perseguir las intrusiones y los abusos, moralizar a los profesores que olvidasen sus deberes, auxiliar a los alcaldes en los casos de epizootias u otros, así como proporcionar los datos necesarios para formar y llevar a cabo la estadística de las profesiones sanitarias, chocó con un resultado bien distinto, fruto en la mayoría de los casos, de la dependencia de los subdelegados a las autoridades ordinarias, limitando sus quehaceres a prácticamente la expedición de las estadísticas dos veces al año. La real orden les ponía coto a sus facultades y atribuciones, teniendo que circunscribirse a lo que ella le marcaba.

Existieron innumerables abusos e intrusiones en el ramo de la farmacia, que se cometieron por diferentes personas, unas veces por la tolerancia de los subdelegados y otras por la que les dispensaban los alcaldes, con notable perjuicio de la salud pública y de los profesores que se encontraban legítimamente autorizados para ejercer dicha facultad. En definitiva, el abuso de los subdelegados era precisamente el no ejercer las funciones para las que se habían creado.

> *"(..) El subdelegado que ve la inutilidad de sus esfuerzos, se presenta en un pueblo, sorprende medicamentos, los presenta a la autoridad, y denuncia con energía a los infractores; pero vuelve a su casa, y aunque multiplica sus reclamaciones, no es atendido. Eleva su demanda a la primera autoridad de provincia, y obtiene igual resultado. Insiste dirigiéndose al alcalde, quien fastidiado acaso de tan pertinaz solicitante, le dice haber impuesto cuatro días de arresto según el código penal, pero que no se habían cumplido por hallarse enfermos los culpables (...)*[202]*".*

[202] González Pérez, J.: "Correspondencia de Provincias ¿qué se entiende por un subdelegado de Sanidad en España?". Carta que escribe un subdelegado de Sanidad al Director del periódico. *El Restaurador Farmacéutico* 1850; 6(11):82-83.

Las subdelegaciones no fueron más que cargos nominales, sin fuerza, sin prestigio y sin la verdadera autorización que deberían tener, sin un predilecto interés por parte de las primeras autoridades para evitar y castigar las intrusiones y desmanes facultativos, colocando a los subdelegados en la triste posición de ser meros denunciadores, desprestigiados y sin fuerza moral bastante ni aún para que se diera crédito a sus denuncias sino fuesen acompañadas de pruebas materiales que no pocas veces se rechazaban. Por eso, para ser subdelegado con tales restricciones y conseguir que se observasen los reglamentos, se necesitaba una constancia y una fuerza de voluntad que no todos poseían[203] y que, en casos extremos, se veían forzados a solicitar su dimisión[204].

Había subdelegados que, faltos de fuerza moral, no se atrevían a realizar las reclamaciones porque solo iban a acarrearles enemistades, además de que al final quedarían sin efecto[205]. Las autoridades no les hacían caso y llegaban a considerar a los intrusos como seres apenas culpables y a los que se les toleraba, cuando no abiertamente se les protegía de las severas penas que las leyes y reglamentos señalaban al respecto, derivando a veces la pena contra el subdelegado que en cumplimiento de su obligación creía su deber denunciar la infracción[206].

---

[203] Calvo Asensio, P. "Estado de las Subdelegaciones Facultativas". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(26):105-106.

[204] Se admitió la dimisión de dos farmacéuticos de la Corte después de encontrar obstáculos insuperables en el desempeño de su cometido. Calvo Asensio, P. "Estado lastimoso de la Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(13):50; También subdelegados de farmacia de Sevilla presentaron su dimisión al ver que eran ineficaces sus esfuerzos de cortar los abusos que se cometían con perjuicio de la salud pública y detrimento de los derechos y atribuciones de los farmacéuticos, médicos y cirujanos, por no encontrar protección en las autoridades que habían de aplicar la ley sobre los intrusos, alegando que era inútil tal destino, puesto que nada representaban, ni eran atendidas sus justas denuncias. Calvo Asensio, P. "Medidas gubernativas, precursoras de la reforma de las clases médicas". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(34):169-170. Otro caso fue la dimisión de dos Subdelegados de Farmacia de Zaragoza por verse desairados, sin fuerza moral, por falta de apoyo de la autoridad al condonarle la pena a un confitero intrusarse en la farmacia. Calvo Asensio, P.: "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(20):80.

[205] Rodríguez, P.Mª. Comunicación de un Subdelegado de Farmacia pidiendo apoyo para reprimir abusos e intrusiones y en la que instaba a los alcaldes de su provincia a que no consintieran ni toleraran a los intrusos en farmacia recordándoles su responsabilidad. *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(5):15-16.

[206] A un Subdelegado de Farmacia de Toledo se le condenó a costas después de denunciar a dos médicos homeópatas por despachar medicamentos de su botiquín particular. Los subdelegados, en lugar de ser considerados como agentes del Gobierno en calidad de fiscales estarían reducidos a la esfera de cualquier ciudadano que pudiera denunciar un delito con riesgo de castigo si el juez creyese que la denuncia fuese infundada, preguntándose si tras las dificultades que presentaba realizar una denuncia y las enemistades y odios que arrastrarían si cumpliesen su deber, tuvieran que ser responsables, no sería fácil denunciar a nadie. Calvo Asensio, P. "Estado de las Subdelegaciones Facultativas". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(26):105-106.

La clase médica reclamaba un tribunal facultativo exclusivo para atender sus asuntos y que se hiciera comprender a los Gobernadores lo necesaria que era la independencia de los profesores facultativos y cuánto necesitaban el apoyo de la autoridad los que estaban consagrados al servicio sanitario.

Aun así no faltaron Gobernadores de provincia que marcaron las instrucciones a sus alcaldes para reprimir los innumerables abusos e intrusiones en el ramo de farmacia[207] y Subdelegados de Farmacia que pedían el apoyo a los Gobernadores de Provincia para llevar a cabo sus funciones[208].

2.1.4.3.5.- Los abusos en los análisis por mandato judicial

> *"(…) Habiendo sido nombrado juntamente con otro profesor, por el juzgado de primera instancia de este partido, para el reconocimiento y análisis de ciertos papelillos encontrados a un reo, sospechando que contuviesen algún veneno, respondimos hallarnos dispuestos a desempeñar dicho cargo si nos facilitaban recursos para los gastos que ocasionasen semejantes procedimientos, así como nuestros honorarios.*
>
> *El juzgado, en uso de sus atribuciones, oído el dictamen fiscal (que dice ser un deber a todos los facultativos asistir a dichos actos y prestar los auxilios que les exija el juzgado) no solamente se ha servido mandar en un auto (cuya copia conservo), que sin pretesto alguno*

[207] La Dirección de Sanidad de Almería dictó la Circular número 951 en la que se dictó las disposiciones: *1. Que se cuide del exacto cumplimiento de la real orden de 22 de marzo del año último y demás ordenanzas e instrucciones vigentes, relativas a todos los subdelegados de Sanidad. 2. Los alcaldes que consientan o protejan a algún intruso, precedida que sea la queja del subdelegado respectivo, y la presencia del delincuente o efectos medicinales que expendan, incurrirán en las multas que las instrucciones establecen, exigiéndoles asimismo la más estrecha responsabilidad. 3. El subdelegado que no cumpla su cometido con el celo debido, dando lugar con su apatía o indiferencia a que los intrusos continúen vendiendo o ejerciendo, será destituido de su honorífico cargo y penado con una multa proporcionada a su falta, quedando autorizado cualquier profesor a denunciar a mi autoridad aquella. 4. Las multas impuestas por los subdelegados serán con ejecución a lo prevenido en la instrucción de los mismos y se exigirán en el papel correspondiente. 5. Los alcaldes cuidarán de la puntual observancia de estas disposiciones, así como de noticiarlas a los respectivos subdelegados de partido a los propios fines, para que en ningún caso puedan alegar ignorancia, dándome aviso de haberlo así verificado*. Boletín Oficial de Almería (07/11/1851)

[208] Solicitud de un Subdelegado de farmacia del partido de Purchena (Almería) al Gobernador, para que la Junta de Sanidad de la Provincia previniese a los alcaldes de: "*no consientan ni toleren a los intrusos en farmacia recordándoles su responsabilidad, como que no den licencia para vender géneros medicínales a los drogueros ambulantes en grande o en pequeño, no presentándose autorizados para comerciar como tales drogueros, y en este caso sea sujetándose a las disposiciones que rigen esta materia, corno que tampoco la conceda a los charlatanes, curanderos, ni a los perfumistas, sino con sujeción a lo dispuesto en la real orden de 30 de junio del presente año, y a los subdelegados de medicina, prevengan a los médicos se opongan al uso de medicamentos que no procedan de las oficinas de farmacia y rechacen el uso de los preparados por cualesquiera intrusos, recordando a los cirujanos, sangradores y albéitares que se entrometan a preparar medicamentos, se abstengan de hacerlo, o las disposiciones que V. estimen más oportunas y eficaces, según su alta penetración, para destruir radicalmente en esta provincia unos abusos tan perjudiciales a la humanidad doliente, al decoro de las ciencias médicas y a los legítimos derechos de sus profesores*". Rodríguez, P.Mª. "Interesante". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(3):45-46.

> *procedamos al análisis químico, sino también que sean de nuestra cuenta los reactivos e instrumentos que puedan gastarse, sin perjuicio de anotar las costas para en su día abonarlo si hubiese de donde (…)"*[209].

Otro de los abusos que sufrían los farmacéuticos fue la "obligación" de tener que realizar los análisis que les fuesen solicitados por los Ayuntamientos, como el control de alimentos y bebidas[210], por los policías, como el analizar sustancias sospechosas y sobre todo, los jueces por mandato judicial[211], principalmente para esclarecer crímenes causados por envenenamientos y que en la mayoría de los casos, no solo no les pagaban sus honorarios, sino que además, para llevar a cabo estos análisis, les era preciso tener que hacer un desembolso de consideración que difícilmente les iba a ser devuelto. Por este motivo, la clase farmacéutica reclamaba que se anticipase el importe de los reactivos y medicinas para el caso de resultar la persona insolvente, aparte del pago a través de los fondos municipales de los reconocimientos y disecciones anatómicas practicadas por los médicos y cirujanos.

Ejemplo de estos abusos judiciales se encontrarían cuando se obligaba a los farmacéuticos de las poblaciones a suministrar todos los medicamentos que se necesitaran para curar las heridas causadas por un agresor[212], cuando se les exigía a los farmacéuticos que aportaran las sustancias necesarias para realizar las autopsias a los fallecidos por parte de los médicos [213], o bien cuando tenían que realizar el

[209] Fragmento de la carta que le envía al redactor del periódico en el que se queja el farmacéutico de sacrificar toda su juventud y patrimonio en una carrera tan penosa para luego establecerse en un pueblo donde todas las autoridades le mandaban según les convenía. González Pérez, J.: "Correspondencia de provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1848; 4(33):262-263.

[210] El Ayuntamiento de Madrid solicitó al Colegio de farmacéuticos de Madrid que analizase unas libras de chocolate. Calvo Asensio, P: "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(20):262.

[211] En el juzgado de Molina de Aragón se instruyó un proceso entre dos comerciantes sobre una supuesta adulteración y estafa en la elaboración de velas de cera de sebo en la que se procedió a la investigación analítica por peritos farmacéuticos por mandato judicial y en la que resultó, después de varios recursos, que los honorarios de los peritos farmacéuticos fueran de oficio a excepción de los gastos materiales empleados en los trabajos analíticos, que debían de ser sufragados por los dos comerciantes. No reclamó el farmacéutico el proceder del tribunal porque "el remedio iba a ser peor que la enfermedad" y por tanto desistió de su intención. Hergueta P.B.: "Remitido al Director". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(21):268-269.

[212] "(…) *y aunque el agresor a cuenta de quien suelen ir las costas, tenga posibles, pagará siempre a todos los dependientes de la curia, pero nunca la medicina gastada* ()".Calvo Asensio, P: "Variedades". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(20):262.

[213] El Juzgado de Primera Instancia de Toro (Zamora), solicitó a los dos farmacéuticos de la población la orden de aportar la cantidad necesaria de cloruro óxido de sodio para que se le pudiera realizar la autopsia urgente a un cadáver, sin perjuicio de la retribución que en su caso correspondiese siempre y cuando hubiese condenación de costas. Aunque se negaron en un primer momento a aportarlos medicamentos que existían en sus oficinas sin el efectivo reintegro de su importe, por miedo a los violentos medios que la autoridad judicial pudiera tomar frente a ellos, decidieron entregar el

análisis químico del estómago, parte de intestinos y sustancias en ellas contenidas en los casos de cadáveres por envenenamiento[214] y en los que la mayoría de las veces no llegaban a cobrar los gastos y derechos devengados en los casos de análisis y reconocimiento (honorarios del trabajo realizado, medicinas suministradas y sustancias y materiales utilizados).

Entre los gastos que exigían dichas operaciones farmacéuticas había que incluir los gastos necesarios de un local que sirviera de laboratorio para no contaminar la botica con los restos orgánicos en putrefacción, cuyos "vapores y miasmas pútridos" podían perjudicar la pureza y propiedades de los medicamentos que los farmacéuticos tenían en sus farmacias para el uso público; las vasijas e instrumentos que eran precisos emplear para la operación y que solo se emplearían una vez por haber contenido restos de un cadáver, ya que no se debía emplear para la preparación de medicamentos que pudiesen consumir el público y por último los cuerpos simples medicinales que eran imprescindibles para verificar las operaciones necesarias[215].

Igualmente también se les exigía a los farmacéuticos que dieran gratis a los pobres las medicinas que pudiesen, ya que "según fuera más o menos ventajosa la posición del farmacéutico, así podría ejercer en mayor o menor escala esa obra de caridad"[216].

En vista de las reclamaciones que se dirigieron por las autoridades judiciales y gubernativas para que se creara un fondo con el que cubrir los gastos indispensables para las operaciones y reconocimientos periciales y facultativos que ocurrían en las causas criminales de oficio, se dictó una Real Orden[217] por el

---

correspondiente cloruro. A raíz de este hecho el Gobierno superior político de Zamora solicitó al Ministro de la Gobernación del Reino para que se estableciese una regla general respecto al modo de satisfacer a los farmacéuticos y médicos el importe de los honorarios que devengasen o de las medicinas que facilitasen en los casos de medicina legal. Rodríguez Tejedor, A.: "Correspondencia de provincias: Comunicaciones". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(39):23-24.

[214] El Juzgado de Primera Instancia de Caravaca solicitó además, el análisis de un cajón lleno de vasijas con caldos, chocolate, horchata y otros residuos de alimentos, papeles con azúcar, tierras y otras cosas encontradas en la casa mortuoria. Julián A.S. y Salinas L. "Correspondencia de provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(6):78-79.

[215] Calvo Asensio, P: "Procedimientos analíticos por mandato judicial". *El Restaurador Farmacéutico*.1853; 9(3):9-10.

[216] Calvo Asensio, P: "Sobre el despacho de medicinas por mandato judicial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(33):257-260.

[217] Real Orden de 9 de marzo de 1851, mandando que los gastos necesarios ocasionados en las causa criminales de oficio sean de abono con aplicación a la partida de 30.000 rs. consignada en el capítulo 15, sección 4.º del presupuesto de este Ministerio. *Gaceta de Madrid* nº6083 de 10/03/1851.

Ministerio de Gracia y Justicia por la cual, para que los tribunales tuviesen siempre libre los auxilios indispensables para el mejor desempeño de sus funciones, cubrir los gastos necesarios ocasionados en las causas criminales de oficio para los objetos referidos o para la práctica de otras diligencias semejantes que se reclamasen con la debida justificación, fueran de abono a una partida de treinta mil reales consignada en el presupuesto del ministerio, además se podría pedir un crédito supletorio, si dicha cantidad no alcanzase a cubrir los gastos imprevistos para la que estaba destinada. De esta forma los farmacéuticos ya no tendrían que lamentar en lo sucesivo los perjuicios causados por los tribunales.

A esta Real Orden le siguió una Circular[218] por la que se mandaba que los honorarios de los profesores de medicina, cirugía y farmacia no se abonaran hasta el tiempo en que se hicieran efectivas las costas y los gastos del juicio; pero no así de los gastos materiales que causasen las operaciones, las cuales se debían de satisfacer al tiempo de practicarlas. De esta forma tenían la seguridad de que por lo menos los gastos materiales les iban a ser satisfechos, reservándose el cobro de sus honorarios para cuando se satisfaciese las costas y gastos del juicio[219].

En otros casos, los farmacéuticos también pedían la instalación en cada Audiencia de un laboratorio químico completamente surtido de los medios convenientes para la realización de dichas operaciones tan delicadas y científicas y a cargo de profesores competentes[220], otros el nombramiento de farmacéuticos como expertos[221] y otros la creación de plazas de farmacéuticos forenses en todos los

[218] Circular de 3 de marzo de 1852, declarando que los gastos materiales que se ocasionen en las causas seguidas de oficio se satisfagan cuando se verifique el pago de costas. *Gaceta de Madrid* nº6464 de 04/03/1852.

[219] Por tanto el Gobierno reconocía que si los facultativos debían auxiliar a los tribunales con su ciencia y trabajo personal en el esclarecimiento de la inocencia o culpabilidad de los acusados, quedando los profesores sujetos a la eventualidad del pago de los honorarios por sus trabajos, no se les podía ni debía exigir que ellos hiciesen sacrificios pecuniarios para verificar sus ensayos, y por eso se mandó que se les abonasen por lo menos los gastos materiales que ocasionaban dichas operaciones. Calvo Asensio, P: "Procedimientos analíticos por mandato judicial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(3):9-10.

[220] Julián A.S. y Salinas L. "Correspondencia de provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(6):78-79.

[221] Estos farmacéuticos expertos se atenderían a: La aceptación del cargo de perito farmacéutico sería siempre libre y voluntaria. Después de aceptado y jurado sería obligatorio su fiel desempeño. El importe de los gastos necesarios y el de los artículos que exijan para las operaciones de análisis y reconocimiento, les sería adelantado por los tribunales del fondo de penas de cámara (o del que se designe.) y Los derechos de indemnización por su ciencia y su trabajo o sean los honorarios que anotasen en su firma, correrían la misma suerte que la de los demás peritos facultativos. Fernández López, M. "Correspondencia de provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(6):23.

partidos, con la precisa obligación de verificar todos los análisis judiciales que ocurriesen en sus respectivos partidos[222].

2.1.4.3.6.-Los medicamentos secretos, extranjeros y homeopáticos:

> *"(..) en España a la faz del público, del gobierno, de los subdelegados de ciencias médicas, y en los periódicos de más circulación, se anuncia impunemente toda clase de remedios para cualquier enfermedad, vendiéndose sin traba ni restricción de ningún género, y sin que a los infractores de las prerrogativas médico-farmacéuticas se les imponga el condigno castigo[223]".*

En esta época, la clase farmacéutica tenía que conjugar su ejercicio profesional con el tráfico de medicamentos extranjeros, homeopáticos y remedios secretos por personas no autorizadas para ello, anunciándose los mismos a través de los anuncios publicados en los periódicos.

Los medicamentos extranjeros:

La política liberalizadora respecto a la importación de medicamentos extranjeros que llevaron a cabo los gobiernos españoles durante el segundo cuarto del siglo XIX fue clave para explicar el arraigo de los medicamentos extranjeros en España, constituyendo otro de los factores que contribuyeron a la crisis de la Farmacia[224]. Así, los Aranceles de Aduanas favorecieron durante ocho años, de 1841[225] a 1849[226], la importación de los medicamentos galénicos.

A partir del año 1849 se prohibió la entrada únicamente a aquellas preparaciones farmacéuticas que estaban prohibidas por los reglamentos sanitarios[227],

---

[222] Calvo Asensio, P: "Procedimientos analíticos por mandato judicial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(3):9-10.

[223] Calvo Asensio, P. "Venta de remedios secretos, impunidad de los intrusos y proceder de los subdelegados". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 9(7):85-86.

[224] Ibídem 55; pp40-41.

[225] Ley de 9 de julio de 1841, por la que se autoriza al Gobierno para que pueda plantear en la Península e islas adyacentes, a excepción de las Canarias, los aranceles (*Gaceta de Madrid* nº 2461 de 13/07/1841) y Real Orden de 31 de agosto de 1841 para que desde 1º de Noviembre próximo empiecen a regir la ley de aduanas y los nuevos aranceles (*Gaceta de Madrid* nº2511 de 01/09/1841).

[226] Real decreto de 17 de julio de 1849 sancionando el proyecto de ley sobre reforma de aranceles de importación en el Reino de los géneros, frutos y efectos extranjeros. *Gaceta de Madrid* nº5423 de 19/07/1849.

[227] *"(...) O el Gobierno y las Cortes se han olvidado de los derechos y deberes de los farmacéuticos españoles, o con conocimiento de causa intentan perjudicar estos derechos, comprometiendo al mismo tiempo a la salud pública por el mezquino interés que puede producir a la hacienda nacional la introducción de medicamentos, bien o mal preparados, y cuya elaboración puede estar hecha así por persona facultada para ello, como por cualquier charlatán curandero, de los muchos en que*

permitiendo por tanto la entrada de los preparados farmacéuticos no estuviesen prohibidos en dichos reglamentos (estaban prohibidos aquellos cuya venta podría ocasionar un perjuicio para la salud pública), y que en la práctica era muy pequeña en comparación con el número de preparados que en el día tenían uso en la práctica médica[228], conociéndose con el nombre de "específicos"[229] o "composiciones particulares".

La precaria situación de la mayoría de los profesores de farmacia fue causa de que fuesen muy pocas en número, las boticas que elaborasen los productos químicos que más uso tenían ya que debido al tiempo, gasto y trabajo que estas preparaciones ocasionaban, decidían comprarlas ya preparadas a los laboratorios químicos que las fabricaban. Éstos, debido a que podían negociar en mayores proporciones, podían darlas a un precio más moderado[230].

Para remediar esta situación, el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, creado en 1737 con el objetivo de promover y propagar los adelantos de la ciencia y velar por el buen orden de la facultad, lideró el proyecto para la creación de una "Sociedad Farmacéutica Mercantil"[231] que incluiría un almacén general y central de géneros

---

abunda nuestra vecina la república francesa. De este punto se introducen continuamente en España diferentes preparados farmacéuticos que se expenden públicamente, y cuyas virtudes se recomiendan hasta el extremo por los especuladores de oficio, que están comerciando con la salud pública y con la credulidad de mil incautos (...)". Calvo Asensio, P.: "De la introducción de las preparaciones farmacéuticas extranjeras". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(22):169-171.

[228] La clase farmacéutica se preguntaba el por qué de la libre entrada de las preparaciones farmacéuticas a España cuando ni tan siquiera países como Francia o Inglaterra lo permitían. Además se preguntaban quién elaboraría dichas preparaciones en aquellos países, pues podría ser un farmacéutico o cualquier otra persona sin ningún tipo de preparación. Lo único que no podían hacer era traer las preparaciones prohibidas por los reglamentos de Sanidad. Calvo Asensio, P. "De la introducción de las preparaciones farmacéuticas extranjeras". *El Restaurador Farmacéutico*. 1849; 5(22):169-171.

[229] Este concepto de específico va a ir cambiando a lo largo de los años. Véase el Capítulo VI: Específicos y especialidades farmacéuticas: Polémica intraprofesional y repercusión industrial (en torno al concepto de específico, remedio secreto y especialidad farmacéutica): Ibídem 55.

[230] Surgían dudas entre la clase farmacéutica por la desconfianza de la pureza y exactitud de la elaboración, y les colocaba en la necesidad de recurrir a detenidos y minuciosos análisis, para convencerse de la pureza de los compuestos, y poderlos expender con confianza de que en ellos no existiese adulteración, aunque no siempre era factible y en este caso tenían que fiarse de la buena fe de los preparadores y en la de los que por tercera o cuarta mano se lo habían expendido. Calvo Asensio, P. "Mejoras materiales". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(20):255-258.

[231] Previamente, la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos a través de su periódico oficial El Restaurador Farmacéutico le solicita al Colegio de Farmacéuticos de Madrid que se forme en dicho Colegio un centro de acción en el cual se instalase una sociedad comercial exclusivamente farmacéutica, con un capital de cuatrocientos mil reales, divididos en cuatro mil acciones. En el mismo se establecería un depósito central de drogas y un laboratorio químico-farmacéutico; de esta forma, los géneros serían de buena ley y los precios lo más económicos posible. Calvo Asensio, P. "Mejoras materiales". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(20):256-257. Además, esta sociedad comercial podría facilitar a sus socios un anticipo, de pequeño recargo de réditos, proporcionado para

medicinales simples y compuestos. La posición de los farmacéuticos reclamaba con urgencia una asociación que fuera el núcleo del movimiento de la parte comercial de la farmacia. De esta forma los farmacéuticos pobres podrían librarse del azote de usura en la compra de artículos medicinales, se favorecería el estímulo entre los profesores al dar salida a sus preparaciones y sobretodo que los esfuerzos de los farmacéuticos redundarían en su propia clase y no en la de los intrusos[232].

El proyecto de estatutos[233] para la formación de esta sociedad mercantil, de carácter anónima, lo redactó una comisión[234] del Colegio de Farmacéuticos de Madrid a finales del año 1846 cuyo objeto fue el acopio y expedición de géneros medicinales tanto indígenas como exóticos y de preparaciones farmacéuticas para el surtido de los profesores del Reino, los cuales podrían verificar el pago al contado o en la forma que previniese su reglamento interior. El capital de la Sociedad sería de cinco millones de reales divididos en diez mil acciones de quinientos reales cada una, adquiribles solo por farmacéuticos españoles, sus viudas o huérfanos, quedando constituida la Sociedad cuando se hubiesen emitido la tercera parte de las acciones que formasen el capital. El domicilio de la Sociedad se fijaría en Madrid donde tendría abierto su almacén para el despacho de medicamentos simples y compuestos y contaría con un Laboratorio para la preparación de los compuestos que conviniesen. Sería la dirección de la Sociedad la que formaría el catálogo de los géneros medicinales que fuesen a expenderse en el almacén o en los depósitos, el de los medicamentos compuestos que se fuesen a elaborar y la fijación de los precios de los unos y otros, haciendo en ellos las variaciones oportunas.

---

ayudar a establecerse de nuevo una botica para los casos de saqueo, robo, incendio…o bien aquellas de nueva apertura podrían sacar fiados los géneros medicinales de la misma forma y también a estudiantes pobres aplicados para terminar sus grados de licenciados una vez concluidos sus estudios teóricos. Habría un almacén o depósito donde se almacenarían los géneros simples o compuestos elaborados por los profesores o por el laboratorio central, previo paso de una escrupulosa revista ejecutada por una comisión facultativa e imparcial que garantizaría su aptitud para el consumo. De esta forma se podría competir con los extranjeros y los drogueros. Calvo Asensio, P. "Mejoras materiales". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(23):279-281.

[232] Calvo Asensio, P. "A los encargados del proyecto de la Sociedad Farmacéutica Mercantil". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(18):137-138.

[233] Calvo Asensio, P. "Sociedad farmacéutica Mercantil". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(25):319-323.

[234] La Comisión estuvo compuesta por sujetos de conocido mérito y que representaban al Colegio de Farmacéuticos de dicha Corte y formaron parte de la misma los Señores: Ramón Ferrari (presidente), Francisco González Delgado, Quintín Chiarlone, Juan Pedro Blesa, Pedro Regalado Pérez, José Reinoso (vocales) y Manuel Telesforo Monge (secretario). Calvo Asensio, P. "Sobre el proyecto de la Sociedad farmacéutica Mercantil". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(25):295-296.

En definitiva, lo que se pretendía era la unión de la clase farmacéutica a través de la creación de un almacén que actuase como depósito central para el abastecimiento a las farmacias de los géneros medicinales y de las preparaciones propias de las oficinas de farmacia, lo cual provocaría una reducción en el coste de los mismos y repercutiría el beneficio en el propio sector, evitando de esta forma la necesidad de abastecimiento de las materias primas a través de las droguerías y la necesidad de introducir medicamentos fabricados en el extranjero. De esta forma, reunirían todas las exigencias, las cualidades de calidad y economía[235].

Pero dicha Sociedad Farmacéutica Mercantil no llegó a ponerse nunca en funcionamiento por circunstancias económicas y de infraestructura, bien en un primer momento como consecuencia de una Real Orden publicada acerca de las sociedades comerciales[236]; bien por la rebaja de la acción a 200 reales para dar cabida a un mayor entrada de socios y la reducción del capital social de la Sociedad a dos millones de reales, resultando un capital muy pequeño para poder realizar cuanto se deseaba y se necesitara[237], o bien al estado de penuria de la clase farmacéutica que no permitía la contribución a la mayoría de profesores, haciendo pues inviable su constitución[238]. También fueron circunstancias de índole político las que impidieron llevar a cabo la Sociedad, ya que fue un proyecto liberal-progresista planteado en plena década moderada, que proponía la colectivización de la producción farmacéutica y el acercamiento a los modos y medios característicos de producción a gran escala, dos circunstancias difícilmente asumibles por el núcleo más tradicional de la profesión[239].

Aunque con la Ley de aranceles de 1849 se permitía la entrada de preparaciones farmacéuticas que no estuviesen prohibidas por los reglamentos

---

235 (..) Con la admisión de géneros indígenas y de los preparados por farmacéuticos españoles, además de las utilidades que esto reportaría a los socios en particular y a la sociedad en general, renacería la laboriosidad entre todos y se procuraría recolectar y elaborar lo que más fácil fuese de acuerdo a sus condiciones científicas y pecuniarias del profesor y según sus ocupaciones y posición topográfica del terreno en que se halle su población. Calvo Asensio, P. "Mejoras materiales". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(23):279-281.

236 Motivó la paralización de los trabajos de la Comisión hasta que el Gobierno sacó otra Real Orden para que las sociedades siguieran actuando como antes, hasta que se acordase una ley general sobre la materia. Calvo Asensio, P. "A los encargados del proyecto de la Sociedad Farmacéutica Mercantil". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(18):137-138.

237 Calvo Asensio, P. "Sociedad Farmacéutica Mercantil". *El Restaurador Farmacéutico*. 1847; 3(25):193-194.

238 Pardo, M. "Mejoras Materiales". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(36):143-144.

239 Ibídem 55.

sanitarios, esto no quería decir que las pudiesen vender o despachar por cualquiera que no fuese un farmacéutico y mucho menos que se pudiese importar aquellas composiciones cuyas fórmulas no estuviesen declaradas (remedios secretos). A pesar de ello y dado que se creó mucha confusión al respecto entre los Subdelegados de farmacia, se indujo a presentar una instancia al Gobierno, el cual emitió una Real Orden del 10 de enero de 1851 en la que se aclaraba que era:

> "(…) *ilícito a los farmacéuticos y con más motivos a los que no lo son, expender remedios cuya composición no se conoce, tampoco pueden estos facultativos vender medicamentos compuestos ni otra preparación farmacéutica alguna de procedencia extranjera, pues se halla terminantemente prohibida su introducción, aún por la Ley de 17 de julio de 1849, para la reforma de los aranceles, y conviene mucho castigar tales abusos que conducen a la más completa irresponsabilidad, por la mala preparación de los medicamentos*".

En el año 1853 se modificó la Ley de aranceles declarando libres de derecho de Aduanas a su entrada en la Península e Islas Baleares un total de 456 artículos, entre los cuales se incluyeron un gran número de productos compuestos y simples medicinales[240], cuya elaboración y preparación constituían la parte más importante de la naciente industria químico-farmacéutica española, escudándose en el favor de la medida en cuanto que habría más facilidades en los despachos, en las ventajas que experimentaría el comercio y en la mayor sencillez de los actos administrativos que permitirían economizar gastos, todo ello sin causar perjuicios que mereciesen ser respetados[241].

La clase farmacéutica no estuvo de acuerdo con esta Ley en cuanto a que entendían que el Gobierno confundía la idea de libertad comercial con las del ejercicio de la profesión farmacéutica, causando esta libre introducción de compuestos medicinales elaborados fuera del Reino un enorme perjuicio tanto a la

[240] Esta lista fue elaborada por el Gobierno en base a la suposición de que se trataba de artículos que producían resultados nulos o casi insignificantes para el Tesoro Público su libre introducción en el Reino, teniendo en cuenta que entre estas mercancías no hubiese ninguna que elaborase la industria nacional en términos de que pudiese dañarla de manera alguna. Como ejemplo de los mismos se podrían citar el ácido bórico purificado, el bromo, el cloruro de oro, la codeína, la estricnina, la flor de benjui, la manteca de antimonio, el muriato de estronciana, , la resina de jalapa, el bicarbonato de potasa, la morfina, el nitrato de plomo, el amoniaco, etc.

[241] Real decreto de 12 de mayo de 1853 declarando desde el 1º. de Junio libres de derechos de aduanas a su entrada en la Península e Islas Baleares 456 artículos comprendidos en la nota que se inserta a continuación. *Gaceta de Madrid* nº141 de 21/04/1853.

emergente industria farmacéutica española como a los profesores[242]; chocando además con la continua pretensión de los farmacéuticos de que se reformara la legislación farmacéutica para que se declarase la independencia del licenciado en farmacia, a fin de que este fuese el único que pudiera vender las sustancias medicamentosas tanto simples como compuestas que constituían el objeto de su profesión[243].

Los remedios secretos y específicos:

Una de las consecuencias directas que trajo la introducción en España de un cada vez más numeroso número de preparaciones farmacéuticas, fue el continuo anuncio y venta de preparaciones compuestas del extranjero[244]; que se expedían sin fórmula facultativa, se anunciaban impunemente para toda clase de remedios para cualquier enfermedad y se vendían sin trabas ni restricciones de ningún género y sin que a los infractores de dichas prerrogativas médico-farmacéuticas se les impusiera el consecuente castigo por parte de los Subdelegados de farmacia[245].

Esto, a pesar de que la real orden el 10 de enero de 1851 emitida por el Gobierno, previo informe del Consejo de Sanidad del Reino definía que la venta de los remedios secretos[246] (aquellos cuya composición no habían hecho pública sus inventores) se hallaba prohibida por las Leyes, así es que:

> "*la ley 1ª Título 40 libro 7º de la Novísima Recopilación en el párrafo 8° del capítulo 29 de los Códigos de medicina y cirugía, del 16 de junio de 1829; en los capítulos 15 y 16 del reglamento de las academias de medicina y cirugía, de 30 de agosto de 1830, y en varias otras órdenes*

[242] Hubo empresas que intentaron aprovechar esta Ley para introducir en España medicamentos del extranjero alegando que era una rama del comercio como otra cualquiera y que si estaba permitida por los aranceles su introducción, sería una contradicción después prohibir su anuncio y venta. Olvidaban que las Ordenanzas de farmacia prohibían a todo el que no fuera farmacéutico vender medicamentos compuestos y simples preparados de cualquier modo aunque fuese la simple pulverización.

[243] Una comisión farmacéutica de Barcelona elevó una exposición a la Reina pidiendo que se revocara las disposiciones del real decreto de 12 de mayo de 1853 relativas a la libre introducción de medicamentos, químicos y farmacéuticos del extranjero. Codina J. y otros. *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(20):78-79.

[244] Un ejemplo de autorización de entrada de un medicamento de composición desconocida sería el permiso dado por Real Orden para el despacho en todas las aduanas de las píldoras y ungüento de Holloway (inventor y propietario) con el único requisito del pago del arancel correspondiente. *Gaceta de Madrid* nº6752 de 17/12/1852.

[245] Calvo Asensio, P. "Venta de remedios secretos, impunidad de los intrusos y proceder de los subdelegados". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(21):85-86.

[246] La definición de remedio secreto va a ir cambiando a lo largo de los años. Véase el Capítulo VI: Específicos y especialidades farmacéuticas: Polémica intraprofesional y repercusión industrial (en torno al concepto de específico, remedio secreto y especialidad farmacéutica): Ibídem 55.

> *y disposiciones posteriores, se expresa cómo ha de observarse el permiso para la venta de tales específicos por sus inventores, y se prohíbe severamente la expendición de ellos cuando no media el expresado requisito*".

Durante la primera mitad del siglo XIX y hasta la publicación en 1855 de la Ley Orgánica de Sanidad, los remedios secretos tenían el mismo tratamiento legal que el resto de productos y procedimientos potencialmente patentables a efectos de propiedad industrial, debido a que no existía mención expresa a la patentabilidad de los medicamentos en dichas normas[247].

Por tanto, en España, para poder vender toda clase de fórmulas introducidas bajo el nombre de específicos, se necesitaba una "Real Cédula de privilegio[248]" otorgada por gracia Real previo dictamen del Protomedicato para el caso de medicamentos, ya que era el encargado de reconocer los supuestos específicos[249] y experimentarlos, quedándose con la fórmula para cuando caducase el tiempo por el que se le concedía dicho privilegio. Posteriormente dicho privilegio se otorgaría previo dictamen del Consejo de Sanidad del Reino.

La clase farmacéutica se quejaba de ver cómo el Consejo de Sanidad emitía tantos informes favorables para las pretensiones de los llamados "especifiquistas"; del desconocimiento por parte de todo profesor de ciencia de los simples que entraban en la fórmula, así como de la dosis en la que se encontraban y de las virtudes en su modo de obrar y, en definitiva, comprobar cómo a una persona que le hubiesen dado un privilegio para preparar diferentes composiciones farmacológicas,

---

[247] Real decreto de 16/09/1811 por el que establece que el gobierno protege especialmente, y declara sagrada la propiedad de todo descubrimiento o mejora en cualquier ramo de industria, manufacturera o rural, asegurando al autor su entero y pleno goce por el tiempo y del modo que se prescribirá. (*Gaceta de Madrid* nº267 de 24/09/1811); Decreto de 02/10/1820 que establecían las reglas que han de regirse todos los que inventen, introduzcan o perfeccionen en la Industria Española y el Real decreto de 27/03/1826 sobre las reglas que se han de observar en la concesión de privilegios exclusivos por la invención, introducción y mejora de máquinas, etc. (*Gaceta de Madrid* nº40 de 01/04/1826).

[248] Destacó la Real Cédula de 20 de mayo de 1788, ya que marcó un hito en la propiedad industrial en España al fijar por primera vez normas de carácter particular sobre medicamentos. Ibídem 55; pp301.

[249] "*Había en aquella época licencias otorgadas por el protomedicato, privilegios para la venta de polvos y tabletas purgativas, como dice la ley, y no es necesario discurrir mucho para adivinar los recursos de que se servirían los privilegiados para alcanzar el favor de aquel antiguo tribunal facultativo, rígido hasta la exageración con los profesores, minucioso en las visitas de boticas, suave y benévolo con las personas extrañas á las ciencias médicas, que dieron entonces, como dan hoy, en la mania de pregonar las excelencias de inmundas pócimas, medicamentos sencillos otras veces, productos, en fin, conocidos y quizá desterrados de la terapéutica por inertes ó por perjudiciales para el tratamiento de las enfermedades*". García, R.P.: "Los medicamentos industriales II". *La Farmacia Española*. 1887; 19(37):578.

éstas se utilizaban mucho más que las elaboradas por un profesor de farmacia que cumplía rigurosamente los deberes de su título y que trajo como consecuencia ponerse de moda en aquella época el hacerse inventor de específicos[250]

Calvo Asensio, a través del periódico *El Restaurador Farmacéutico*, opinaba que si había fórmulas de reconocidas virtudes, debían de ser analizadas y exigidas las dosis y componentes a sus autores, y una vez demostradas con exactitud la composición y circunstancias de la fórmula, fuese el Gobierno el que recompensara al autor, haciendo que su secreto se incluyese en los Formularios y Farmacopeas. Proponía que fuese el Consejo de Sanidad el órgano que informase acerca de la naturaleza y cualidades del específico; que se publicaran dichos dictámenes para que el público los pudiera juzgar; que se dieran curso solo a aquellas solicitudes de privilegio que fuesen reclamadas por médicos, cirujanos y farmacéuticos como autores de los específicos, al entender que solo los conocimientos médico-quirúrgico-farmacéuticos unidos eran precisos para el perfeccionamiento de la preparación y ensayo práctico de los medicamentos; que dichos específicos solo se vendieran a través de las boticas y que solo se despacharan previa prescripción del médico o cirujano.[251]

La gran mayoría de los remedios secretos y específicos que se distribuían en España provenían de Francia, potencia mundial en la elaboración de medicamentos galénicos donde era tal el abuso de los remedios secretos[252], que relegaba la figura del farmacéutico a un mero vendedor, dando lugar a que los periódicos y corporaciones científicas[253] reclamasen al Gobierno la formación de un consejo de

---

[250] *"(…) un cesante, o un enclaustrado no han necesitado para esto más que hojear fórmulas de nuestras antiguas ó modernas farmacopeas, ver las más recomendadas por sus virtudes reconocidas en la práctica facultativa, variar el nombre de aquellas, introducir alguna sustancia que de nuevo color al compuesto, y ya está descubierto el específico. Sujetado después a la experimentación se ve que produce los resultados que son consiguientes y está en camino de que se reconozca su privilegio. Esta especulación bastarda, que se conoce y que sin embargo se tolera es, un arma homicida para las profesiones médicas y para la sociedad misma*". Calvo Asensio, P. "Sobre los privilegios para expender medicamentos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(35):pp177-178.

[251] Calvo Asensio, P.: "Sobre los privilegios de expender medicamentos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(35):177-178.

[252] Los secretistas franceses alegaban como defensa de su ilegal comercio que "en el extranjero abundan los bobos que llenan los bolsillos de los franceses a cambio de cualquier cosa que se les quiera dar, y que esta especulación es un ramo de la riqueza nacional. Calvo Asensio, P.: "Documento curioso". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(21):81.

[253] Véase parte del discurso inaugural que el profesor farmacéutico francés M. Soubeiran leyó en la escuela de farmacia reunida con la sociedad de farmacia el 4 de noviembre de 1853, en relación "*al modo en que juzgan los hombres científicos de Francia los cacareados específicos secretos con que se enriquecen ciertos embaucadores a costa de la salud pública, el menosprecio con que miran a los*

disciplina que se encargase de castigar esta y otras extralimitaciones de los charlatanes especifiquistas y de los farmacéuticos que anunciaban y vendían cualquier fórmula de su invención, cuando no una preparación adulterada[254]

En la última parte de la mitad del siglo XIX, la venta de medicamentos extranjeros o específicos y la de remedios secretos de todo género y contra toda clase de enfermedades, tanto los fabricados en España como los importados principalmente de Francia, Inglaterra y Alemania, se vio favorecida por medio de los **anuncios** que se insertaban en los periódicos y que eran vendidos por todo tipo de establecimientos como farmacias, droguerías y otros no necesariamente de tipo sanitario, que "*con nombres pomposos y ridículos, con rótulos y embotaduras abigarradas y con precios exorbitantes, alucinaban a los que deseaban librarse de padecimientos generalmente crónicos e incurables*[255]", terminando los mismos asegurando que después de ser inútiles los esfuerzos de los facultativos y de haber agotado los profesores los recursos farmacológicos, se conseguían "*rápidas y brillantes curaciones con asombro del universo entero*[256]", y todo ello ante la impasible acción de las autoridades sanitarias[257]. Por ello la clase farmacéutica pedía

médicos que los recetan y las medidas radicales que para cortar tamaño abuso proponen al Gobierno" "Sobre los remedios secretos autorizados por el Gobierno". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(6):20-21, 1853;9(7): 26-28; 1853;9(8): 31; 1853;9(9):35; 1853;9(10):39-40; 1853; 9(11):42-43 y 1853;9(12):47.

[254] Calvo Asensio, P.: "Sobre los anuncios de medicamentos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(6):21-22; "Venta de remedios secretos, impunidad de los intrusos y proceder de los subdelegados". *El Restaurador Farmacéutico.* 1851; 7(21):85-86 y "A los entusiastas de Francia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(22):86.

[255] Descripción que realiza el Subdelegado de Farmacia del partido de Purchena cuando pide apoyo al Gobernador de Almería para reprimir los abusos e intrusiones que se estaban cometiendo allí y describía los establecimientos de comercio que anunciaban y vendían específicos y remedios secretos importados del extranjero. Rodríguez, P. Mª. "Interesante". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(3):14-16.

[256] "(…) *después no falta quien por razones…conocidas, se presta a publicar un comunicado explicando la eficacia del remedio en cuestión, el vulgo queda convencido de que los médicos, cirujanos y farmacéuticos no entienden de curar las enfermedades, ni de preparar medicamentos y que solo los especifiquistas son los que derraman salud a manos llenas*". Calvo Asensio, P.: "Sobre los privilegios de expender medicamentos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(35):177-178.

[257] "*Imposible parece que á la vista de las autoridades, en el punto mismo donde reside el gobierno supremo, se ostente con tal descaro el mas soberano desprecio de las leyes gubernativas de la facultad de farmacia. Ya no se duda, ya no se vacila acerca de si será lícito vender ó no medicamentos de fórmula desconocida, secretos específicos prohibidos por las leyes de todos los países: ya se lanzan los vendedores á la arena sin miedo ni consideración de ninguna especie, arrojan la mascarilla y á voz en grito pregonan que venden lo que no pueden vender, lo que la ley les prohíbe, lo que no saben que es: de hecho niegan la existencia de las leyes y si no la niegan, las hollan impunemente, las desprecian y se hacen más fuertes que ellas, puesto que no hay una autoridad que les imponga el condigno castigo. Si se duda de la verdad de lo que vamos diciendo, véanse en los periódicos los repetidos anuncios de medicamentos de todo género y contra toda clase*

que solo se permitiesen publicar en los periódicos anuncios de venta de medicamentos de aquellos que llevasen el visto bueno de los subdelegados.

Los medicamentos homeopáticos:

> "(…) *algunos homeópatas, que provistos de su petaca globulífera reparten á cambio de oro sus diminutos glóbulos. (…) este caso, sino la obligación en que se halla todo profesor honrado de defender sus derechos, y no dejar que no son pasiones mezquinas las que le mueven a denunciar que cualquier ambicioso de esos que á la sombra de un sistema médico se lanzan á especular con la salud pública, olvidando los deberes que su título les impone, y lo que la moral facultativa les manda comercie impunemente con la credulidad pública*"[258].

Aunque las primeras noticias de la existencia de la Homeopatía[259] en España apareciesen publicadas en el año 1827 en el Diario General de Ciencias Médicas, no fue hasta el año 1833 cuando el médico Dr. Prudencio Querol, conocedor de esta doctrina médica alemana, la incorpora a su práctica, encargando la preparación de los medicamentos al farmacéutico D. Juan Manuel Rubiales, realizando la primera traducción de la obra de Hahnemann: el Organon y contribuyendo a su expansión a través del ejercicio de la misma y de su actividad docente[260].

Una corriente de médicos homeópatas españoles crearon en 1845 la Sociedad Hahnemaniana Matritense[261], cuyo primer presidente fue el Dr. José Nuñez y Perniá,

---

de enfermedades (...)".Calvo Asensio, P.: "Y sigue la cuestión de los anuncios". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(25):122-123.

[258] Queja del profesor Don Gerardo Herrero, residente en Alaejos, de la punible tolerancia que observa en el subdelegado de farmacia de aquel partido con algunos homeópatas. "Correspondencia de Provincias". *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(8):.31-32.

[259] La Homeopatía es un cuerpo doctrinal desarrollado y puesto a punto por el médico alemán Samuel Chritian Friederich Hahnemann a finales del siglo XVIII, el cual describió la preparación y el método de aplicación de unos medicamentos que posteriormente recibieron el nombre de medicamentos homeopáticos. La Homeopatía (del griego homeios=semejante y pathos=enfermedad) parte de dos principios fundamentales: la acción terapéutica de los similares y la efectividad de las dosis mínimas. Consiste en dar al enfermo, como medicamento, y a dosis muy bajas, la sustancia que provocaría los mismos síntomas (o una enfermedad semejante) en un sujeto sano a dosis altas. Sociedad Española de Medicina Homeopática. *Historia de la Homeopatía*. http://www.semh.org/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=54. (Último Acceso 21 de enero de 2014).

[260] *Libro Blanco de la Homeopatía*. Cátedra Boiron de Homeopatía. Universidad de Zaragoza

[261] Dicha Sociedad tenía como principios que constituían la Homeopatía: "*el dinamismo vital, la ley de los semejantes, la acción dinámica de los medicamentos, entendiendo por esto que su acción es inexplicable por las leyes de la mecánica, de la física y de la química, y de la naturaleza dinámica de las enfermedades. No se añaden la experimentación pura, la acción de las dosis infinitesimales, ni el origen miasmático de las enfermedades crónicas, porque estos inmensos descubrimientos son las consecuencias obligadas de los principios anteriores*". *Boletín Oficial de la Sociedad Hahnemaniana Matritense*. 1847; Tomo I.

autorizándose su funcionamiento por la Real Orden de 23 de abril de 1846, siendo su objeto social la propagación y defensa de la Homeopatía, así como instruir a cuantos de buena fe la quisiesen aprender y practicar, editando la revista Boletín Oficial de la Sociedad Hahnemaniana Matritense (1846 a 1851), entre otras[262].

En esos años se produjeron grandes debates científicos en las escuelas de medicina y en los periódicos de las facultades sobre las virtudes o ineficacia de las dosis infinitesimales de la doctrina homeopática, encontrando tanto defensores de la misma que decían que ella sola representaba la verdadera ciencia y otros que la calificaban como una farsa especuladora. Aun así, ya había catedráticos experimentando con los glóbulos, administrándolos a enfermos de las salas clínicas[263].

En 1850 el Gobierno crea una Cátedra de Medicina Homeopatía por Real Orden de 18 de enero de 1850 y en ese mismo año una Clínica en la Universidad de Madrid por Real Orden de 14 de mayo de 1850[264].

Pero lo que verdaderamente le preocupaba a la clase farmacéutica y por ello se quejaban a los Subdelegados de Sanidad, fuera del debate de si el nuevo sistema médico era bueno o no, era el mal uso introducido por los nuevos médicos sistemáticos (homeópatas) de tener en sus casas almacenados los medicamentos homeopáticos en forma de botiquín para su administración a los pacientes[265], y que aun siendo elaborados en el mejor de los casos por un profesor autorizado al efecto; reclamaban la separación efectiva del ejercicio de las profesiones médicas y farmacéuticas de tal manera que cualquiera que fuese la naturaleza del medicamento,

---

[262] Sociedad Hahnemanniana Matritense (SHM). *Historia*. http://www.homeoint.org/site/sanjose/shm.htm. (Último acceso el 25 de enero de 2014).

[263] Calvo Asensio, P. "¿Deben los farmacéuticos preparar los medicamentos homeopáticos?". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(16):pp.121-122.

[264] Como estas Reales Órdenes no tuvieron cumplimiento, tuvieron que ser ratificadas mediante otra Real Orden de 5 de enero de 1865. La dirección del establecimiento correspondiente estuvo a cargo del Dr. José Nuñez. Sociedad Hahnemanniana Matritense (SHM). *Historia*. http://www.homeoint.org/site/sanjose/shm.htm. (Último acceso el 25 de enero de 2014).

[265] Los médicos homeopáticos querían fabricar y administrar ellos mismos los medicamentos y para ello intentó justificarlo de distintas formas. Según el artículo de epígrafe "Más sobre el establecimiento de una Clínica Homeopática" inserto en el *B*oletín Oficial de la Sociedad Hahnemaniana Matritense y parcialmente reproducido en: "Preparaciones homeopáticas". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(18):141-143, los médicos homeopáticos entendían que sólo cuando lo hubiesen preparado ellos mismos el medicamento y ensayado en él u otras personas, podían estar seguros de su buena calidad y de la fuerza mayor o menor que gozase. Para ellos, la elaboración y conservación de los mismos en las boticas alopáticas no le ofrecían garantías de calidad al poder contaminarse por la atmósfera de dichos locales al estar sobrecargadas por las emanaciones medicinales de las sustancias que se encontrasen allí pudiendo contaminar los medicamentos homeopáticos.

éste tenía que ser preparado en las oficinas de farmacia[266], despachándose únicamente bajo la receta del facultativo[267].

A estos facultativos homeópatas que realizaban el intrusismo al administrar los glóbulos homeopáticos directamente al paciente se les conocía por los farmacéuticos como homeópatas de "*petaca o de abuso*" que con el pretexto de que un sistema médico nuevo introducía nuevos preparados en su terapéutica, se creían autorizados para su elaboración y venta los que la practicasen. [268]

2.1.4.3.7.-El sistema impositivo a los farmacéuticos:

> *"(…) á tal estremo van llegando ya los apuros de los que ejercen la farmacia en fuerza de las insufribles exacciones que se les hacen, y en gracia de las escasísimas utilidades que el ejercicio farmacéutico produce, que á seguir algún tiempo el sistema tributario, que sobre nosotros pesa, las boticas tendrán que cerrarse (…) ¡Tristísima situación es la que ahora arrastra la clase farmacéutica en razón á los inmoderados gravámenes con que indebidamente se la recarga! (…)"*[269].

A raíz de la reforma tributaria producida a través de la Ley de presupuestos de 23 de mayo de 1845[270], se implantó a nivel nacional un nuevo sistema impositivo que provocó otro disgusto para la ya maltrecha economía de la clase farmacéutica,

---

[266] Para Calvo Asensio, P, el farmacéutico tenía que preparar dichos modernos medicamentos homeopáticos que pudieran usar los facultativos independientemente de los resultados que una buena o mala indicación pudiese producir, así, la responsabilidad de los farmacéuticos se referiría a la condición y calidad del medicamento según su fórmula. Abogaba por la necesidad de las preparaciones homeopáticas en las oficinas de farmacia, negando a los médicos el derecho de preparación y administración por sí a los enfermos. "¿Deben los farmacéuticos preparar los medicamentos homeopáticos?". *El Restaurador Farmacéutico*. 1850; 6(16):121-122.

[267] Calvo Asensio, P. "Observaciones sobre el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad interior del Reino, aprobado por S.M". *El Restaurador Farmacéutico*. 1848; 4(24):186-187.

[268] Calvo Asensio, P. Sobre el arreglo de partidos. *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(24):117-118.

[269] Calvo Asensio, P: Contribución de Subsidio. *El Restaurador Farmacéutico*. 1851; 7(1):1-2.

[270] Como comenta Mará José Portillo Navarro en "Evolución del sistema impositivo Español desde 1845 hasta la reforma tributaria silenciosa de Flores de Lemus". *Anales de Derecho*. Universidad de Murcia. 1997; 15:p131, la reforma tributaria de 1845, siendo A. Mon Ministro de Hacienda, supuso la primera reforma tributaria como tal dentro del sistema impositivo español. Esta Reforma supuso además la ruptura de los esquemas del Antiguo Régimen incorporando los principios tributarios liberales de legalidad, suficiencia y generalidad, implantando un sistema fiscal unificado para todo el país y eliminando las trabas para el crecimiento económico. Dicho sistema impositivo quedó compuesto por unos impuestos directos (Contribución de Inmuebles, Cultivo y Ganadería, Subsidio Industrial y de Comercio, Derecho de Hipotecas y Contribución sobre Inquilinatos) y otros impuestos indirectos (Sello, Consumos y Aduanas), dando más importancia a los directos que a los indirectos. La publicación de dicha Ley de 1845 se puede encontrar en *Moneda y Crédito*. 1945; marzo: 113-131.

especialmente como consecuencia de dos de los impuestos directos; la contribución por alquilinato y el impuesto de subsidio industrial y de comercio.

El impuesto por inquilinato[271] lo pagaba el propietario de la casa, aunque luego se lo podía trasladar a los inquilinos o arrendatarios y se calculaba sobre el tanto por ciento del importe del alquiler graduado por tarifa. Este impuesto se pagaba a partir de los 3000 reales en Madrid, 2000 reales en el resto de capitales de provincia y puertos habilitados y 1500 reales en los demás pueblos, con arreglo a la siguiente escala y tarifa:

Tabla 1: *Tarifa para la exacción de la contribución sobre inquilinatos*

Poblaciones de menos de 500 vecinos	2%
Poblaciones de 501 a 1200 vecinos	3%
Poblaciones de 1201 a 2400 vecinos	4%
Poblaciones de 2401 a 3600 vecinos	5%
Poblaciones de 3601 a 4600 vecinos	6%
Poblaciones de 4601 a 8600 vecinos y los puertos habilitados que lleguen a 2400 y no excedan de 3600 vecinos	7%
Poblaciones de más de 8601 vecinos y los puertos habilitados que tengan más de 4600 y no excedan de 8600 vecinos	8%
Madrid, Sevilla y todos los puertos habilitados cuyo población exceda de 8600 vecinos	10%

Fuente: Ley de presupuestos de 23 de mayo de 1845. (*Gaceta de Madrid nº 3927 de 15/06/1845)*

El impuesto de subsidio industrial y de comercio[272] se organizaba, a efectos recaudatorios, como un impuesto de cupo que determinaban las Cortes, y gravaba a todo español, no favorecido por la exención, que ejerciese cualquier industria, comercio y profesión, arte u oficio. Estaba formado por un derecho fijo determinado por la actividad y tamaño de la población de acuerdo con el número de habitantes de la población en que se ejercía la industria, comercio o profesión comprendida en una

[271] A dicho pago estaba sujeto todo propietario por la casa o por la parte de la casa que habitara, graduándose el alquiler por el que se pagaría estando en arriendo, estando exentos los incluidos en la base tercera, rebajándose a la mitad la cuota que pagarían los establecimientos industriales situados en edificios dentro de la población. Bases para la contribución sobre inquilinatos. Real decreto de 23 de junio de 1845, aprobando las bases para el establecimiento y cobranza de la contribución de inquilinatos. *Gaceta de Madrid* nº 3939 de 27/06/1845.

[272] A dicho pago estaba sujeto todo español o extranjero que ejerciera en la Península o Islas adyacentes cualquier industria, comercio, profesión, arte u oficio no incluido en las exenciones previstas en el artículo 5. Real decreto de 23 de mayo de 1845 designando las bases para el establecimiento y cobranza de la contribución de subsidio de la industria y comercio. *Gaceta de Madrid* nº3937 de 25/06/1845 y nº3938 de 26/06/1845.

tarifa general (número 1º) y un derecho proporcional[273] al alquiler pagado por el local de negocios[274]

Tabla 2: *Tarifa general de industrias y profesiones que han de contribuir por la siguiente base de población*

CLASE	Madrid, Sevilla y todos los puertos habilitados cuya población exceda de 8600 vecinos	Poblaciones que pasen de 8601 vecinos y los puertos habilitados que tengan más de 4600 y no pasen de 8600	Idem de 4601 a 8600 y puertos habilitados que lleguen a 2400 y no excedan de 3600	Idem de 3601 a 4600	Idem de 2401 a 3600	Idem de 1201 a 2400	Idem de 501 a 1200	Idem de 500 abajo
	Rs. Vm.	Rs. Vm.	Rs. Vm.	Rs. Vm.	Rs. Vm.	Rs. Vm.	Rs. Vm.	Rs. Vm.
1ª	1800	1440	1200	960	780	600	480	360
2ª	1440	1200	960	780	600	480	360	300
3ª	1200	960	780	600	480	360	300	240
4ª	960	780	600	480	360	300	240	180
5ª	600	480	360	300	240	180	120	96
6ª	360	300	240	180	120	96	72	60
7ª	160	120	96	84	72	60	48	36
8ª	96	84	72	60	48	36	24	18

Fuente: Ley de presupuestos de 23 de mayo de 1845. (*Gaceta de Madrid nº 3927 de 15/06/1845)*

Aunque inicialmente el Gobierno incluyó a los boticarios en la 6ª Clase, la comisión de presupuestos los colocó en la 5ª clase definitivamente, con el grave perjuicio que aquella decisión les ocasionó[275]. De esta forma, los farmacéuticos consideraron que con su implantación se producía un enorme agravio en los impuestos que tendrían que satisfacer los farmacéuticos en contraposición con otros colectivos sanitarios, como los médicos-cirujanos o los médicos, que estaban clasificados en la 6ª clase y que hacía cuasi duplicar la cuota de contribución comparándola con las demás facultades[276].

[273] Este derecho proporcional consistiría para los farmacéuticos en un 10% de los alquileres que correspondiesen a la casa-habitación del contribuyente, y a los almacenes, fábricas, tiendas y demás locales destinados al ejercicio de su comercio o industria, fuesen o no de su propiedad. Ibídem 272; Artículo 9.

[274] Este impuesto, después del de la contribución de Inquilinatos y que fue suprimido al año de su implantación, fue el segundo mayor fracaso de la Reforma debido a la rebeldía de los sujetos pasivos para su implantación. Portillo Navarro, Mª. J. "Desde la contribución de Inmuebles, cultivo y ganadería hasta el impuesto sobre bienes inmuebles. Evolución histórica, situación actual y perspectivas de futuro". *Instituto de Estudios Fiscales*. 2010; 14:p9.

[275] Así lo manifestaban los farmacéuticos de Madrid en una exposición que elevaron a su Majestad. Ferrari, R., Gregorio Fernández, J., Velasco, M., Codorniu, J.A., Montalvan Martínez, M., Lallana de, N., et al. *El Restaurador Farmacéutico*.1845 (21):163-164.

[276] Puerto Sarmiento, F. J.: "Los conflictos de los médicos y farmacéuticos del siglo XIX con el subsidio industrial y de comercio". Folch, Guillermo y Puerto, Javier, coord.*: Medicamento, Historia y Sociedad.* Madrid, Universidad Complutense de Madrid. 1982; pp659-706.

Especialmente gravoso fue para los farmacéuticos de Madrid, Sevilla, Barcelona o Valencia que sufrieron un incremento que podía llegar a superar el triple de impuestos que venían pagando, llegando a verse en situaciones de imposibilidad de satisfacer la nueva contribución de subsidio industrial y de comercio.

Los farmacéuticos se quejaban[277] de que, al contrario que otros profesionales como médicos, procuradores, arquitectos o abogados de la 6ª clase, ellos tenían que pagar a dependientes, tenían que invertir un capital en el negocio para establecerse por la compra de las drogas y reposición de instrumentos, tenían que alquilar locales grandes para establecer su botica y laboratorio y que conllevaba el pago del otro impuesto de inquilinato y de que sus honorarios no eran líquidos como el resto de profesiones ya que sufrían una bajada considerable por el coste de las materias primas y gastos de elaboración. Todo ello sin contar que los farmacéuticos tenían que sujetarse a una tarifa de la cual no podían excederse, mientras que los otros profesionales tenían libertad respecto a este punto y podían adaptarse a la nueva contribución encareciendo el precio por su trabajo.

Además del impuesto del subsidio industrial y de comercio les tocaba también el pago de la contribución de inquilinato a la gran parte de los farmacéuticos instalados en las grandes ciudades puesto que mientras los demás profesionales podían ejercer su facultad en habitaciones elevadas o calles subalternas, ellos se tenían que localizar en bajos y calles concurridas, superando normalmente los 2000 reales de alquiler.

Los farmacéuticos pedían que, dada la desproporción con la que se había tasado la profesión farmacéutica en comparación con la Ley anterior, se suspendieran los efectos de la misma hasta rebajar la cuota a lo prudentemente justo a tenor de la escasez de los rendimientos de su facultad, fruto de la gran decadencia que sufría la profesión; y que si no fuese posible, colocaran a los farmacéuticos en una clase más baja de tarifa, por lo menos como a los demás facultativos y que incluso se les

[277] Ferrari, R., Gregorio Fernández, J., Velasco, M., Codorniu, J.A., Montalvan Martínez, M., Lallana de, N., et al. "Exposición de los farmacéuticos de Madrid a Su Majestad". *El Restaurador Farmacéutico*.1845; 1(21):163-164; Font, R, Astals, D., Borrell, J., Bals, L., Fina, J.Mª., Balú de, ., et al: "Exposición de los farmacéuticos de Barcelona a la Reina". *El Restaurador Farmacéutico*.1845; 1(22):174-175; Anónimo.: "Exposición que los farmacéuticos de Figueres y su partido dirigen al Congreso". *El Restaurador Farmacéutico*. 1846; 2(10):78-79; Anónimo: "Exposición de los farmacéuticos de Barcelona al Congreso de diputados". *El Restaurador Farmacéutico*.1846; 2(16):228-230 y Capafons, D., Benlloch, A., Miner, F., Maymir, V., Yago, P., Peset, V., et al.: "Exposición de los farmacéuticos de Valencia a Su Majestad". *El Restaurador Farmacéutico*.1848; 4(7):51-52.

eximiese de las contribuciones del subsidio al igual que los abogados y procuradores que prestaban sus servicios gratuitamente por la defensa de las personas y bienes de los pobres a aquellos farmacéuticos que diesen de limosna las medicinas a los pobres, dando cumplimiento religiosamente al juramento que prestaban en el acto de recepción del título al imponer al farmacéutico dar gratis a los pobres la medicina que pudieran[278].

[278] Los farmacéuticos querían que les incorporasen en las exenciones previstas en la base quinta de la contribución industrial y de comercio de la Ley de presupuestos del Estado para el año 1845 (*Gaceta de Madrid* nº3927 de 15/06/1845) para no pagar dicho impuesto a cambio del suministro de medicinas gratis a los pobres. Aun así, comparándolos con los otros profesionales sujetos a la exención, partirían con desventaja, puesto que los servicios del resto de profesionales consistirían en la pérdida de honorarios que correspondían al ejercicio de su profesión, mientras que los farmacéuticos sufrirían además el desembolso del valor de las materias primas que consumiesen. Font R., Astals D., Borrell, J., Bals, L., Fina, J. Mª. Balú de, et al.: "Exposición de los farmacéuticos de Barcelona a la Reina". *El Restaurador Farmacéutico*. 1845; 1(22):174-175.

2.2- LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL ESTADO ESPAÑOL

2.2.1. LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL SIGLO XIX: *ETAPA: 1854-1904*

2.2.1.1. INTRODUCCIÓN:

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, la sociedad española sufrió importantes cambios que afectaron a su estructura política, económica y social, todo ello enmarcado en la construcción de un estado liberal, cuya preocupación desde el punto de vista sanitario fue la de mejorar el estado de salud de la población.

Desde el *punto de vista político*, con el reinado de Isabel II (1833-1868) y el liberalismo moderado, se implantó en España una soberanía compartida entre la Corona y las Cortes que se tradujo en unas Cortes débiles y un Gobierno dependiente de la Corona que provocaría un aumento de tensiones y que desembocaría en la Revolución de 1868[279]. Tras el breve reinado de Amadeo de Saboya (1870-1873) y la más breve I República (1873-1874), se restauró la monarquía constitucional con Alfonso XII y un sistema político bipartidista que coincidió además con la aparición en el panorama político del proletariado organizativo. Todo ello bajo la amenaza continua de levantamientos militares, las guerras carlistas, la insurrección cantonal, la guerra de la independencia de América y el comienzo de la intervención colonial de Marruecos[280].

Desde el *punto de vista científico*, se pasó de actuaciones de carácter esporádico marcadas principalmente por episodios epidémicos, a actuaciones de carácter prolongado, consecuencia de la implantación del higienismo como paradigma médico. A partir de 1880 se asumió el paradigma bacteriológico en la estructura sanitaria pública, que desembocó inicialmente en la creación de los primeros laboratorios municipales de análisis químicos y posteriormente microbiológicos, dando lugar finalmente a los institutos o laboratorios de higiene. La preocupación del Gobierno por el estado de salud de la población motivó también la

[279] Ibídem 4; pp25-47.
[280] Ibídem 38; pp22-26.

necesidad de llevar a cabo estadísticas del estado demográfico y sanitario de la población para así orientar sus políticas sanitarias hacia el desarrollo de la higiene social.

Desde el *punto de la administración sanitaria* y a pesar del lento y complejo asentamiento del modelo del liberalismo europeo en España, se configuró un aparato de Estado que incluiría entre sus cometidos la sanidad. La tendencia centralizadora del Estado se materializó en la promulgación de la Ley de Sanidad de 1855, donde se extendió el modelo napoleónico imperante en la administración pública española al ámbito sanitario, quedando así garantizado el centralismo político-administrativo en materia sanitaria[281].

A lo largo de este periodo se produjo una progresiva asunción y ordenación administrativa en el marco de la asistencia sanitaria e higiene pública, donde se fueron delimitando las competencias sanitarias que debía asumir el Estado frente a las de la esfera privada, que a su vez variaron dependiendo de la opción política de cada momento. La Ley de 1855, que duraría todo el siglo XIX y que estuvo enfocada hacía la protección frente a las enfermedades exóticas cuarentenables, mantenía y ratificaba la estructura sanitaria liberal ya instaurada en 1847 basada en tres niveles de organización, donde quedaba claro que la sanidad era una función del Gobierno de la Nación.

El modelo organizativo de la política sanitaria se centralizaba a través del Ministerio de Gobernación, por entender como asunto de orden público el problema de las epidemias, del cual dependería toda la estructura sanitaria del Reino, dotando de amplias responsabilidades en materia de sanidad y beneficencia a las instituciones locales, especialmente a partir de la I República.

De esta forma, se fue configurando en España una estructura pública sanitaria estable encargada de los asuntos sanitarios donde el Ministerio de la Gobernación, a través de la Dirección General de Sanidad, se encargaría de las responsabilidades exclusivas de la administración central. Las diputaciones provinciales, a través de los Subdelegados de Sanidad, y los municipios, a través de las Juntas Municipales de Sanidad, se encargarían de las responsabilidades de tipo periférico. Estos últimos estarían representados por el Gobierno Civil y los Alcaldes respectivamente, siendo

[281] Molero Mesa, J y Jiménez Wana, I.: "Salud y burocracia en España. Los cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951)". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74(MON):45-79.

los Ayuntamientos los verdaderos responsables de mantener unos niveles mínimos de salubridad en la población y en el municipio dentro de su responsabilidad en el control de la sanidad interior[282]. Al Alcalde le correspondía llevar a cabo las órdenes dadas por el Gobierno Civil o por la Diputación, además de ejecutar los reglamentos aprobados por el Ayuntamiento y asumir la representación del Gobierno en la localidad.

Respecto al ámbito local, se fue observando un creciente interés en el control de la sanidad por parte de los Ayuntamientos a través de las distintas leyes municipales[283], a las que se fueron incorporando los distintos avances científicos de cada época. Así, en la ley municipal del año 1845 aparecía diluido el concepto de higiene en el apartado de policía urbana y rural. Posteriormente se incorporaría el concepto de salubridad en las leyes sancionadas en los años 1870, 1876 y 1877; incorporándose finalmente al concepto de limpieza el concepto de desinfección en el estatuto municipal de 1924, consecuencia del avance del paradigma bacteriológico en el tratamiento de la salud pública[284].

La Ley municipal de 1845[285] atribuía a los alcaldes, como administradores del pueblo y bajo la vigilancia de la administración superior, las funciones de: "*(…) Cuidar todo lo relativo a policía urbana y rural, conforme a las leyes, reglamentos y disposiciones de la autoridad superior y ordenanzas municipales*"; siendo atribución del Ayuntamiento deliberar conformándose a las leyes y reglamentos*: "Sobre la formación de ordenanzas municipales y reglamentos de policía urbana y rural*".

---

[282] A partir de la Constitución de 1869 se reconoció la autonomía de los servicios municipales de sanidad, manteniéndose esta concepción posteriormente en la Ley Municipal de 1870, las leyes de 1876 y 1877 y el Reglamento de 1891. Ibídem 4; p29.

[283] La Ley de Sanidad de 1855 dedicaba escasa atención a las competencias de higiene de los Ayuntamientos, estableciendo en su artículo 98, que dichas reglas a las que tenían que estar sujetas todas las poblaciones del Reino, serían objeto de un reglamento especial que publicara el Gobierno; por ello, las competencias de los Ayuntamientos apenas sufrieron modificaciones respecto a la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias de 1813, centradas en el cumplimiento de las medidas de higiene urbana en sus distintas vertientes como: "*la limpieza de las calles, mercados, plazas públicas y de los hospitales, cárceles y casas de caridad o de beneficencia; ve1ar sobre la calidad de los alimentos de toda c1ase; cuidar de que en cada pueblo haya cementerio convenientemente situado; cuidar asimismo de la desecación, o bien de dar curso a las aguas estancadas o insalubres; y por último, de remover todo lo que en el pueblo o en su término pueda alterar la salud pública o de los ganados*". Las distintas leyes municipales publicadas durante el siglo XIX, apenas supusieron novedad respecto a las atribuciones de los Ayuntamientos. Ibídem 12; p41.

[284] Moll, I., Pujadas-Mora, J. M., & Salas, P.: "Normativa y práctica de la reforma sanitaria, 1855-1923". En: *X Congreso Internacional de la AEHE*. 8, 9 y 10 de Septiembre 2011. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide Carmona. 2011.

[285] Artículos 74 y 81 de la Ley de 8 de enero de 1845 de organización y atribuciones de los ayuntamientos. *Gaceta de Madrid* nº 3776 de 15/01/1845.

La Ley municipal de 1877[286], que refundió las leyes municipales de 1870[287] y 1876[288], incorporó al concepto de policía urbana y rural de la Ley de 8 de enero 1845, el concepto de higiene y salubridad de la forma: "*Es de exclusiva competencia de los Ayuntamientos la gestión, gobierno y dirección de los intereses peculiares de los pueblos (…), y en particular cuanto tenga relación con los objetos siguientes: (…) Policía urbana y rural o sea cuanto tenga relación con el buen orden y vigilancia de los servicios municipales establecidos; cuidado de la vía pública en general, y limpieza, higiene y salubridad del pueblo"*. Además, se estableció que "*para el cumplimiento de las obligaciones de los ayuntamientos corresponden á estos muy especialmente las atribuciones siguientes: 1. Formación de ordenanzas municipales de política rural y urbana*".

2.2.1.1.1. El desarrollo del modelo de asistencia benéfico-sanitaria

El desarrollo del modelo asistencial de la beneficencia pública que implantó el liberalismo decimonónico tuvo como objetivo establecer, desde los poderes públicos, una política de acción social para combatir el incremento del fenómeno de la pobreza, marginalidad y desarraigo que se produjo en España a finales del siglo XVIII.

El paso de la asistencia social basada en la caridad religiosa y particular al sistema de beneficencia concebida como un servicio público de responsabilidad y atributo del Estado, vino acompañado del cambio que se produjo en la visión política del término "pobreza" (el pobre como carente de trabajo se fue abriendo paso en la ideología liberal, transformándose la pobreza en un concepto redefinible), que pasó de ser considerada una cuestión religiosa a ser vista como un freno al desarrollo económico del país y un riesgo potencial para los posibles desarrollos sociales. Supuso una asunción consciente y plena por parte del Estado de su obligación de socorrer a los necesitados a través de establecimientos de beneficencia públicos o privados.

[286] Ley Municipal 2 de octubre de 1877. *Gaceta de Madrid* nº 2776 de 04/10/1877.
[287] Artículos 72.2º y 74 de la Ley Municipal de 20 de agosto de 1870. *Gaceta de Madrid* nº 233 de 21/08/1870.
[288] Ley de 16 de diciembre de 1876, reformando las leyes municipal y provincial de 20 de Agosto de 1870 con arreglo a las bases que se consignan. *Gaceta de Madrid* nº 352 de 17/12/1876.

En este periodo, la asistencia sanitaria a la población se sustentaba en un sistema de beneficencia pública para los enfermos pobres y en el libre ejercicio de las profesiones médicas para la asistencia al resto de la población.

La Ley de beneficencia de 1849 y su reglamento de aplicación de 1852, configuraron el sistema liberal de beneficencia, estableciendo un modelo público jerarquizado de clara vocación centralista en el que se apostaba por las diputaciones provinciales para la desarrollar la beneficencia pública frente a los Ayuntamientos, priorizándose la asistencia hospitalaria frente a la asistencia u hospitalidad domiciliaria. De esta forma, se reforzaron las competencias provinciales frente al recorte de las municipales, actuando la Junta General de Beneficencia como vértice del sistema en el ámbito estatal, descendiendo por las Juntas Provinciales hasta llegar a las Juntas Municipales. La polémica entre el modelo de asistencia domiciliaria y el modelo de asistencia hospitalaria se mantuvo durante todo el siglo XIX.

Una vez concluida la desamortización de Madoz de mayo de 1855, que acabó con las fuentes de financiación tradicionales que tenían las instituciones de la Beneficencia, fue la propia administración sanitaria la que se hizo cargo tanto de la administración como de la financiación de estos establecimientos a través de las Juntas Generales, provinciales y municipales de beneficencia de acuerdo con una ideología liberal ya consolidada, pasando los fondos de beneficencia particular al servicio de la asistencia pública y consumándose el paso, durante la época isabelina, del sistema de caridad religiosa y particular al de beneficencia concebida como un servicio público, responsabilidad del Estado.

El modelo resultante estuvo compuesto por un nivel central o estatal, encargado de un número muy limitado de establecimientos de alto nivel de especialización y de la tutela de la beneficencia privada; por un nivel provincial, encargado del grueso de los establecimientos asistenciales, tanto sanitarios como sociales, y por un nivel municipal, encargado de la asistencia domiciliaria y que actuaría como puerta de entrada a los otros niveles superiores.

Enseguida, las debilidades del sistema se hicieron patentes, por un lado en la incapacidad de la administración central para desarrollar el campo de la beneficencia general, fruto de la inexperiencia en materia sanitaria por parte de los legisladores que terminaron por vincularla a las administraciones locales y por otro lado, en las

graves dificultades que tuvieron los Ayuntamientos para el desarrollo de dicha beneficencia municipal debido a la falta de recursos estables e independientes[289].

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el desarrollo legislativo de la beneficencia se ocupó principalmente de la regulación de los establecimientos de **beneficencia generales y provinciales**, fruto del modelo de beneficencia pública que resultó de la acción social del Estado liberal, caracterizada por una voluntad centralizadora y donde se apostó prioritariamente por las diputaciones provinciales.

La provisión y el orden de ascensos de las plazas de los facultativos de los establecimientos de beneficencia generales y provinciales (hospitales y otros asilos benéficos) se reguló mediante el Reglamento de 30 de junio de 1858[290] que estableció el sistema de oposición para el ingreso en el cuerpo y donde solo podría hacerse a través de profesores de número y agregados, quedando fuera del mismo los facultativos municipales. La forma de provisión de las plazas de médicos y farmacéuticos se reguló a su vez a través del reglamento de 4 de marzo de 1860 y de la instrucción de 11 de abril de 1861. A juicio de Villacorta Baños, se fue produciendo un proceso de estatalización[291] de los servicios públicos, donde "*la profesión se configura ligada inseparablemente al proceso de formalización de los mecanismos de poder y de los órganos de gestión administrativa del Estado liberal*"[292].

[289] Ibídem 12; p75.

[290] Real Decreto de 30 de junio de 1858, aprobando el Reglamento que se ha presentado para la provisión y orden de ascensos en las plazas facultativas de los establecimientos de Beneficencia (*Gaceta de Madrid* nº185 de 04/07/1858). Posteriormente y con objeto de armonizar las prescripciones en el ramo de la beneficencia con las de la Ley de 25 de septiembre de 1863, para el gobierno y administración de las provincias (*Gaceta de Madrid* nº270 de 27/09/1863), se publicó el Real Decreto de 22 de julio de 1864, aprobando el reglamento para la provisión y orden de ascensos de las plazas de facultativos de Establecimientos de Beneficencia. *Gaceta de Madrid* nº208 de 26/07/1864.

[291] Santiago Muñoz Machado analiza el fenómeno progresivo de la estatalización y centralización del poder sanitario desde los Ayuntamientos hacia el Gobierno Central, en la que los sanitarios titulares fueron un ejemplo paradigmático. Muñoz Machado, S.: *La Sanidad pública en España:(evolución histórica y situación actual)*. Instituto de estudios administrativos, 1975. Comentado en: Viñes Rueda, J.J.: *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)*. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. 2006; p143.

[292] Villacorta Baños, F.: *Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX, 1890-1923*; Madrid, Siglo XXI, 1989, p2, inserto en: Simón Arce, R: Los socorros domiciliarios y la municipalización de los servicios médicos de beneficencia. Ponencia presentada en el *Congreso Internacional Historia y Ciencia: La modernización del siglo XXI*. 14-17 abril 2008. Universidad Carlos III. Madrid.

La organización de la beneficencia del régimen moderado se mantuvo sin sobresaltos hasta la llegada de la Revolución de 1868, que provocó la supresión de la Junta General de Beneficencia[293] por considerarla como un cuerpo innecesario que dificultaba la acción del Gobierno y que suponía un gravamen para el Tesoro Público, declarando cesantes a todos los empleados de sus oficinas y dependencias y que, respecto a los facultativos médicos, suprimió las plazas de los facultativos titulares y de beneficencia.

Posteriormente y dado el problema creado, el Ministro de Gobernación tuvo que emitir un nuevo Decreto[294] para que volvieran a desempeñar sus cargos todos aquellos profesores de Medicina y Cirugía que habían servido en los ramos de Beneficencia y Sanidad terrestre y marítima, que hubiesen obtenido sus plazas por oposición y que hubiesen sido separados por las Juntas Revolucionarias y Diputaciones provinciales sin previa formación de un expediente. Para completar el proceso y con objeto de dar toda la independencia que le correspondía a la provincia y al municipio, fruto de la Ley Orgánica provincial de 21 de octubre de 1868, se fue completando el sistema de Administración iniciado en el ramo de la beneficencia a través del Decreto de 4 de noviembre, el cual mandó suprimir tanto las juntas provinciales como las municipales de beneficencia, así como las leyes y reglamentos que a dichas juntas se refiriesen, siendo transferidas sus atribuciones y cometidos a los Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales en cuyos presupuestos quedaban englobados estos servicios[295].

Durante el Sexenio Democrático se acrecentó el intervencionismo administrativo directo, pasando del control público a la gestión directa de la beneficencia, en cambio, durante la I República, se asistiría a un esfuerzo descentralizador a favor de la beneficencia particular por razones presupuestarias[296].

---

[293] Decreto de 4 de noviembre de 1868, suprimiendo la Junta general de Beneficencia y derogando varios artículos del Reglamento que se indica. *Gaceta de Madrid* nº 310 de 05/11/1868.

[294] Decreto de 13 de noviembre de 1868. reponiendo en sus destinos á los Profesores de Medicina y Cirugía que sirven en los ramos de Beneficencia y Sanidad separados por las Juntas revolucionarias y Diputaciones provinciales. *Gaceta de Madrid* nº 319 de 14/11/1868.

[295] Decreto de 17 de diciembre de 1868, suprimiendo las Juntas provinciales y municipales de Beneficencia y derogando las leyes y Reglamentos referentes a dichas Juntas, cuyas funciones se refunden en las que competen a las Diputaciones provinciales y Ayuntamientos. *Gaceta de Madrid* nº 353 de 18/12/1868.

[296] Alemán Bracho, Carmen: *De la asistencia social a los servicios sociales: el siglo XIX*. http://ocw.innova.uned.es/sociologia/contenidos/1_aula/2_historia/TEMA3.pdf

Con objeto de imprimir orden y regularidad en los servicios de los establecimientos de beneficencia y Colegios nacionales, el Gobierno de la Nación, fruto de la derogación de la Dirección de Beneficencia y Sanidad a través del Decreto de 4 de noviembre de 1868, aprobó una Instrucción General en 1873[297] que definía donde comenzaba y donde concluía la autoridad de los empleados económicos y facultativos; cual iba a ser la órbita de sus deberes y atribuciones, enlazando al propio tiempo estos cargos, mediante la intervención e inspección más severas, a la responsabilidad legal.

Los colegios y los establecimientos de la beneficencia general iban a ser públicos y financiados con fondos de la Nación o bien, por bienes donados o legados por la caridad, clasificándose en tres clases: los de primera clase correspondían a los hospitales, los de segunda a hospicios y los de tercera clase correspondían a casas de educación o colegios para huérfanos. Los facultativos de la beneficencia nacional seguirían incluidos en el Reglamento de 30 de junio de 1858, proveyéndose sus vacantes de la forma que marcaba la instrucción de 11 de abril de 1861, observándose para las oposiciones a las plazas de farmacéuticos lo dictado por el reglamento de 4 de marzo de 1860.

La ruptura política protagonizada por la Restauración Monárquica no afectó al ordenamiento benéfico, mostrándose una continuidad casi igual a la práctica legislativa del Sexenio, sin alterar los postulados básicos del mismo, clasificándose los establecimientos públicos de la beneficencia del nuevo aparato asistencial del Estado Liberal nuevamente en las tres categorías: generales, provinciales y municipales[298]. Se procedió de nuevo en 1875 a la refundición de la beneficencia general con la beneficencia particular con el objetivo de aumentar los recursos y aliviar las cargas públicas, procurando estimular la caridad de la iniciativa particular[299]. La provisión y el orden de ascensos de las plazas de los facultativos de los establecimientos de beneficencia generales y provinciales seguía regulándose a

[297] Decreto de 22 de abril de 1873, por el que se aprueba la Instrucción General para los establecimientos benéficos nacionales. *Gaceta de Madrid* nº 118 de 28/04/1873.
[298] Giménez Muñoz, Mª C.: La beneficencia municipal en la capital hispalense (1850-1900): La Beneficencia domiciliaria, el asilo de mendicidad y las casas de socorro. *Historia Contemporánea*. 2007; 34:225-258.
[299] Real decreto de 27 de abril de 1875, creando una Junta de Señoras para auxiliar al Gobierno en los servicios de Beneficencia, y determinando sus funciones. *Gaceta de Madrid* nº 141 de 21/05/1875

través del Reglamento de 25 de mayo de 1880[300], por el sistema de oposición pero con la diferencia de que solo podría hacerse a través de profesores de número y supernumerarios del cuerpo facultativo de la Beneficencia General.

Las distintas resoluciones que se produjeron en esta época como consecuencia de la asunción por el Ministerio de Gobernación de las facultades de la Junta General, junto con los cambios en la contabilidad, la creación de la Junta de Señoras para auxiliar a los servicios de la beneficencia general, la modificación de las atribuciones y deberes de los funcionarios encargados de la administración, gobierno y asistencia médica de estos establecimientos, motivaron que se publicase en 1885 una Instrucción General[301], modificada posteriormente por otra en 1899[302], a través de la cual se refundirían todas estas resoluciones en una sola doctrina, estableciendo una nueva organización, régimen y gobierno de los establecimientos de beneficencia general, acordes con los avances en este periodo de los temas sociales. Los servicios de beneficencia de la Administración Central pasaron a llamarse Beneficencia General y Particular y siguieron dependiendo del Ministerio de la Gobernación, clasificándolos en dos grupos: los establecimientos de beneficencia generales y los establecimientos de beneficencia particulares[303].

[300] La descentralización que se llevó a cabo después de 1868, dio a las diputaciones las atribuciones que antes correspondían al Ministerio de la Gobernación y a la dirección del ramo respecto a los facultativos de Beneficencia provincial e hizo indispensable la publicación de un reglamento exclusivo para los facultativos del Cuerpo de la Beneficencia General (*Gaceta de Madrid* nº 297 de 23/10/1876) y que coincidía en alguna parte con el Reglamento de 22 de Julio de 1864 (*Gaceta de Madrid* nº208 de 26/07/1864), por lo que se refundieron ambos en el Real decreto de 25 de mayo de 1880, aprobando el reglamento para la provisión y orden de ascensos de las plazas de facultativos de Establecimientos de Beneficencia (*Gaceta de Madrid* nº1488 de 27/05/1880), para así evitar malas interpretaciones y adaptarse al mismo tiempo a las diversas modificaciones experimentadas en la organización de determinados servicios. Sección Editorial. *La Farmacia Española* 1880; 12(23):357-360.

[301] Real decreto de 27 de enero de 1885, aprobando la instrucción para la administración y gobierno de los establecimientos de Beneficencia general. *Gaceta de Madrid* nº 36 de 05/02/1885.

[302] Real decreto de 14 de marzo de 1899, relativo al ejercicio del protectorado del Gobierno en la Beneficencia particular. *Gaceta de Madrid* nº 99 de 09/04/1899.

[303] Según los artículos 2, 3 y 4 de la Instrucción de 14 de marzo de 1899, los establecimientos generales eran establecimientos o asociaciones permanentes destinados a la satisfacción gratuita de las necesidades intelectuales o físicas como: Escuelas, Colegios, Hospitales, Casas de maternidad, Hospicios, Asilos, Manicomios, Pósitos, Cajas de Ahorro, Montes de Piedad y otros análogos y las fundaciones sin carácter de permanencia como Patronatos, Memorias, Legados, Obras y Causas Pías, los cuales se regirían por la Instrucción de 27 de enero de 1885 y demás disposiciones dictadas respecto a los mismos. Los particulares comprendían todas las instituciones benéficas creadas y dotadas con bienes particulares y cuyo patronazgo y administración fueron reglamentados por los respectivos fundadores o en nombre de éstos y confiados en igual forma a Corporaciones, Autoridades o personas determinadas.

Respecto a la **beneficencia domiciliaria** y a pesar de que se recortó el papel de las juntas municipales frente a las provinciales y generales en la segunda mitad del siglo XIX, la organización sanitaria se reforzó en este terreno municipal a través de la beneficencia domiciliaria bajo dos ramas: los socorros y la hospitalidad domiciliaria, considerándose éstos como la obligación más importante de los Ayuntamientos en cuanto al objeto de la beneficencia municipal y donde, para llevar a cabo dicha hospitalidad, se articuló una red de asistencia médico-asistencial de provisión de atenciones médicas y farmacéuticas a través de la contratación por parte de los Ayuntamientos de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares para la asistencia a los vecinos pobres incluidos en el padrón de pobres registrados de cada localidad, discriminando y racionalizando de este modo la asistencia benéfica. Los socorros domiciliarios pasaron a convertirse en el primer elemento definidor de la política de beneficencia municipal durante el siglo XIX.

Así como la Ley de Beneficencia pública cuidó de ordenar lo relativo a la asistencia médica en hospitales municipales, provinciales y generales, el Estado trató de garantizar que el pobre no careciese de una asistencia médica-farmacéutica en su propia casa, especialmente en las poblaciones rurales donde no era posible mantener los asilos para pobres levantados por la caridad cristiana, a través de unas leyes que determinaron el modo de hacer efectiva dicha asistencia domiciliaria y gratuita a los pobres en todos los territorios de la Península.

La Ley de Sanidad de 1855 fue el marco legislativo que ofreció soporte a la beneficencia domiciliaria a través de un poco desarrollado artículo 64 en el que se limitaba a proponer o invitar a los Ayuntamientos a través de las Juntas Provinciales de Sanidad, al establecimiento de la hospitalidad domiciliaria y a que creasen con el concurso y consentimiento de los vecinos, plazas de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares encargados de asistencia a las familias pobres, pero sin establecer ningún modelo obligatorio para llevarlo a cabo. El carácter voluntarista de la ley hizo que en un primer momento, los Ayuntamientos responsables de su aplicación y de su financiación fueran muy reticentes en ponerla en marcha, lo que contribuyó al retraso en el desarrollo de esta modalidad de asistencia, necesitando hasta cuatro reglamentos para llegar al siglo XX y observar un pequeño desarrollo irregular de la misma, principalmente en el ámbito rural.

La creación de la figura de los facultativos titulares se vinculó al desarrollo de esta asistencia benéfico-sanitaria desde la concepción liberal de que el Estado tenía que hacerse cargo de la salud de los pobres menesterosos, realizándose su primera regulación durante el Bienio Progresista a través del **Real Decreto de 5 de abril de 1854,** en el que se establecía que "*Todas las ciudades, villas y lugares del Reino, tendrán médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares para la asistencia a los pobres, para el desarrollo de las demás personas que necesiten de su auxilio, y para el desempeño de otros deberes que se expresan en el lugar correspondiente"* y cuyo fin fue el de generalizar la asistencia médica y los auxilios farmacéuticos a los vecinos pobres de una manera ordenada y en lo posible uniforme a través de la creación de los partidos, además de auxiliar facultativamente sobre la higiene pública y salubridad municipal, pretendiéndose armonizar una situación que hasta ese momento era difusa y donde cada municipio actuaba según su criterio.

Los farmacéuticos titulares iban a tener respecto al pueblo, el deber de suministrar a los enfermos pobres aquellos medicamentos simples o compuestos que necesitasen para el tratamiento de sus enfermedades y respecto al Gobierno el de contribuir en los casos necesarios, con los médicos y cirujanos a esclarecer las cuestiones de higiene y salubridad que ocurriesen en el partido y donde serían elegidos por los Ayuntamientos entre una serie de pretendientes presentados por la Junta provincial de Sanidad con la aprobación del Gobernador.

Este Real Decreto duró muy poco en vigor porque a los tres meses de su publicación estalló la revolución de 1854 provocando un cambio en el régimen político de España, dando al traste con las obras del Gobierno de Luis José Sartorius. A pesar de ello, se sentaron las bases del principio de la necesidad de la asistencia facultativa y de la obligación de la sociedad a proporcionársela a la clase indigente, sirviendo como referente a la hora de la regulación de dichos facultativos en la nueva Ley de Sanidad publicada al año siguiente.

La **Ley del Servicio General de Sanidad de 1855** consolidó la figura de los facultativos titulares a través de una regulación más minuciosa en cuanto a su dependencia y especialización, que vino en consonancia con la nueva estructuración de la administración sanitaria en su vertiente de Sanidad Interior. También se refrendó la capacidad de los Ayuntamientos en la contratación de los facultativos sanitarios pero a través de las Juntas provinciales de Sanidad que serían las que

invitaran a los Ayuntamientos a que creasen, con el concurso y consentimiento de los vecinos, plazas para médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares, encargándose estos tanto de la asistencia de las familias pobres como de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios en cuanto hubiese relación con la policía sanitaria. En determinados casos el Gobernador Civil podría obligar a los municipios a que proveyesen de los facultativos titulares para la asistencia a los pobres, exigiéndoles las responsabilidades que hubiere lugar cuando ocurriese alguna defunción de la clase menesterosa sin que se le hubiere prestado los auxilios facultativos. El nombramiento de los facultativos titulares correspondería a los municipios y su aprobación posterior a la Diputación provincial. Las funciones que el farmacéutico titular tendría que desarrollar, unas de carácter asistencial y otras de tipo asesor, tendrían que especificarse en un contrato verificado celebrado entre el farmacéutico y el Ayuntamiento correspondiente, concretándose en el mismo los derechos y obligaciones de ambas partes, el número de familias pobres a quienes los farmacéuticos se comprometiesen a asistir y la asignación anual que le corresponderían por la prestación de los servicios pactados.

El defecto principal de esta Ley, en cuanto al desarrollo de esta asistencia benéfico-sanitaria, fue la vaguedad con la que se consignó la obligación de los pueblos a sostener a sus facultativos y de crearlos en los puntos donde fuese necesario, lo que originó que cada alcalde estableciese como facultativa la provisión de dichos facultativos, el tipo de asistencia que debían de proporcionar, las personas a las que asistir y la forma y cuantía de su asignación en caso de su contratación.

Las necesidades sanitarias y las continuas involuciones políticas del país hicieron que la ley de Sanidad de 1855 tuviese que complementarse mediante cuatro reglamentos para regular a los facultativos titulares o municipales encargados de la asistencia a los enfermos pobres hasta su sustitución por la Instrucción General de Sanidad en 1904.

El **Real Decreto de 9 de noviembre de1864** mandó llevar a cabo el Reglamento “sobre la organización de partidos médicos en la Península”, inspirándose en la necesidad de desarrollar en una disposición reglamentaria los principios que se establecieron en la Ley de Sanidad de 1855 en lo referente a garantizar una esmerada asistencia facultativa completa y equitativa a todos los pueblos de la Península, ya que ni la propia Ley ni el Gobierno de la Nación, habían

sido capaces de asegurar que los menesterosos no murieran sin la asistencia facultativa y, al mismo tiempo, asegurar la defensa de estos facultativos en cuanto a su consideración, independencia y asignaciones decorosas frente a los abusos, arbitrariedades e incumplimientos que estaban cometiendo los Ayuntamientos. Dicha asistencia se organizó en función de los "partidos médicos" en que se dividía la Península

Los farmacéuticos titulares eran elegidos por los Ayuntamientos entre una serie de pretendientes presentados por la Junta provincial de Sanidad con la aprobación del Gobernador, siendo uno sus deberes con respecto al Ayuntamiento el de suministrar a los enfermos pobres los medicamentos necesarios para el tratamiento y la curación de sus enfermedades.

Pero las dificultades casi insuperables consistentes en la difícil situación topográfica de muchos pueblos, la realidad social y la falta de recursos y precariedad en la que vivían debido a la situación económica de la mayoría de ellos; unido a la necesidad de la verificación de los contratados realizados con anterioridad y a las continuas reclamaciones por parte de algunos profesores, motivaron sucesivas dilaciones en su fecha de aplicación del Real Decreto lo que originó que finalmente no entrase en vigor.

El **Reglamento de 14 de marzo de 1868** para la asistencia de los pobres y organización de los partidos médicos en la Península, se redactó después del fracaso que supuso el segundo intento regulador de la asistencia sanitaria en los pueblos a través del arreglo de partidos médicos, inspirándose en la idea de que "*era un imperioso deber que la caridad imponía al Estado el prestar asistencia gratuita a las personas que carecían de los medios necesarios para procurárselos en sus enfermedades y que ésta se cumplía socorriendo al desvalido*". Para evitar un nuevo fracaso, este nuevo reglamento se elaboró con extraordinario detalle y una gran minuciosidad en su desarrollo para así evitar que se generasen dudas posteriores por parte de los ayuntamientos para su aplicación y donde se les dio una decisiva participación a las juntas municipales y provinciales en la dotación de los sanitarios en el medio rural. Todo ello, a pesar las dificultades de su aplicación, por tenerse que extender a pueblos de escasos recursos, muchos de ellos de reducido vecindario y difíciles medios de locomoción.

Este Reglamento definía quién es pobre, mostrando así el perfil de la sociedad y economía de dicha época. Se iban a considerar pobres a todas aquellas personas que no contribuyesen directamente con cantidad alguna al Erario, ni fuesen incluidos en los repartos para cubrir los gastos provinciales y municipales; los que viviesen de un jornal o salario eventual; los que disfrutasen de un sueldo menor que el jornal de un bracero en la localidad respectiva; los que en concepto de parientes formasen parte de la familia de un vecino pobre y viviesen en su compañía; los expósitos que se lactasen en las respectivas jurisdicciones por cuenta de la Beneficencia; los acogidos en los Hospicios o en Casas de Misericordia y de Expósitos que careciesen de Facultativos y los desvalidos que accidentalmente o de tránsito se hallasen en el pueblo. Los encargados de realizar las listas de pobres al final de cada año eran los Ayuntamientos junto con las juntas municipales de sanidad y beneficencia. Se clasificaron los partidos médicos en cuatro clases en función del número de vecinos y de las listas de pobres.

Los farmacéuticos titulares seguían siendo elegidos por los Ayuntamientos entre una serie de pretendientes presentados por la Junta provincial de Sanidad con la aprobación del Gobernador. Los contratos se renovarían cada cuatro años, siendo la asistencia gratuita a los pobres una de las funciones que les corresponderían.

Aunque este reglamento satisfacía bastante las expectativas de los titulares, de nuevo otro cambio político, la revolución político-administrativa de 1868 que acabó con el reinado de Isabel II, dio al traste con su implantación.

El Decreto de 24 de octubre de 1873 por el que se aprueba el Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres, que derogó al anterior de 1868, se promulgó con motivo de adaptarse a la Constitución de 1869 y a la Ley Municipal de 1870, guiado por un espíritu descentralizador que intentaba devolver nuevamente las competencias administrativas de sus intereses a los municipios y provocó un cambio en la asistencia a los pobres más en un sentido político-administrativo, ya que le daba plenas facultades a los Ayuntamientos para los procesos de nombramiento y separación de los facultativos titulares atendiendo a la nueva concepción del Estado.

Las competencias y obligaciones de los farmacéuticos titulares/municipales iban a ser las estipuladas convenientemente con el Ayuntamiento respectivo que, además de la asistencia a los pobres, permanecerían casi iguales respecto al

Reglamento anterior. Las principales diferencias con su antecesor radicaban en que el nombramiento de los facultativos sería competencia exclusiva del ayuntamiento, dejaba de existir la división en la Península de las distintas clases de partidos, no se definía a quien se le podía considerar pobre y bastaba que hubiese una farmacia municipal en cada localidad para prestar el servicio farmacéutico independientemente del número de vecinos y de familias pobres.

La elección de facultativos titulares se hacía directivamente por los municipios en unión con las asambleas de asociados, en la forma que creyesen oportuno y, solo después de provistas las plazas, darían cuenta al Gobernador de la provincia. Para la renovación de sus contratos se necesitaría un informe firmado por los Concejales, asamblea de asociados y Juntas municipales del ramo acerca del comportamiento, méritos y servicios especiales del Facultativo durante el tiempo de su contrato, que se uniría a su expediente y que resultaría decisivo a la hora de su renovación, siendo la necesidad de este "arbitrario" informe lo más criticado por la prensa médica de la época.

Pero un nuevo cambio en la situación política en España a los pocos días de su publicación dio esperanzas a la clase médica de que el Reglamento de 1873 fuese derogado aunque, lejos de la realidad y a pesar de los múltiples intentos practicados, estuvo en vigor durante 18 años, si bien su cumplimiento debió ser escaso a razón de las continuas quejas del colectivo facultativo que desencadenaron un aumento muy significativo del asociacionismo médico-farmacéutico promovido por la prensa médica tan desarrollada en dicho periodo.

El Real Decreto de 14 de junio de 1891 por el que se aprobó el Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos, se promulgó con el objetivo de intentar establecer de una manera más clara y precisa el proceder administrativo que tendrían que llevar los Ayuntamientos a la hora de proporcionar la asistencia facultativa gratuita a las familias pobres residentes en cada municipio, fruto de la diversidad de resoluciones dictadas y de las dificultades para la aplicación del desarrollo de los diversos Reglamentos y Reales Órdenes que intentaban regular la asistencia benéfica.

Dicho Reglamento, que derogó a su anterior de 1873, se planteó como un paso intermedio para realizar las mejoras puntuales en la asistencia facultativa, corregir las deficiencias de procedimiento y establecer la forma de poner de acuerdo

las funciones de la Administración Central y Provincial con las de los Ayuntamientos, dejando para más adelante una reforma más profunda de las Leyes que permitiesen los cambios reclamados continuamente por la prensa médica. Así, la aportación en el terreno organizativo fue escasa al mantener la organización de la asistencia en los mismos términos que el Reglamento anterior, consagrando la libertad profesional del facultativo municipal y procurando garantizar que no faltase en un solo pueblo la asistencia facultativa necesaria.

Se seguía dejando a merced de los Ayuntamientos el fijar la cuantía de las dotaciones a los facultativos municipales, el establecer las jerarquías y honorarios de las distintas clases de titulares y la propia contratación de los facultativos municipales, que podría ser en forma de partidos abiertos y cerrados, con la salvedad de exigir que se contratara el servicio de asistencia a los pobres independientemente del de la asistencia a los vecinos "pudientes", pudiendo intervenir en este último caso sólo con la autorización del Gobernador respectivo.

Se establecía el número proporcional de profesores de acuerdo con las condiciones de la localidad, las facultades, deberes y obligaciones de los facultativos municipales; la estabilidad en el cargo, la duración de los contratos, su renovación y la clasificación de las familias pobres para la asistencia gratuita sobre bases y reglas fijas, claras y terminantes.

Como defectos o inconvenientes, el Reglamento adolecía de poder ofrecer garantías en el percibo de sus haberes a los facultativos municipales, de asegurarles la inamovilidad en sus puestos, de no tener posibilidad de ascensos o traslados al no existir una organización en una carrera; de no clasificar en partidos la Península; de no poder contratar por más de cuatro años y de no poder intervenir en la elaboración de las listas de pobres, dejándolo solo al arbitrio del Ayuntamiento.

La elección del farmacéutico municipal, entre cuyas funciones mantenían la asistencia gratuita de las familias pobres, se realizaría tras el anuncio de la plaza donde se iba a señalar el sueldo o la dotación de la plaza, el número de familias pobres a las que debería asistir, la duración del contrato, que en ningún caso debería exceder de cuatro años, por la Junta municipal dando cuenta el alcalde al Gobernador de la provincia. Terminado el compromiso, el alcalde remitiría a la Junta provincial de Sanidad una relación firmada por la Junta municipal y la Junta local de Sanidad

acerca del comportamiento, méritos y servicios especiales del facultativo durante el tiempo de su contrato, cuya relación formaría parte de su expediente.

Con todo ello, y a pesar de los repetidos fracasos legislativos, se puede afirmar que la implantación del modelo de asistencia benéfico-sanitaria basado en la beneficencia domiciliaria que sugería la Ley de Sanidad de 1855 resultó ser un verdadero fracaso en la práctica[304], fruto principalmente del carácter voluntarista de la ley que hizo que los Ayuntamientos responsables de su aplicación y de su financiación fueran muy reticentes en ponerla en marcha, especialmente motivado por la situación económica de la mayoría de los ellos que vivían con precariedad y falta de recursos estables e independientes, muchos de ellos de reducido vecindario y difíciles medios de locomoción por su situación topográfica y que contribuyó al retraso en el desarrollo de esta modalidad de asistencia, comenzando a dar sus frutos en las postrimerías del siglo XX aunque de forma irregular, afectando especialmente a las poblaciones pequeñas y rurales que eran las que habían puesto en mayor o menor grado la beneficencia domiciliaria[305].

2.2.1.1.2. Las juntas municipales de sanidad. Los institutos municipales de higiene.

Dentro del Servicio Sanitario Interior propuesto de forma escueta en la Ley de Sanidad de 1855 a través del capítulo XI, se reguló la presencia de las **juntas provinciales y municipales de sanidad** en aquellos pueblos que excediesen de los 1000 habitantes, actuando como órganos consultivos, presididos por el gobernador o el alcalde respectivamente.

[304] Manuel Aguilar Hendrickson se refiere cuando escribe sobre el fracaso de la beneficencia pública en la historia del Estado de bienestar en España a que "*el modelo residual de política social liberal, lastrado por elementos arcaicos y nunca plenamente desarrollado (Carasa Soto, 2004), ciertamente mostró su incapacidad para hacer frente a la cuestión social, a las nuevas formas de pobreza y de desigualdad nacidas del desarrollo económico, y ello ha llevado a leer su historia como la de un fracaso, lentamente superado por el progresivo desarrollo de la previsión social*". Además, establece que la beneficencia pública sobrevivió al nacimiento de la previsión social de una forma progresivamente marginal a la acción social del Estado, "*hasta su desaparición nominal en la Constitución de 1978, implícita en las leyes de los servicios sociales de los años ochenta y la derogación final de la ley de beneficencia de 1849 en 1992*" Aguilar Hendrickson, M. La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales)*. 2010; (48):9-16.
[305] Ibídem 12; p81.

Las juntas municipales de sanidad.

Las juntas municipales se componían por el alcalde como presidente, por un profesor de medicina, otro de farmacia, otro de cirugía (si lo hubiere), un veterinario y tres vecinos, desempeñando el cargo de secretario un profesor de las ciencias médicas. La Junta de Madrid incorporaría además dos profesores de ciencias médicas y un ingeniero civil o arquitecto y tres vecinos más[306]. Se mantendrían todas aquellas juntas que estuviesen desempeñando sus funciones anteriormente, reuniéndose básicamente ante los asuntos de riesgo para la salud como en casos de males contagiosos, epidémicos y endémicos o para aconsejar a los gobernadores y alcaldes como autoridades ejecutivas en materia de salubridad provincial, municipal y rural, así como a reprimir las infracciones a las leyes y normas sanitarias, especialmente en lo referente al ejercicio profesional de la medicina, farmacia y veterinaria.

El Reglamento que regulaba las juntas municipales de sanidad[307] establecía que éstas se tendrían que renovar cada dos años a propuesta del alcalde del municipio y elección del Gobernador de la provincia, siendo el cargo de vocal honorífico y de carácter gratuito. Su misión iba a ser la de "*cuidar escrupulosamente de la observancia de higiene pública, y con especial esmero de cuanto haga relación a la buena calidad de los alimentos, aguas y aseo de las poblaciones, procurando extirpar o alejar inmediatamente de ellos los focos de infección*". La forma de llevarse a cabo era a través de una circular que remitía la Dirección General de Beneficencia y Sanidad del Ministerio de la Gobernación en la que se instaba a los Gobernadores de las provincias a proceder a la renovación de las juntas provinciales

[306] De su composición se deduce que dichas juntas eran más especializadas que las de principios de siglo, sin embargo desaparecen las funciones ejecutivas para convertirse en órganos consultivos que asistían al alcalde en determinados asuntos. Mangas Roldán, Jª.Mª. "Anotaciones sobre las juntas municipales de sanidad". En: *VI Jornadas de historia de la veterinaria*. 16 y 17 de noviembre de 2001, Valencia.

[307] A través de la "Real Orden de 5 de junio de 1860" se dio cumplimiento al artículo 55 de la Ley de Sanidad de 1855 que establecía que el Gobierno debía formular un Reglamento, oído el Consejo de Sanidad, donde se determinaría *la renovación, atribuciones y deberes de las juntas provinciales y municipales en consonancia con las Leyes orgánicas de Diputaciones y Ayuntamientos, tanto en tiempos ordinarios como extraordinarios de epidemias*, inserto en: Parte oficial. *El Restaurador Farmacéutico*. 1860; 16 (19):75 y 16 (20):79. También se reguló a través de la "Real Orden de 14 de junio de 1879" y de la "Real Orden de 31 de marzo de 1888", insertos en: Sección oficial. *La Farmacia Española*. 1889; 21(18):276-277.

para que éstas nuevas estuviesen funcionando antes de la fecha de 1 de julio de cada dos años[308].

La adopción de estrategias en el terreno de la higiene pública[309] estaban muy limitadas y en todo caso tuteladas por la Dirección General de Sanidad, motivo por el cual estas instituciones seguían sin tener la efectividad que se necesitaba en momentos de crisis epidémicas ya que las decisiones ejecutivas correspondían a órganos políticos en lugar de a los órganos consultivos[310]. No obstante, en momentos críticos de la epidemia, podrían las juntas de sanidad convertirse en órganos de dirección de las administraciones periféricas incorporando de hecho labores ejecutivas[311].

Las juntas de sanidad fueron criticadas por los prestigiosos higienistas de la época porque la presidencia de las mismas estaba ostentada por los gobernadores y alcaldes, quienes, en la mayoría de los casos, carecían de los conocimientos técnicos especializados favoreciendo el ejercicio de abuso de poder[312], además de adolecer de una falta de autonomía y capacidad de decisión.

Respecto a sus competencias en higiene alimentaria y dado el aumento de las adulteraciones y falsificaciones de los alimentos, bebidas y otros géneros comerciales que se estaba produciendo, con el consiguiente perjuicio para la salud pública, el Ministerio de Gobernación dictó una Real Orden en el año 1887[313], donde se daban las instrucciones a los Gobernadores para que recomendaran a los Ayuntamientos el

[308] Ejemplo de dichas circulares las tenemos en: "Circular de 11 de abril de 1887". Inserta en: Sección Oficial. *La Farmacia Española*. 1887; 19(17):262-263 o en la "Circular de 17 de abril de 1889", Inserta en: Sección Oficial. *La Farmacia Española*. 1889; 21(18):276-277.

[309] Así, también tenían la función de formular propuestas de mejoras de la salubridad sobre "*estercoleros, aguas estancadas, acequias, granjas de cerdos y conejos en sitios ventilados, limpieza de letrinas, traslado de productos peligrosos, vigilancia de utensilios plomados y calidad de agua, alimentos y aseo de las poblaciones, de los cementerios alejando los puntos de infección*". Ibídem 11; pp131.

[310] Ejemplo de cómo se actuaba a través de las Juntas de Sanidad y comisiones permanentes de Salubridad ante un episodio de epidemia lo tendríamos en la "recopilación de las instrucciones que deben de observar los Gobernadores de la Provincia y las autoridades locales para prevenir el desarrollo de una epidemia o enfermedad contagiosa, o minorar los efectos en el caso desgraciado de su aparición". "Real Orden de 11 de julio de 1866", inserto en *El Restaurador Farmacéutico* 1866; 22(31):245-246, 22(32):251-252, 22(33):260-261, 22(34):268-269, 22(35)276-277, 22(36)283-286 y 22(37):290-292.

[311] Ibídem 38; p45.

[312] Monlau, P.F. Elementos de higiene pública o arte de conservar la salud de los pueblos.2ª edición. Madrid. Imprenta de Rivadeneyra, vol. III, 1862, en: Barona Vilar, C. Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936). Tesis doctoral. Valencia: Universidad de Valencia. 2002; p41.

[313] Real Orden de 4 de enero de 1887, dictando reglas para evitar o penar la adulteración de los alimentos y velar por la higiene en la alimentación. *Gaceta de Madrid* nº5 de 05/01/1887.

reconocimiento de alimentos y bebidas[314] y los medios para castigar a los infractores, de tal forma que, con el acuerdo de las juntas locales de Sanidad y previo reconocimiento a la destrucción de los artículos, se entregase inmediatamente a los tribunales a los autores del delito para que fuesen juzgados con arreglo a las prescripciones del código penal, cuando por su mal estado o por la adulteración de los géneros pudiesen ocasionar daño a la salud. Además, se les solicitaba a las Juntas locales de Sanidad que informasen respecto de las medidas especiales que convendría tomar e instaba a los Ayuntamientos para que estableciesen laboratorios químicos municipales[315] donde poder analizar todos los artículos dedicados al consumo, así como instar el examen microscópico de la carne de cerdo en los pueblos donde hubiese médico, farmacéutico o veterinario[316].

Como ejemplo de adulteración de alimentos en Murcia se podría señalar:

> *"(..) En la provincia de Murcia se vendían harinas adulteradas con .polvos de cal en grandes proporciones, y este hecho ha motivado una orden de la Dirección de Beneficencia y Sanidad, recomendando el cumplimiento de la real orden circular de 4 de Enero de 1887. Y dice el Sr. Baró: «Castigue V. S. severamente y sin excusa ni consideración de ningún género, bien gubernativamente ó por los tribunales ordinarios y á cuantos resulten culpables de las faltas ó delitos que se refieren á la*

[314] La regulación alimentaria que estaba en vigor hasta esa fecha: reales órdenes de 23 de Febrero de 1860 sobre bonificación é imitación de vinos naturales, con sustancias que no sean nocivas; 22 de Febrero de 1879 sobre vinos coloreados con fuchsina; 16 de Julio de 1878, encomendando la mayor vigilancia en la pureza de los alimentos, y con especialidad para evitar el uso de la carne de cerdo con trichina, 19 de Julio de 1883, recordando el cumplimiento de la de 10 de Julio de 1880, acerca de la introducción de carnes y grasas de cerdo de Alemania y de los Estados Unidos de América; 9 de Octubre de 1883, sobre matanza de cerdos y fabricación de embutidos, con la modificación hecha por real orden de 21 de Marzo de 1885; 12 de Diciembre de 1831 permitiendo mezclar el chocolate con sustancias que no sean perjudiciales, y siempre que así se anuncie; 30 de Marzo de 1849, fijando las condiciones que deberán tener las medidas para líquidos alimenticios, los reglamentos de 25 de Febrero de 1859 para inspección de carnes, y el de 8 de Agosto de 1867 sobre establecimientos de vacas, burras, cabras y ovejas; y, por último, lo que acerca de sustancias nocivas preceptúan las disposiciones unidas a la ley 6ª, título 4º, libro 9º de la Novísima Recopilación. Artículos 2 y 3 del Real Orden de 4 de enero de 1887, dictando reglas para evitar o penar la adulteración de los alimentos y velar por la higiene en la alimentación. Ibídem 313.

[315] A partir de 1880, se asumió el paradigma bacteriológico en la estructura sanitaria pública, que desembocó en la creación de los primeros laboratorios municipales de análisis químico y posteriormente microbiológico, que dieron lugar finalmente a los institutos o laboratorios de higiene.

[316] Las competencias para el reconocimiento de las sustancias de consumo público entre los facultativos médicos, farmacéuticos y veterinarios se distribuían de la siguiente manera: *"el reconocimiento de los animales de sangre caliente, así como de sus embutidos y conservas en vivo y en muerto, corresponde a los veterinarios; y el reconocimiento e inspección de todas las demás sustancias alimenticias que se expenden en los mercados, inclusos los animales de sangre fría, pescados, puede atribuirse o confiarse a los profesores de medicina o a los de farmacia indistintamente"*. Real orden de 28 de febrero de 1885, determinando los funcionarios que deben practicar el reconocimiento de las sustancias alimenticias que se expenden en los mercados públicos. *Gaceta de Madrid* nº 66 de 03/03/1885.

adulteración de las sustancias alimenticias, con grave peligro de la salud pública.»

Gubernativamente-ó por los tribunales ordinarios, según proceda. Así, ni el gobernador, ni los tribunales harán nada. Se contentarán con arrojarse la pelota los unos á los otros, y en paz y jugando... (...)".[317]

En el año 1901 se presentó un proyecto de ley[318] para poner coto a las frecuentes adulteraciones y falsificaciones de los alimentos y a las defraudaciones en general en la venta de géneros comerciales, donde los médicos y farmacéuticos municipales auxiliarían a las autoridades, haciendo las denuncias correspondientes al mal estado de los alimentos destinados al consumo del público[319].

A pesar de articularse en la Ley de Sanidad, el sistema de juntas de sanidad se fue difuminando a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX a raíz del crecimiento de otros dispositivos sanitarios municipales como fueron los institutos municipales de higiene, desarrollándose de una manera más estable estas juntas a través de la Instrucción General de Sanidad de 1904, donde adoptarían un carácter más técnico y donde incluirían a de los Inspectores Provinciales y Municipales de Sanidad como secretarios y vocales en las mismas[320], constituyendo la rama especializada y periférica de la Administración Central.

Los institutos municipales de higiene.

Los institutos de higiene o de salubridad municipal fueron las primeras organizaciones permanentes de vigilancia higiénica completamente profesionalizadas y remuneradas, compuestas por la suma de laboratorios, servicios de desinfección, servicios de inspección sanitaria de prostitutas y servicios médicos de beneficencia[321].

---

[317] Marín y Sancho, F.: Crónicas: Adulteración de alimentos. *La Farmacia Española*. 1888; 20(36):p571.

[318] Proposición de Ley presentada por el Sr. Puerta en el Senado acerca de las adulteraciones y falsificaciones de los alimentos, bebidas y otros géneros comerciales. Inserta en: *La Farmacia Española*. 1901; 33(45):709-711.

[319] Finalmente, se aprobó a través del Real decreto de 22 de diciembre de 1908, dictando las disposiciones convenientes a fin de evitar el fraude en las sustancias alimenticias. *Gaceta de Madrid* nº 358 de 23/12/1908.

[320] El Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos de 1891 ya establecía que "*Los facultativos municipales, como encargados inmediatamente de proponer lo necesario para remover las causas de insalubridad de toda especie, y de minorar los estragos de cualquier enfermedad de mal carácter que pudiera reinar en la localidad, serán vocales natos de las Juntas municipales de sus respectivas jurisdicciones*".

[321] Ibídem 38; p47.

La introducción paulatina del modelo microbiológico a partir de 1875, se vio favorecida en España por la implantación de laboratorios químicos en los servicios higiénicos municipales. Posteriormente, estos laboratorios químicos de las grandes urbes que empezaron a desarrollarse en siglo XIX para el control químico de las aguas y alimentos[322] como el de Barcelona (1867), Madrid (1878)[323] y Valencia (1881), ampliaron sus funciones y pasaron a convertirse en laboratorios químicos y microbiológicos[324] e institutos de higiene, como el laboratorio municipal de microbiología de Barcelona (1886) que pasaría en 1891 a convertirse en el primer instituto municipal de salud, al de Madrid se incorporaría el Laboratorio Central (más tarde Instituto Nacional) de Bacteriología e Higiene en 1894 y al laboratorio químico de Valencia de 1881 se le sumaría a partir de 1894 el laboratorio bacteriológico. Entre sus funciones ampliadas destacaron la vacunación en caso de epidemia primero y posteriormente la elaboración de las vacunas[325].

El principal motor para la constitución de los laboratorios fue la publicación de la Circular de 4 de enero de 1889[326], donde se estableció el traspaso a los Ayuntamientos de las competencias en materia de higiene desde los gobiernos civiles que todavía no las hubiesen realizado. Ese mismo año se dictaron dos Reales Órdenes[327] que regularon la forma de provisión de plazas del personal facultativo a

[322] Se da importancia a los laboratorios químicos municipales como garantía al público de los legítimos intereses de los comerciantes e industriales para evitar las falsificaciones de los alimentos y bebidas y donde también se les encomienda al experto químico otros problemas que ocurran en el ámbito municipal. .García R.P.: Los laboratorios municipales. *La Farmacia Española*. 1887; 19(33):513-518.

[323] Ya se destacaba la importancia de este tipo de establecimientos para el reconocimiento de los alimentos y bebidas con el fin de evitar el abuso sobre la higiene y salubridad de la villa de Madrid y la necesidad de su instalación en el resto de provincias viendo los resultados obtenidos con su implantación. Martín de Argenta, V.: "Noticias varias: Los laboratorios municipales". *El Semanario Farmacéutico*. 1885, 14(11): p 88.

[324] Entre sus funciones destacarían las de "*determinar la pureza, estado y calidad de los alimentos y bebidas y de otras sustancias de uso general, como tintas, petróleo, jabones, etc. debiendo también poseer medios suficientes para poder resolver sobre otros servicios higiénico-químicos, relativos a las aguas potables, alcantarillado, aprovechamiento de aguas fecales, cementerios, mataderos y otros más complicados que los Municipios á veces solicitan"*. "Real Orden de 23 de octubre de 1889", relativa á la provisión de plazas de personal facultativo de estos laboratorios, dictada por el Ministerio de la Gobernación e inserta en *La Farmacia Española*. 1889; 21(46):721-727.

[325] Ibídem 4; p31.

[326] Real Orden Circular de 4 de enero de 1889, disponiendo que se encargasen los Ayuntamientos de los servicios higiénicos sobre las casas de mancebía o de cualquier otra clase, y de los registros y expedición de cartillas a las personas que se dedicasen al servicio doméstico. *Gaceta de Madrid* nº5 de 5/01/1889.

[327] "Real Orden de 23 de octubre de 1889", relativa a la provisión de plazas de personal facultativo de estos laboratorios, dictada por el Ministerio de la Gobernación e inserta en La Farmacia Española. 1889; 21(46) pp721-727 y "Real Orden de 31 de diciembre de 1889", resolviendo que los ingenieros químicos industriales pudiesen optar a dichas plazas: *La Farmacia Española*. 1890; 22(6):p89.

los laboratorios químicos municipales y las materias que debía comprender el programa que serviría para las oposiciones a las mismas.

2.2.1.1.3. Los "inspectores" de la sanidad interior.

Aunque el comienzo de la especialización y la profesionalización sanitaria, así como la confianza en la técnica de las tareas sanitarias en cuanto a la tutela de la salud pública[328], se produjese durante la segunda mitad del siglo XIX, la creación de una estructura organizativa y funcional inspectora de salud pública en España no se produciría hasta principios del siglo XX a partir de la Instrucción General de Sanidad de 1904 si bien, cogió de base las distintas figuras creadas del siglo anterior.

A pesar de que se intentó, a sugerencia de Seoane, la creación de la figura del inspector higiénico o de salud pública en 1849 para atender los asuntos de higiene pública de la población independientemente de la existencia de riesgo de amenaza epidémica en España, la Ley de Sanidad de 1855 no contempló dicha figura, mencionando únicamente en su artículo 7 que en casos inminentes de epidemia o contagio, se girarían visitas ordinarias o extraordinarias de inspección desempeñadas por delegados facultativos del Gobierno, lo que desembocó en 1891 en la creación de los inspectores provinciales temporales de sanidad. También se crearían a través del artículo 90 los inspectores de géneros medicinales para el control de las aduanas de las drogas medicinales y productos químicos.

El panorama del control sanitario durante el siglo XIX se completó con los inspectores de carnes nombrados por los distintos municipios para su intervención en los mataderos[329]; con los inspectores municipales creados en algunas poblaciones de más de 20000 habitantes, con los subdelegados de sanidad en las provincias y con los facultativos médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares[330] de los municipios que también ejercían sus funciones en el control de la salubridad e higiene de la población. Para dar apoyo en la implantación de las acciones higiénico sanitarias a estas estructuras, se implantaron los institutos municipales de higiene a finales del siglo XIX.

---

[328] Ibídem 4; p28.
[329] De acuerdo al Reglamento de 25 de febrero de 1859, declarado vigente por Real Orden de 25 de septiembre de 1872 y cuyas funciones fueron asumidas posteriormente por los veterinarios titulares municipales a partir de la Instrucción General de 1904. Ibídem 11; p134.
[330] Los facultativos farmacéuticos titulares se van a tratar posteriormente de forma individualizada.

Los inspectores provinciales de sanidad.

La Ley de Sanidad de 1855 sustituyó el sistema cuarentenario interior por otro basado en la inspección, de tal forma que: "*en casos inminentes de epidemia o contagio, y siempre que el Gobierno lo acuerde por sí o a propuesta del Consejo, se giraran visitas ordinarias o extraordinarias de inspección donde el bien público lo exija. Estas visitas serán desempeñadas por delegados facultativos del Gobierno, nombrados también a propuesta del Consejo*". En caso de calma epidémica dicha vigilancia recaía en manos de los Subdelegados de Sanidad.

Fue a raíz de la epidemia de cólera de 1890-1891 cuando se produjo un impulso cualitativo en la organización sanitaria con el intento de creación de una red inspectora de salud pública, propiciando la creación de la primera figura sanitaria que llegaría a encargarse en exclusiva de vigilar la salud colectiva frente al cólera, "el inspector provincial de Sanidad"[331].

Así, para intensificar la vigilancia epidemiológica frente al cólera en las regiones donde un año antes había hecho su aparición la enfermedad y ante la necesidad de tener información inmediata para organizar una respuesta inmediata ante la sospecha de cualquier nuevo brote, se crearon y organizaron las inspecciones médicas temporales a través de la Real Orden de 3 de febrero de 1891[332], impulsadas por el Director General de Beneficencia y Sanidad D. Francisco Silvela, dividiéndose en dos categorías; los subdelegados de medicina a los que se nombró inspectores de distrito y los inspectores regionales con carácter de delegados de la Dirección General del ramo, ambos encomendados a médicos que hubiesen prestado sus servicios combatiendo dicha enfermedad. Sus nombramientos se hicieron por la Dirección General y no tenían remuneración económica alguna salvo los gastos derivados de su servicio (indemnizaciones o dietas como el traslado personal, adquisición de desinfectantes o cualesquiera otros que pudiesen ocurrir) a cargo de créditos extraordinarios librados para el caso.

A los inspectores de distrito se les atribuyó el deber de visitar de forma inmediata aquellos pueblos de su partido donde hubiesen tenido casos de cólera el año anterior, repitiendo dicha visita como mínimo una vez al mes. Además, debían

[331] Molero Mesa, J y Jiménez Wana, I. "Salud y burocracia en España. Los cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951)". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74(Mon).
[332] Real Orden de 3 de febrero de 1891, creando Inspecciones médicas temporales para los distritos que durante el año último fueron invadidos por el cólera y fijando sus funciones. *Gaceta de Madrid* nº 36 de 05/02/1891.

de realizar el pedido del material desinfectante que fuese necesario al inspector regional, dar las reglas a las autoridades municipales para garantizar la higiene pública, comunicar al menos quincenalmente con los inspectores regionales de todo lo acontecido y si hubiese habido alguna alteración y comunicarse en los casos urgentes con el Gobernador de la Provincia o con la Dirección General.

Los inspectores provinciales se tenían que encargar de visitar quincenalmente todas los partidos o subdelegaciones puestos a su cargo, confeccionar el estado de la salud pública del partido y dictar las medidas oportunas para evitar la reaparición del cólera, solicitar el pedido de material desinfectante de los subdelegados a la Dirección General y distribuirlo, elevar un parte quincenal al Gobernador y a la Dirección General y hacer cumplir las instrucciones recibidas por ambos. Como tal epidemia no se produjo y los cargos no eran retribuidos, cesaron en sus cargos unos meses más tarde a través de la Real Orden de 16 de octubre de 1891, una vez extinguida la alerta epidémica[333].

Pero nuevamente, la amenaza de cólera que estaba azotando a países como Rusia, Alemania, Francia y Bélgica hizo necesario establecer, a través de la Real Orden de 29 de agosto de 1892[334], impulsada por el Ministro de Gobernación D. Raimundo Fernández Villaverde, un sistema permanente de vigilancia e inspección para completar las precauciones adoptadas y mantener el sistema de salubridad pública en todas las provincias. Se estableció también una cadena organizativa de transmisión de la información epidemiológica donde el médico titular de cada pueblo o término municipal iba a comunicar al subdelegado de medicina de la provincia todo caso sospechoso de cólera morbo, éste a su vez y de la misma forma al inspector provincial, que a su vez lo comunicaría al Gobernador Civil y a la Dirección General de Sanidad y Beneficencia, pudiéndose de esta forma dirigir con eficacia y acierto la defensa sanitaria.

Un hecho significativo de esta Real Orden fue que los subdelegados de medicina pasaban a constituirse en inspectores de sanidad de su distrito. Se crearon los inspectores provinciales de sanidad, uno por cada provincia de España, siendo designados por el Gobernador civil de cada provincia, debiendo residir en la capital

[333] Ibídem 11; p135.
[334] Real Orden de 29 de agosto de 1892, creando Inspecciones de Sanidad con las facultades que se detallan, encaminadas a evitar los efectos de las epidemias coleriformes. *Gaceta de Madrid* nº 243 de 30/08/1892.

de la misma y pudiendo nombrarse varios en aquellas poblaciones de más de 100000 habitantes. Los inspectores provinciales, bajo su dirección los de distrito y los municipales, propondrían a las autoridades las medidas que estimasen oportunas sobre el régimen higiénico y sanitario.

Aunque este avance organizativo se vio minorizado por la supresión de la Dirección General de Sanidad a través de la Real Orden de 20 de diciembre de 1892[335], la efectividad de la figura de los inspectores provinciales de sanidad, planteada como una manera de abordar una crisis epidémica, debió de ser nula hasta la Instrucción General de Sanidad de 1904, en la que se dotan económicamente las plazas y se profesionalizan como funcionarios con ingreso por oposición entre los doctores en medicina[336].

Los inspectores de géneros medicinales

La Ley de Sanidad de 1855 crearía a través del artículo 90 a los inspectores de géneros medicinales para el control de las aduanas de las drogas medicinales y productos químicos, de tal manera que en las aduanas calificadas por el Gobierno de primera clase habría dos inspectores doctores o licenciados en farmacia y en las restantes uno, siendo nombrados por el Ministerio de la Gobernación, a propuesta de los Gobernadores de las provincias.

Dichos inspectores, esta vez retribuidos, serían los encargados de reconocer y analizar tanto las drogas medicinales como los productos químicos, prohibiéndoles realizar dicha inspección durante su tránsito por los pueblos. Si los nombres de estos productos viniesen cambiados con el objeto de defraudar los derechos de la Hacienda, así como si estuviesen falsificados o alterados y su uso supusiera un riesgo para la salud, los inspectores podrían decomisar y destruir la mercancía previa consulta por el administrador de la aduana a la Junta Provincial de Sanidad.

Su ejercicio profesional se regularía unos años más tarde a través del capítulo VI de las Ordenanzas de 1860 para el ejercicio de la Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales.

[335] Real Decreto de 20 de diciembre de 1892, reformando la plantilla del personal del Ministerio de la Gobernación. *Gaceta de Madrid* nº 356 de 21/12/1892.
[336] Ibídem; pp131-136.

Los Subdelegados de Sanidad

La Ley de Sanidad iba a actuar como un código sanitario regulando las funciones técnico administrativas del Servicio Sanitario Interior o Terrestre consolidando el sistema de policía sanitaria interior creado a raíz de la reforma sanitaria de 17 de Marzo de 1847, dirigida a la preservación de contagios y epizootias, a la conservación de la salubridad pública y a la represión eficaz de las infracciones de las leyes, reglamentos o disposiciones gubernativas pertenecientes a la policía sanitaria y a la médica, y donde se proporcionaba a los jefes políticos, a través del Reglamento de 24 de julio de 1848, los medios para poner en orden el servicio de policía sanitaria a través de los subdelegados, cuya labor iba a consistir principalmente en la inspección sanitaria y en la transmisión a sus respectivos Gobernadores la recopilación de los datos estadísticos-médicos recogidos.

De esta forma la Ley de Sanidad consolidó la figura de los subdelegados de Sanidad dedicándoles el capítulo XIII donde, si bien sólo les dedicó cuatro artículos, se estableció la necesidad de que en cada partido judicial tuviesen que existir tres subdelegados de sanidad, uno de medicina y cirugía, otro de farmacia y otro de veterinaria, correspondiendo su nombramiento a los Gobernadores Civiles de cada provincia a propuesta de la Junta de Sanidad, siendo dicho cargo de carácter honorífico y teniendo como única compensación el servir de mérito para su carrera profesional. Se estipuló además que sus deberes, atribuciones y consideraciones serían objeto de un reglamento que formaría el Gobierno, oyendo al Consejo de Sanidad.

Como este hecho no llegó a ocurrir, se mantuvieron las funciones descritas en el Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino de 1848, sobrepasando incluso a la Instrucción General de Sanidad de 1904 y donde los subdelegados de farmacia tendrían como funciones generales: cuidar de que ninguna persona ejerciese el todo o parte de la ciencia del curar sin el correspondiente título, limitándose los profesores al ejercicio de sus facultades; vigilar la exacta observancia de lo prevenido en las leyes, ordenanzas y demás disposiciones vigentes acerca de las condiciones en que puedan ser introducidas, elaboradas, puesta a la venta o suministradas las sustancias o cuerpos medicamentosos o venenosos; examinar los títulos de los profesores de la ciencia del curar que ejerciesen o desearen ejercer su profesión en el distrito de la subdelegación horadar los sellos y firmas de los que

fallezcan dentro de él, devolviéndolos a sus familias, si los reclamasen; llevar los registros de las listas generales y nominales de los profesores que tengan su residencia habitual en el mismo distrito, con notas de los que ejerzan sin tener la residencia, de los fallecidos y de los que se hayan trasladado a otro distrito; y específicas respecto a los farmacéuticos la inspección y vigilancia con respecto a los farmacéuticos, herbolarios, drogueros, especieros y cuantos elaboren, vendan, introduzcan o suministren sustancias o cuerpos medicamentosos o venenosos y el deber de visitar, previo permiso de la autoridad competente, todas las boticas nuevas y las que habiendo estado cerradas volvieran a abrirse, dando cuenta de las faltas que encontrasen a la autoridad respectiva[337].

La figura de los subdelegados de Sanidad sobrevivió el siglo XX hasta el Decreto de 3 de Septiembre de 1933[338], si bien se tuvo que dictar una Real Orden de 19 de marzo de 1865 donde se les reconocía la vigencia del Reglamento de 1848 en relación a sus atribuciones[339].

Los inspectores municipales de sanidad

Fue en agosto de 1849, tras la Real Orden de 1849[340], cuando se intentó por primera vez la creación de plazas de trabajo públicas con contenidos higiénicos en España. Para ello, Monlau propuso que los miembros de las comisiones de salubridad pública de las juntas de sanidad fuesen funcionarios públicos profesionales con dedicación y retribuidos, para así potenciar el carácter técnico de dichas instituciones[341]. Así, y a iniciativa del Consejo de Sanidad, se intentó su profesionalización acordando el Gobierno la creación de los Inspectores Municipales de salud pública en las ciudades mayores de 20000 habitantes. Su reglamento le fue encargado a una comisión especial del Consejo de Sanidad presidida por Mateo Seoane e integrada por Francisco Méndez Álvaro y Pedro F. Monlau entre otros,

[337] Artículos 1, 2, 3, 7, 11 y 12 del Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino, aprobado por S.M. en 24 de julio de 1848. *Gaceta de Madrid* de 6 de agosto de 1848.
[338] Decreto de 3 de septiembre de 1933, declarando a extinguir el Cuerpo de Subdelegados de Medicina y Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº249 de 06/09/1933.
[339] Ibídem 12; p85.
[340] Real Orden circular de 18 de enero de 1849, para que se aumente el número de vocales de las juntas provinciales, de partido y municipales de sanidad que en el día existen. *Gaceta de Madrid* nº5246 de 23/01/1849.
[341] Ibídem 11; p134.

aunque finalmente no pudo llevarse esta iniciativa a cabo, excepto en contados lugares, como Valencia (1849) o Zaragoza[342] (1857)[343].

Años después Monlau siguió intentando la formación de un Reglamento para los inspectores de salubridad por parte de una Comisión donde, en referencia a la parte farmacéutica, se estableciese la necesidad de uno o más inspectores farmacéuticos según la importancia de la población junto con su laboratorio para "*los análisis de los alimentos, condimentos y bebidas denunciadas por insalubres, de los productos químicos que se usan en las artes, para el descubrimiento de los delitos de falsificación de monedas y de las escrituras públicas, para casos de envenenamientos, etc.*.". Pero a su pesar, dicha comisión se disolvió al convencerse de "*la esterilidad de sus trabajos"*[344].

2.2.1.2. REGULACIÓN NORMATIVA DE LOS FARMACÉUTICOS TITULARES:

> " *En la deplorable y triste existencia que arrastran en el dia los profesores de los tres ramos de las ciencias de curar, establecidos en las diferentes poblaciones de la península , una sola esperanza alienta su abatido espíritu en medio de las amarguras repelidas con que sazonan el negro pan que alcanzan por premio en remuneración de los inmensos servicios que prestan á la sociedad con la práctica de la filantrópica ciencia que en beneficio general egercen: esta risueña esperanza está fundada en el próximo arreglo de partidos que confían ver planteado dentro de poco.(…)"*[345].

[342] Zaragoza fue la única población de España que en 1860 tenía regularmente organizado el servicio facultativo de inspectores de salubridad. Una vez que se promovió la idea de la creación de una comisión facultativa de salubridad pública por el Ayuntamiento y aprobada por el Gobernador civil de la provincia, se instaló en febrero de 1857 la comisión de salubridad pública que pasó a denominándose posteriormente la sección especial facultativa de policía urbana, formada un profesor médico, otro farmacéutico y dos veterinarios del que se dotó de un reglamento en el que se detallaban las obligaciones de cada profesor centradas en el control de la salubridad e higiene de la población y cuyos resultados fueron de utilidad reconocida. Las obligaciones del farmacéutico eran: "*Ilustrar al Excmo. Ayuntamiento en todo lo referente á su facultad, proponiendo los medios de evitar los abusos que se cometan en las atribuciones que les corresponden. Analizar los líquidos y demás sustancias alimentícias que se crean sofisticadas ó puedan perjudicar á la salud pública. Desempeñar en la forma y bajo la presidencia que se le designe las comisiones que se le encarguen, ya para inspeccionar el estado de las vasijas que se empleen en los cafés, fondas, etc, para elaborar y contener sustancias alimenticias, ya para hacer constar cualquier otro objeto propio de su especialidad y en armonía con la salud pública. Cooperar con el médico y los veterinarios al fin sanitario á que va encaminado este proyecto"*. Bazan, A.: "Parte editorial: Inspectores de salubridad". *El Restaurador Farmacéutico*. 1860, 16(32):125-126.

[343] Ibídem 38; p47.

[344] Chiarlone Q.: Parte editorial: "El Monitor de la Salud de 1 de octubre de 1860", inserto en *El Restaurador Farmacéutico*. 1860; 16(30):p118.

[345] Calvo Asensio, P. "Sobre el Arreglo de Partidos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(15):81-82.

2.2.1.2.1. Real Decreto de 5 de abril de 1854[346] (Apéndice 10)

El arreglo de partidos, el arreglo del ejercicio facultativo en España (según la revista *El Restaurador Farmacéutico*), el arreglo relativo a la asistencia médica de los pueblos y los menesterosos (para la revista *El Siglo Médico*), u otras muchas denominaciones según el proyecto propuesto por las distintas revistas médicas, fue un clamor general de la prensa médica y de los deseos de los facultativos médicos españoles, cuyo pensamiento era el de mejorar la posición de los profesores de las clases médicas en los pueblos y revertir el sentimiento de abatimiento que venían arrastrando desde mucho tiempo atrás, fruto de los males que aquejaban a dichos colectivos y que habían ocupado muchas sesiones en las Academias y columnas en los periódicos.

El proyecto de arreglo de partidos pasó a ser para la clase médica (médicos, cirujanos y farmacéuticos) su esperanza, el fundamento de su porvenir y la base de su independencia. Otorgaría a los pueblos la seguridad de un servicio sanitario perfecto en todas sus escalas; colocando a los profesores en la vía de la independencia necesaria para ejercer sus profesiones, asegurándoles una decorosa subsistencia y les marcaría con exactitud y precisión la línea de sus deberes.

La iniciativa del proyecto correspondió en este caso a la prensa médica que supo elevar al Gobierno el clamor de las quejas de la clase médica, proponiendo proyectos de arreglos[347] y esclareciendo cuestiones del proyecto a través de sus

[346] Real decreto de 5 de abril de 1854, mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 467 de 12/04/1854.

[347] En lo que respecta al sector farmacéutico, es interesante el proyecto de arreglo de partidos realizado por el Restaurador Farmacéutico. En él se propone que: se regule el número de alumnos que entren en las escuelas en función de las necesidades públicas, que se les dote a los profesores facultativos de la necesaria independencia que su ejercicio necesita y que se cree un cuerpo superior facultativo compuesto por doctores de medicina, cirugía y farmacia; que las Subdelegaciones de Sanidad no dependan exclusivamente de las autoridades locales; que se publique un diccionario médico-farmacéutico que incluya estadísticas de las ciencias médicas, que los cargos de la junta superior, provinciales y de inspectores fuesen incompatibles con el ejercicio facultativo; que se produjese una división de partidos con sus categorías y sueldos determinados; que se formen los reglamentos sanitarios donde se hable del arancel de aduanas, que se prohíban la venta de específicos no autorizados por el Gobierno y de fórmulas secretas; que se regule las tiendas donde se venden medicamentos, especialmente los drogueros y herboristerías; que se establezca el límite farmacéutico-médico en relación con la homeopatía, que no puedan existir en poblaciones donde no existan otros facultativos, parientes próximos que abrazasen entre sí los tres ramos de la ciencia del curar; que se regulen las sociedades llamadas filantrópicas y los ajustes, igualas o conductas establecidas con el farmacéutico así como su retribución y por último, que se publiquen las nuevas Reales Ordenanzas, la Farmacopea Nacional y la Tarifa legal y el Petitorio farmacéutico. Calvo Asensio, P. "Sobre el Arreglo de Partidos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1852; 8(16):85-86; 8(17):89-90; 8(18):93-94; 8(19):97-98; 8(20):101-102; 8(21):105-106; 8(22):109-110; 8(23):113-114; 8(24):117-118; 8(25):121-122; 8(26):129-130; 8(27):133-134; 8(28):137-138 y 8(32):161-162.

artículos. *El Eco de la Medicina, El Boletín de la Medicina, La Gaceta Médica, La Unión Médica, El Divino Vallés, El Boletín del Instituto Médico Valenciano, El Heraldo Médico, El Porvenir Médico, el Siglo Médico* y *El Restaurador Farmacéutico* fueron los precursores del mismo.

El Gobierno, que no se mostró indiferente a las razones alegadas por los periódicos de las clases médicas, nombró una Comisión de profesores de las tres ramas en mayo del año 1852 para formar el proyecto de arreglo de partidos. Dicha Comisión estuvo compuesta por los Señores: D. Mariano Lorente, D. Nicolás Briz, D. Nemesio de Llana, D. José Calvo y Martín y D. Francisco Méndez Álvaro[348]. El proyecto, que fue leído en el Consejo de Sanidad el 2 de marzo de 1853 por la Comisión encargada de redactarlo junto con un informe del mismo Consejo, pasó directamente al Gobierno para su aprobación, sin necesidad de pasar por el Consejo Real, siendo aprobado y rubricado por el Ministro de Gobernación: D. Luis José Sartorius el 5 de abril de 1854[349].

El Real Decreto de 5 de abril de 1854 fue la primera regulación de los farmacéuticos titulares con funciones en salud pública, estableciéndose en el artículo 1 que:

> "*Todas las ciudades, villas y lugares del Reino, tendrán médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares para la asistencia a los pobres, para el desarrollo de las demás personas que necesiten de su auxilio, y para el desempeño de otros deberes que se expresan en el lugar correspondiente"*

Dicho Real Decreto surgió con el fin de generalizar la asistencia médica y los auxilios farmacéuticos de una manera ordenada y en lo posible uniforme, con una doble intención, por un lado que los auxilios que sus dolencias reclamaban se consiguiesen en todas las clases de la sociedad y en cualquier punto de la Monarquía y por el otro, que dichos facultativos obtuviesen una retribución suficiente, una estabilidad conveniente y una debida consideración por los penosos y meritorios

[348] Calvo Asensio, P.: "El Arreglo de Partidos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1854; 10 (número extraordinario).

[349] Durante el período de tiempo de un año, las clases médicas se movilizaron a través de la prensa médica para que dicho proyecto no quedase en el olvido, promoviendo la creación de una comisión de todas las corporaciones facultativas, sociedades, academias y colegios de Madrid para aproximarse al Ministro de la Gobernación, la creación de un Comité Central para el arreglo de Partidos para acelerar la aprobación del proyecto y a modo particular movilizar a cada persona para procurase mover sus influencias y relaciones en el Ministerio. Calvo Asensio, P. "Movimiento de las clases médicas". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(11):41-42 y Calvo Asensio, P. "Comité Central para el Arreglo de Partidos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1853; 9(33):129-130.

servicios que prestaban correspondiéndose con su dilatada carrera científica. Estos facultativos auxiliarían además a las Autoridades y Juntas en lo relativo a descubrir y quitar las causas permanentes o accidentales de insalubridad en cada población mejorando de esta forma el estado de la salud pública en España, impidiendo la aparición o al menos mitigando los estragos de las mortíferas epidemias que asolaban el territorio español.

Destacaba como novedad, la inclusión entre los deberes de los médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares de reunir datos precisos para formar con el tiempo una estadística sanitaria, hecho que sería de suma trascendencia posteriormente. De esta forma, los facultativos titulares actuaban bajo el aspecto higiénico de los pueblos y bajo el curativo de las dolencias humanas.

La asistencia se organizaba en función del número de vecinos de las distintas poblaciones (o agregaciones de municipios) existiendo dos clases de partidos: de primera clase (partidos para la asistencia a los pobres) y de segunda clase (partidos para la asistencia a todo el vecindario). En poblaciones de más de 1500 vecinos sólo podrían existir partidos de primera clase, mientras que en poblaciones menores a 1500 vecinos quedarían en libertad de tener a los facultativos titulares tan solo para la asistencia de los pobres, o de encomendarles asimismo la asistencia del resto del vecindario. Según el artículo 5, se consideraban pobres a:

> "(…) *aquellos vecinos que no contribuían directamente en cantidad alguna al Erario ni eran incluidos en los repartimientos para cubrir los gastos provinciales y municipales, tampoco recibiría sueldo suficiente del Estado, provincia u Ayuntamiento ó de un particular para cubrir las más precisas necesidades de la vida. De igual forma se considerarían a aquellas personas que componían las familias de dichos vecinos y los desvalidos que accidentalmente se hallaren en el pueblo o transitaren por él"*.

En aquellas poblaciones que tuviesen entre 1500 y 3000 vecinos se dividirían en dos distritos, para cada uno de los cuales habría un médico, un cirujano y un farmacéutico. En poblaciones de más de 3000 vecinos se dividirían igualmente por distritos debiendo existir un médico, un cirujano y un farmacéutico por cada uno de ellos. Dicha segregación de la provincia por partidos lo autorizaba el Gobernador de la provincia previo informe de la Junta provincial de Sanidad respectiva y si fuese oportuno del Consejo provincial. En aquellas poblaciones en las cuales se reuniesen

un número suficiente de profesores de farmacia, se podrían formar colegios farmacéuticos.

Los farmacéuticos titulares eran elegidos por los Ayuntamientos entre una serie de pretendientes presentados por la Junta provincial de Sanidad con la aprobación del Gobernador. La Junta provincial de Sanidad realizaba siempre la propuesta con sujeción a escalas dando preferencia a los que en ella ocupasen el grado más elevado, y entre los del mismo grado a aquellos con más merecimientos.

Dichos facultativos titulares tenían respecto con el pueblo el deber de suministrar a los enfermos pobres, si el partido fuese de primera clase, y a los de todo el vecindario si fuese de segunda, aquellos medicamentos simples o compuestos que necesitasen para el tratamiento de sus enfermedades (siempre que figurasen en el petitorio, o fuesen de uso general y se pidiesen en una receta de uno de los facultativos titulares); y con respecto al Gobierno contribuir en los casos necesarios, con los médicos y cirujanos a esclarecer las cuestiones de higiene y salubridad que ocurriesen en el partido.

La forma de remuneración se realizaría en dinero por trimestres vencidos o bien por anualidades y en especie conforme a los usos y costumbres de cada país, siendo las cantidades mínimas a cobrar por farmacéutico 20 reales anuales por cada vecino inscrito en las listas de pobres y de 26 reales por cada uno de los no inscritos. Estas cantidades tendrían que ser siempre satisfechas por el Ayuntamiento respectivo y en caso de incumplimiento podría recurrir a los Gobernadores o bien demandar a los Alcaldes ante los tribunales de justicia. Aquellos titulares con más de 30 años de profesión en dicho pueblo tendrían derecho a una jubilación de al menos dos terceras partes de lo que estuviesen percibiendo por la asistencia a los pobres.

También se regularon las reglas por las que se tenían que regir la celebración de los ajustes o igualas tanto en los partidos de primera clase que no llegasen a 1500 vecinos así como en aquellas poblaciones que superaban los 1500 vecinos y que principalmente establecía que no se podrían comprometerse los farmacéuticos a prestar más género de asistencia ni de auxilio que el servicio personal propio de la profesión, para cuyo ejercicio estuviera legalmente autorizado.

Únicamente podrían anularse sus contratos por los Gobernadores, mediante motivos justos y probados en virtud de queja de los alcaldes correspondientes o de los subdelegados de sanidad.

Durante los primeros meses de aplicación del Real Decreto surgieron muchas dudas y preguntas en cuanto a la interpretación del arreglo de partidos, las cuales se elevaron al Gobierno para su interpretación[350].

Pero este Real Decreto, que hubiera colmado las aspiraciones de los facultativos de las clases médicas, fracasó por una serie de cuestiones como fueron: la realidad social y económica de la mayoría de los municipios, los cuales vivían en la más absoluta precariedad y falta de recursos que hacía inviable asumir innovación organizativa alguna, las críticas de buena parte de los políticos y las artimañas de los alcaldes que no deseaban un cambio que les restara libertad de actuación a la hora de contratar de estos servicios a cargo de los presupuestos municipales, al mismo tiempo que dependería de la autoridad provincial el nombramiento del facultativo en cuestión[351]; la mal calculada retribución que tendrían los profesores de las clases médicas y la exagerada independencia a los ojos del vulgo en que iban a quedar los profesores una vez conseguido un partido[352]; que el proyecto se sancionara en forma de Real Decreto por un Ministro (el Conde de San Luis) en lugar de sancionarse como una Ley, hecho que le restaba consideración de representatividad nacional[353] y por último, que a los tres meses de su publicación estalló la revolución de 1854 conocida con el nombre de Vicalvarada[354], provocando un cambio en el régimen

[350] Entre ellas figuraban la necesidad de perfilar la exacta definición de pobres, puesto que con las reglas del Real Decreto no se incluían todos los que verdaderamente necesitaban los auxilios facultativos para poder costearlos; que se incorporara aumentar la dotación en casos de epidemias; fijar un máximum para las jubilaciones de los farmacéuticos; la necesidad de dar nota anual de las intrusiones que se observen en la profesión; incluir a los farmacéuticos en el artículo 28 al pensar que fue un olvido del redactor; la declaración de si las contratas que se encontraban en vigor debían o no respetarse como escrituras formales; la regularización del servicio de la asistencia de los pobres de las casas de beneficencia por contratas; etc. Calvo Asensio, P: "Arreglo de Partidos". *El Restaurador Farmacéutico*. 1854; 10(17):69-70; 10(18):73-75 y 10(19):77-78.

[351] Ibídem 12; p149

[352] Calvo Asensio, P. "La emancipación médica". *El Restaurador Farmacéutico*. 1854; 10(35):142.

[353] A partir de la dimisión de Juan Bravo Murillo a finales de 1852, los tres gobiernos que le sucedieron (Federico Roncali, Francisco Lersundi Hormaechea y Luis José Sartorius (Conde de San Luis)) gobernaron por decreto, lo que vulneraba las reglas parlamentarias por parte del gobierno y de la Corona.

[354] Se produjo como consecuencia del abuso por parte de la Corona de los usos parlamentarios que dio origen a una revolución cuyo objetivo fue obligar a la reina Isabel II a sustituir el gobierno del Conde de San Luis por otro de "unión liberal". El pronunciamiento militar (*la Vicalvarada*) lo inició el general O´Donnell el 28 de junio en Vicálvaro (Madrid) y se continuó con la insurrección del 14 de julio en Barcelona y el 17 de julio en Madrid que dio como resultado la destitución por parte de la Reina ese mismo día 17 de julio del conde de San Luis. Se sustituyó por dos días por el general Fernando Fernández de Córdova, por otros dos días por el duque de Rivas, hasta que la Corona se decidió a llamar al general Baldomero Espartero para que formara gobierno, a la vez que pidió al general O´Donnell que regresara a la Corte, dando comienzo el bienio progresista (1854-1856) en el cual se produjo la expulsión de la Reina madre María Cristina y su esposo, se elaboró una nueva Constitución de inspiración progresista, se aprobaron importantes leyes económicas (ferrocarriles

político de España, dando al traste con las obras del Gobierno de Luis José Sartorius (Conde de San Luis).

El mayor logro del arreglo de partidos, a pesar de su aparente fracaso, fue el sentar las bases del principio de la necesidad de la asistencia facultativa y de la obligación de la sociedad a proporcionársela a la clase indigente, hecho que sirvió de referencia a la hora de regular a dichos facultativos en la Ley de Sanidad publicada al año siguiente.

En los meses posteriores a la revolución, el propósito de las clases facultativas fue llevar al Congreso representantes dignos que defendieran los intereses nacionales a la par de defender los de las profesiones facultativas, aprovechando que las elecciones se desarrollarían respetando la ley electoral de 1837, mejorada en sentido popular y donde los facultativos podrían tener en las provincias una importancia nada despreciable. Para ello, se convocó en una junta general a todos los médicos, cirujanos y farmacéuticos de Madrid y pueblos circunvecinos donde se propuso el nombramiento de un comité central de elecciones y otros comités provinciales a nivel nacional que aunaran el mismo pensamiento. Al final del proceso, los doce representantes del pueblo pertenecientes a las clases médicas en las Cortes constituyentes fueron los señores Batiles, Calvo Asensio, Codina, Codorniu y Otero, Gómez de la Mata, Lorente, Porrua, Porto, Ribot y Fontseré, Rivero, Rua Figueroa y Villapadierna, los cuales resultarían importantes a la hora de desarrollar las normativas que iban a regir España (la nueva constitución, las leyes orgánicas relativas a los gobernadores, diputaciones provinciales y ayuntamientos, la ley de sanidad, de la beneficencia, la ley electoral…)[355].

En cuanto al Arreglo de partidos, se propuso al Ministro de Gobernación D. Francisco Santa Cruz que, para el bien del servicio público en las circunstancias de plena epidemia de cólera que se extendía por España, se declarase vigente el Real Decreto de 5 de abril de 1854. No obstante y aunque se dedujo que no estaba abolido, el pensamiento del Ministro fue el elaborar un arreglo definitivo por medio

(1855), bancarias y sociedades(1856)) y se retomó la desamortización con la promulgación de la Ley de Madoz (1855).

[355] Calvo Asensio, P. *El Restaurador Farmacéutico*. 1854; 10(22):90, 10(23):93-94, 10(24):97-98, 10(26):105, 10(27):109-1100, 10(31):126 y 10(32):129-130.

de una Ley hecha en las Cortes, sirviendo como base todo aquello que tenía de bueno el arreglo de 1854[356].

Consecuencia de ello, los diputados pertenecientes a las clases médicas celebraron reuniones con objeto de ponerse de acuerdo acerca del proyecto de Ley de Sanidad que pensaban formular, urgidos por la necesidad del Gobierno de sentar las bases para el cuidado de la salud pública en los momentos de la reaparición de la amenaza del cólera-morbo en el país. Así, la comisión parlamentaria presentó el proyecto completo de Ley a las Cortes Constituyentes el 27 de marzo de 1855, la cual nombró una comisión[357] para que informara de la misma a través de un dictamen que fue leído en la sesión de 7 de mayo, empezando su discusión en la sesión del 12 de mayo, siendo votada definitivamente en la Asamblea en noviembre y sancionada por la Reina el 28 de noviembre de 1855[358].

2.2.1.2.2. La Ley del Servicio General de Sanidad de 1855[359]

La Ley del Servicio General de Sanidad**,** considerada como la primera Ley de la Sanidad Española, fue aprobada dentro del contexto político del bienio progresista (1854-1856) y epidémico de la segunda acometida del cólera asiático en la Península Ibérica, destacándose por la intervención de los profesionales sanitarios en el proceso legislativo. Su redacción se inspiró en las obras de los higienistas más destacados de la época: Pedro Felipe Monlau y Francisco Méndez Álvaro, así como del maestro de ambos, Mateo Seoane, tomándose como referencia la primera Ley de Sanidad de Inglaterra de 1848, pero centrándose en la creación de una estructura pública estable encargada de los asuntos sanitarios.[360]

Esta Ley, que estaba enfocada hacía la protección frente a las enfermedades exóticas cuarentenables y que duraría todo el siglo XIX, mantenía y ratificaba la estructura sanitaria liberal ya instaurada de 1847 basada en tres niveles de

[356] Calvo Asensio, P.: *El Restaurador Farmacéutico*. 1854; 10(24):100 y 10(25):101.
[357] Dicha comisión estuvo formada por tres diputados farmacéuticos: Sres Calvo Asensio, Maestre y Fernández Moratín; tres médicos: Sres. Gómez de la Mata, Codorniú y Otero y el director general de Sanidad, el Sr. Iñigo. Ley de Sanidad. *El Restaurador Farmacéutico*. 1855; 11(34), Suplemento extraordinario.
[358] Para ver el recorrido de la tramitación de esta Ley véase: Calvo Asensio, P. *El Restaurador Farmacéutico*. 1855; 11(3):10, 11(12):45-46, 11(14):54, 11(15):57-58, 11(17):65-66, 11(18):69-70, 11(19):73-74, 11(21):83-84, 11(28):109 y 11(32):128.
[359] Ley de 28 de noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº1068 de 07/12/1855.
[360] Ibídem 4; pp25-47.

organización, donde había quedado claro que la sanidad era una función del Gobierno de la Nación. El modelo organizativo de la política sanitaria se centralizó a través del Ministerio de Gobernación, por entender como asunto de orden público el problema de las epidemias, del cual dependería toda la estructura sanitaria del Reino. El primer nivel correspondería al estatal, a través del Ministerio de la Gobernación, con un órgano consultivo llamado "Real Consejo de Sanidad" y otro órgano ejecutivo llamado "Dirección General de Sanidad"; el segundo nivel sería el provincial, a través de los gobiernos civiles, que contarían en sus sedes con un "Negociado Administrativo de Sanidad" compuesto por los Subdelegados de Sanidad (Médicos, farmacéuticos y veterinarios) como autoridad sanitaria y bajo la dependencia del jefe político y una "Junta Provincial de Sanidad" como órgano asesor y el tercer nivel correspondería al municipal, con los "Alcaldes" como autoridad local de protección de la salubridad, pues todo concepto sanitario era básicamente de policía gubernativa, siendo la "Junta Municipal de Sanidad" el órgano asesor del que formarían parte los facultativos titulares.

Aparte de definir la estructura sanitaria del País, la Ley actuaba a su vez como un código sanitario regulando las funciones técnico administrativas bajo dos vertientes, una referente al Servicio Sanitario Marítimo o Exterior y la otra referente al Servicio Sanitario Interior o Terrestre, si bien se desarrolló más ampliamente el servicio sanitario marítimo buscando preservar la salud pública mediante la protección de las fronteras marítimas a través de la precaución geográfica y defensa cuarentenaria como estrategia para prevenir la entrada y propagación de las invasiones epidémicas procedentes de otros países.

Aunque en lo referente al servicio sanitario interior se contaba con los subdelegados de sanidad, fueron los Ayuntamientos los verdaderos encargados de mantener el nivel mínimo de salubridad en sus municipios basándose en el control de los focos potenciales de insalubridad que existían en su territorio y en la ciudadanía. El carácter voluntarista de la ley hizo que, en un primer momento, los Ayuntamientos responsables de su aplicación y de su financiación fueran muy reticentes en ponerla en marcha[361].

[361] Moll, I, Pujadas-Mora, J.Mª. y Pere Salas: Normativa y práctica de la reforma sanitaria, 1855-1923**.** Ponencia presentada en el *X Congreso Internacional de la AEHE*. 8-10 de Septiembre 2011 Universidad Pablo de Olavide Carmona, Sevilla.

El Servicio Sanitario Interior propuesto de forma escueta en la Ley, regulaba la presencia de **juntas provinciales y municipales de sanidad** en los pueblos que excediesen las 1000 almas, las cuales iban a estar presididas por el Gobernador o el Alcalde respectivamente actuando como órganos consultivos, si bien, la adopción de estrategias en el terreno de la higiene pública estaría muy limitada y en todo caso tutelada por la Dirección General de Sanidad. Este hecho fue el motivo por el cual estas instituciones seguían sin tener la efectividad que se necesitaba en momentos de crisis epidémicas ya que las decisiones ejecutivas correspondían a órganos políticos en lugar de los órganos consultivos, siendo además las juntas criticadas por los prestigiosos higienistas de la época porque adolecían de una falta de autonomía y capacidad de decisión, así como por el hecho de que la presidencia de las mismas estuviese ostentada por los gobernadores y alcaldes, quienes en la mayoría de los casos carecían de los conocimientos técnicos especializados que favorecían el ejercicio de abuso de poder[362].

Las juntas municipales estaban compuestas por el alcalde como presidente, por un profesor de medicina, otro de farmacia, otro de cirugía (si lo hubiere), un veterinario y tres vecinos, desempeñando el cargo de secretario un profesor de las ciencias médicas. La Junta de Madrid incorporaría además dos profesores de ciencias médicas y un ingeniero civil o arquitecto y tres vecinos más. Además, se mantenían todas aquellas juntas que estuviesen desempeñando sus funciones anteriormente y que básicamente se reunían ante los asuntos de riesgo para la salud como en casos de males contagiosos, epidémicos y endémicos o para aconsejar a los gobernadores y alcaldes como autoridades ejecutivas en materia de salubridad provincial, municipal y rural, así como a reprimir las infracciones a las leyes y normas sanitarias, especialmente en lo referente al ejercicio profesional de la medicina, farmacia y veterinaria.

A pesar de articularse en dicha Ley las juntas de sanidad, este sistema se fue difuminando a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX a raíz del crecimiento de otros dispositivos sanitarios municipales si bien, se desarrollarían de una manera más estable a través de la Instrucción General de Sanidad de 1904.

[362] Ibídem 312; p41.

Así como la Ley de Beneficencia pública cuidó de ordenar lo relativo a la asistencia médica en hospitales municipales, provinciales y generales, el Estado trató de garantizar que el pobre no careciese de una asistencia médica-farmacéutica en su propia casa, especialmente en las poblaciones rurales donde no era posible mantener los asilos para pobres levantados por la caridad cristiana, a través de unas leyes que iban a determinar el modo de hacer efectiva dicha asistencia domiciliaria y gratuita a los pobres en todos los territorios de la Península. La Ley de Sanidad de 1855 fue el marco legislativo que ofreció soporte a la beneficencia domiciliaria a través de un poco desarrollado artículo 64 en el que se limitaba a proponer o invitar a los Ayuntamientos a través de las Juntas Provinciales de Sanidad, al establecimiento de la hospitalidad domiciliaria, pero sin imponer un modelo de organización obligatorio, lo que ocasionó el retraso en el desarrollo de este modelo de asistencia que no comenzó a dar frutos hasta finales del siglo y de una manera irregular, viéndose favorecido su desarrollo desde el medio rural, siendo necesaria la publicación de hasta cuatro reglamentos[363] diferentes en los años que restaron hasta la llegada del nuevo siglo.

En lo que se refiere a la Farmacia, dicha Ley la regula en la creación de facultativos titulares a través del artículo 64; en la libertad declarada para los no titulares en el art. 68; en las pensiones concedidas a todos según los arts. 74 y 75; en la repetida declaración de libertad profesional que comprenden los arts. 78 y 79; en el jurado médico del art. 80; en el reconocimiento de su única competencia para expender medicamentos designado en los arts. 81 y 83; en la prohibición de vender remedios secretos según el artículo 84; en la sujeción á ordenanzas conformes a la Ley según previene el art. 89, en la inspección de géneros medicinales del capítulo XV y en el servicio forense del capítulo XVI.

Respecto a los **facultativos titulares** de un municipio o mancomunidad de municipios, la Ley de Sanidad consolidó su figura a través de una regulación más minuciosa en cuanto a su dependencia y especialización, que vino en consonancia con la nueva estructura de la administración sanitaria en su vertiente de Sanidad

[363] Real Decreto de 9 de noviembre de1864 mandando llevar a cabo el Reglamento "sobre la organización de partidos médicos en la Península", Real Decreto de 11 de marzo de 1868 mandando se cumpla y ejecute el reglamento "sobre organización de los partidos médicos de la Península"; Decreto de 24 de octubre de 1873 aprobando el reglamento "para la asistencia facultativa de enfermos pobres" y el Real Decreto de 14 de junio de 1891 aprobatorio de un reglamento "para el servicio benéfico sanitario de los pueblos".

Interior; aunque no se puede llegar a entender el por qué esta Ley incorpora dicho colectivo dentro del capítulo XIII dedicado a los Subdelegados de Sanidad, máxime cuando a ellos les dedica 4 artículos frente a los 17 artículos del ejercicio de estos facultativos y donde daba la impresión que se imponían a los facultativos como de puntillas, no mereciendo tener la categoría de capítulo[364]. Además seguía sin recoger la figura del inspector higiénico o de salud pública, establecida también en 1849 a sugerencia de Seoane.

Esta Ley vino a refrendar la capacidad de los Ayuntamientos en la contratación de los facultativos sanitarios como titulares, con la novedad que el Gobernador civil en determinadas circunstancias (que las familias pobres careciesen de asistencia facultativa y medicamentos necesarios para la curación de las enfermedades) podría obligar a municipios a que se proveyesen de facultativos titulares para la asistencia sanitaria de los pobres, exigiendo además las responsabilidades que hubiere lugar cuando ocurriese alguna defunción de la clase menesterosa por no haberle prestado los auxilios facultativos. Este hecho significó el fin de la vertiente política de la función sanitaria arrastrada desde el siglo anterior por las políticamente controladas juntas de sanidad del siglo XVIII, para dar paso a una especialización y profesionalización sanitaria y a la confianza en la técnica de las tareas sanitarias en cuanto a tutela de la salud pública, papel del que formaron parte el conjunto de titulares[365].

Así, a través de los artículo 64 y 65, se establecía que serían las Juntas provinciales de Sanidad las que invitaran a los Ayuntamientos a que creasen, con el concurso y consentimiento de los vecinos las plazas para médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares, encargándose los mismos tanto de la asistencia de las familias pobres como la obligación y el deber de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios, en cuanto hubiese relación con la policía sanitaria.

El nombramiento de dichos facultativos titulares iba a corresponder a los municipios y su aprobación a la Diputación provincial que en caso de agravio,

[364] Viñes se refiere a que "*este planteamiento quizás obedezca a una concepción escrupulosamente liberal, en un momento de epidemia de cólera (argumento decisivo) con un gobierno revolucionario progresista, de Espartero, en un nuevo bienio liberal, si bien el argumento más convincente es que España estaba amenazada por una nueva epidemia de cólera*". Ibídem 11; p141.
[365] Ibídem 4; pp25-47.

podrían recurrir al Tribunal Contencioso-administrativo en el plazo de 30 días siguientes a la resolución de la Diputación provincial.

Las funciones que el farmacéutico titular tendría que desarrollar, unas de carácter asistencial y otras de tipo asesor, tendrían que especificarse en un contrato verificado celebrado entre el farmacéutico y el Ayuntamiento correspondiente, concretándose en el mismo los derechos y obligaciones de ambas partes, el número de familias pobres a quienes los farmacéuticos se comprometiesen a asistir y la asignación anual que le corresponderían por la prestación de los servicios pactados, de cuyo pago se responsabilizaba el o los Ayuntamientos en caso que se hubiera asociado con otro por su pobreza o escaso vecindario. Dicho contrato/escritura únicamente se podría anular por mutuo convenio del farmacéutico titular con el municipio o bien por una causa legítima previo fallo de la Diputación provincial, como encargada de la tutela del nombramiento y cumplimiento del contrato, que resolvería las quejas oídas la Junta Provincial.

Otra de las peculiaridades de esta Ley era el punto en el cual se establecía que los facultativos titulares contratados tendrían la obligación de no separarse del pueblo de su residencia en caso de epidemia o contagio, bajo pena de privación del ejercicio de su profesión por un tiempo determinado. En caso que por epidemia o contagio, el farmacéutico titular se inutilizase para el ejercicio de su facultad, sería recompensado por las Cortes, a propuesta del Gobierno, con una pensión anual que oscilaría entre los 2000 y 5000 reales por el tiempo que durase su incapacidad profesional. De esta forma se pretendía que los facultativos no abandonasen su servicio durante el periodo de las epidemias.

Esta Ley de Sanidad también reguló el ejercicio de la profesión farmacéutica a través del capítulo XIV: “sobre expedición de medicamentos” y XV: “de los inspectores de géneros medicinales”, si bien la labor de inspección de los mismos la realizarían los Subdelegados de Farmacia de cada partido judicial, al mismo tiempo que también la realizarían sobre los drogueros, herbolarios, especieros y todos aquellos que se dedicasen a la elaboración y venta de productos y sustancias medicamentosas. Aunque los Subdelegados de Sanidad aparecían regulados en el capítulo XIII, sus deberes, atribuciones y consideraciones se debían desarrollar por un reglamento que no se llegó a realizar, por lo que sus funciones siguieron siendo las del antiguo Reglamento para las Subdelegaciones de 24 de julio de 1848.

Si bien la ley de Sanidad de 1855 estuvo vigente hasta la aprobación de la Instrucción de 1904, las distintas necesidades sanitarias durante el largo período de su vigencia, exigieron que se fuera complementando mediante una serie de decretos, leyes parciales, reales órdenes y reglamentos que proliferaron especialmente durante la segunda mitad del siglo XIX, demostrando la creciente preocupación de las autoridades gubernamentales por los temas de salud pública si bien, este desarrollo legislativo no llegó a modificar ninguno de los pilares básicos de la ley de 1855. En todo este periodo de tiempo, se hicieron muchos intentos de aprobar una nueva Ley de Sanidad donde se propusieron distintos proyectos, unas veces a propuesta del Gobierno y otras a propuesta de la clase sanitaria a través de la prensa médica pero, por razones en su mayoría de tipo político, lo impidieron.

El principal valor que tuvo la Ley de Sanidad de 1855 fue que fue capaz de reunir en una sola ley las principales bases de todos los ramos de la sanidad que se encontraban diseminadas en las distintas disposiciones legales y cuyo conjunto constituía el confuso caos de la legislación sanitaria, constituyéndose como punto de partida de efectos inmediatos, por un lado para saber a qué atenerse en materia sanitaria y por el otro lado, dar una unidad a la acción administrativa del Gobierno.

Aunque la clase farmacéutica acogió con gran optimismo la aprobación de esta Ley, pronto se dieron cuenta de que no iba a llenar todos los deseos que anhelaban puesto que, aunque la Ley establecía que debían publicarse los distintos reglamentos para su ejecución, los cuales iban a hacer que la Ley fuese lo que debía ser, éstos no llegaron a publicarse, especialmente aquellos que tenían que poner coto a los principales escándalos que diariamente azotaban a la clase médica como era el del nombramiento de los Subdelegados de Sanidad por los Gobernadores Civiles de las Provincias a propuesta de la Junta de Sanidad[366], con unas nuevas atribuciones marcadas por un reformado reglamento y que hubieran puesto fin al intrusismo profesional de todo género existente[367]. Sus consecuencias fueron evidentes, puesto que al no organizarse las juntas provinciales según establecía la Ley, no se nombraron la mayoría de los Subdelegados en los partidos judiciales dando como

[366] El artículo 60 y 61 de la Ley de Sanidad de 1855 establecía que: "*En cada partido judicial habrá tres subdelegados de Sanidad, uno de medicina y cirugía, otro de farmacia y otro de veterinaria*" y "*Los deberes, atribuciones y consideración de los subdelegados, serán objeto de un reglamento que formará el Gobierno, oyendo al Consejo de Sanidad*"

[367] Calvo Asensio, P.: "Arreglo de Sanidad". *El Restaurador Farmacéutico*. 1856; 12(2):5, 12(4):15, 12(26):101, 12(27):105.

resultado una desordenada organización de la policía sanitaria con las consabidas consecuencias.

Otro defecto de dicha Ley fue la vaguedad con la que se consignó la obligación de los pueblos a sostener a sus facultativos y a crearlos en los puntos donde fuese necesario, lo que originó que cada alcalde estableciese como facultativa la provisión de dichos facultativos.

Cuatro años después de su publicación, el Ministro de Gobernación Posada Herrera intentaba justificar la ausencia de estos reglamentos en el Congreso de la forma:

> "*no se han dado los reglamento referentes a la Ley de Sanidad, porque el gobierno tiene trabajada una ley*[368]*, aunque no completamente examinada, que traerá a las Cortes, reformando la ley de sanidad hecha por las Cortes constituyente"*. [369]

Los motivos que alegaba el Gobierno para mantener suspendida la Ley eran que los grandes gastos que impondrían su aplicación al Estado habrían impedido su cumplimiento y que además, se iban a invadir las atribuciones de los alcaldes al crearse directores que, en materia de salud pública, serían superiores a ellos. Se consideraba por tanto que había que restituir la autoridad de los alcaldes, ya que las cuestiones de Sanidad solo podían resolverse por una autoridad que tuviera la confianza de los vecinos[370].

A pesar de la promesa de hacerla observar y de no sacar otra que la derogase, pasaban los años y los facultativos de las clases médicas se seguían quejando de su incumplimiento:

> "(...) *ni funcionan que sepamos, en todas las capitales de provincia las Juntas de Sanidad, están abandonadas las municipales, no hay tal jurado facultativo, se proveen los partidos con la misma forma irritante de antaño, se obliga a pagar a todo el cristiano los facultativos que tal vez .no inspiren confianza, se aprueban las vacantes de cualquier modo, dejó de ser como se esperaba lo de inspectores de géneros medicinales, se relegaron al olvido las recompensas y jubilaciones a los profesores inutilizados en el cumplimiento de sus penosos deberes,*

[368] En esta nueva Ley se dejaría mal parada a la clase farmacéutica puesto que sólo habría un doctor en Farmacia en el Consejo de Sanidad, se pretendía además que sólo hubieran subdelegados médicos, los cuales se ocuparían de los asuntos de medicina, cirugía, farmacia y veterinaria y se desterraría la palabra facultativos por la de médicos en todos aquellos artículos en que por su significación genérica se pudiera ampliar a farmacéuticos o cirujanos. Ruiz, R.: Parte editorial. *El Restaurador Farmacéutico*. 1859; 15(10):37-38.
[369] Ruiz, R.: Parte editorial. *El Restaurador Farmacéutico*. 1859; 15(5):17-18 y 15(6):21-22.
[370] Ruiz, R.: Parte editorial. *El Restaurador Farmacéutico*. 1859; 15(32):125-126.

> *se dejan correr las lágrimas de sus desvalidas familias, los reglamentos quedaron en proyecto y para .decirlo de una vez, todos los preceptos de aquella ley se toman o se dejan a capricho de las autoridades superiores. Las quejas fundadas, los abusos de las autoridades locales contra los legítimos derechos de las clases profesionales son resueltos, con honrosas excepciones, contra los facultativos establecidos en los pueblos y en favor de los alcaldes o Ayuntamientos* (...).”[371].

Dado que esta Ley de 1855 se consideró desde su aparición, tanto por la administración consultiva como por la directiva, como defectuosa, en desarmonía con su sistema administrativo, ineficaz, en gran parte impracticable y por más de un concepto inconveniente, se requirió una nueva ley que estuviese en perfecta armonía con los adelantos de la ciencia y que fuese destinada a servir de base a una completa reorganización del ramo sanitario. Para ello, se intentaron multitud de proyectos de leyes de sanidad, de los cuales se podrían considerar como los más representativos, los **proyectos de los años 1868, 1882, 1894 y 1899** por el largo recorrido político que tuvieron[372].

Además de los proyectos de leyes de Sanidad, las necesidades sanitarias y las continuas involuciones políticas del país hicieron que la ley de Sanidad de 1855 tuviese que complementarse mediante una serie de disposiciones normativas en tanto no fuese aprobada por otra.

De este modo, para desarrollar el servicio sanitario interior (que incluían a los farmacéuticos titulares) se dictaron las Reales Órdenes de 22 de junio de 1859 y de 23 de abril de 1862, publicándose posteriormente hasta cuatro reglamentos para regular a los facultativos titulares o municipales encargados de la asistencia a los enfermos pobres: el Real Decreto de 9 de noviembre de1864 donde se mandó llevar a cabo el Reglamento “sobre la organización de partidos médicos en la Península”; el Reglamento de 14 de marzo de 1868 “para la asistencia de los pobres y organización de los partidos médicos en la Península; el Decreto de 24 de octubre de 1873 por el que se aprueba el Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres y

[371]Lafuente Delgado, M.: Los gobernadores civiles y los facultativos titulares. *El Restaurador Farmacéutico*. 1861; 17(3):p9.

[372] Ya lo indicaba el preámbulo del proyecto de Ley de Sanidad de 1868: “*No bajarán de una veintena los proyectos formados durante ese tiempo por corporaciones y personas entendidas en la teoría y la práctica de este ramo. Solamente el Consejo de Sanidad, desde que reemplazó en 1847 a la extinguida Junta Suprema, lleva cuatro proyectos redactados, discutidos y propuestos al Gobierno: el primero en 1853, y los restantes después de publicada la ley que todavía rige*”. “Preámbulo al proyecto de ley de Sanidad de los Sres. Méndez Álvaro, Losada y Montaut”, copiado del Siglo Médico e inserto en *El Restaurador Farmacéutico*. 1868; 24(20):307-311.

el Real Decreto de 14 de junio de 1891 por el que se aprueba el Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos. Para la aplicación de los artículos 74, 75 y 76 relacionados con las pensiones sanitarias se dictaron los Reales Decretos de 15 de junio de 1860 y de 22 de enero de 1862 y para la aplicación del artículo 80 se dictó el Real Decreto de 12 de abril de 1998[373] sobre los estatutos para el régimen de los Colegios de Farmacéuticos.

En cuanto a las modificaciones de su articulado se produjeron a través la Ley de 24 de Mayo de 1866 en referencia a la Sanidad Marítima[374].

Durante la segunda mitad del siglo XIX se van a intentar regular las necesidades referentes al ejercicio de las profesiones médicas (medicina, farmacia y veterinaria), la beneficencia y las relativas a la sanidad e higiene pública; unas veces se intentaría regular individualmente cada una de ellas a través de los reglamentos o modificaciones de la Ley y otras veces en general, a través de los distintos proyectos de Leyes de Sanidad.

Principales proyectos de Leyes de Sanidad de los años 1868, 1882, 1894 y 1899.

Proyecto de Ley de Sanidad de 1868[375]

En 1868, los diputados médicos Méndez Álvaro, Losada y Montaut presentaron en el Congreso un proyecto de Ley de Sanidad por considerar que la Ley vigente era defectuosa en una parte y no observada en la demás, alegando como causa las distintas vicisitudes políticas ocurridas[376].

---

[373] Reales decretos de 12 de abril de 1898, aprobando los estatutos para el régimen del Colegio de Médicos y de Farmacéuticos. *Gaceta de Madrid* nº150 de 15/04/1898.

[374] Se modificaron los artículos 26, 27, 35, 40 y 101 de la Ley de Sanidad de 1855. Ley de 24 de mayo de 1866, reformando varios artículos de la vigente de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº146 de 26/05/1866.

[375] Acerca de dicho proyecto de Ley de Sanidad de 1868, léase: *El Restaurador Farmacéutico*. 1868; 24(18-35).

[376] Con el pseudónimo Ldo. Céspedes, un médico escribía en la Revista El Siglo Médico lo que consideraba defectuoso de la ley: "(...) *No se han podido cumplir, por no hallarse en armonía con nuestro sistema administrativo actual, los artículos 64, 65, 69, 70 y 71. No han tenido cumplimiento hasta ahora, bien sea en totalidad o en alguna de sus partes, los artículos 7, 10, 28, 55, 61, 62, 96, 98 y 101. Se ha suspendido el cumplimiento, por los daños que de llevarlos a ejecución pudieran seguirse o por los inconvenientes que la administración ha encontrado, de los artículos 32, 74, 75, 76 y 80. Ha habido que Reformar por la ley de 24 de Mayo do 1866 los artículos 26, 27, 35, 40 y 101. Han quedado sobrantes después de producido su efecto, y no correspondieron nunca al ramo de Sanidad, los artículos 93, 94 y 95. Se han infringido con repetición, y siguen infringiéndose, los artículos 4, 41, 45, 53, 66, 68, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 90 y 99. Han tardado mas o menos años en cumplirse, y esto se ha hecho mas ó menos bien, los artículos 12, 14, 15, 16, 17 y 20, (,,)*". "¿Es

En dicho proyecto se pedía que la sanidad en España se organizara de tal forma que existiera una alta inspección general de sanidad e higiene pública y una inspección a nivel provincial y municipal. La inspección provincial estaría confiada por un lado a las Juntas Provinciales de Sanidad que se auxiliarían por subinspectores de sanidad y por los partidos judiciales a través de los subdelegados de sanidad. La inspección a nivel local estaría confiada en las grandes poblaciones a los médicos de salubridad y en las pequeñas poblaciones a los facultativos titulares.

Al lado de cada Ayuntamiento habría una Junta municipal de Sanidad, consultiva y auxiliar del alcalde donde, para el buen servicio de la salud pública, tendrían todas las poblaciones según lo exigiesen sus circunstancias y el número de habitantes, médicos de beneficencia domiciliaria y de salubridad separadamente, o facultativos titulares que prestasen ambos servicios.

Para la asistencia facultativa de los legítimos pobres de los pueblos, así como para el suministro de los medicamentos que fuesen a menester, se tendría que promulgar un reglamento que procurase conciliar la asistencia gratuita de los menesterosos, la libertad y la conveniencia de los vecinos pudientes, el oportuno auxilio del vecindario en los casos de epidemia o contagio, y el cumplimiento fiel de los deberes sanitarios, con los fueros del municipio, la estabilidad, la retribución proporcionada y la consideración de los facultativos. Se organizaría de tal forma que en las poblaciones grandes habría separadamente médicos de higiene y salubridad pública y médicos de beneficencia que se ocuparían estos de la asistencia a los pobres así como de los establecimientos benéficos y de la asistencia domiciliaria. En los otros pueblos tendrían facultativos titulares de medicina que prestasen aquel doble servicio, y también de farmacia, en proporción al número de pobres que tuviesen que recibir asistencia gratuita y al total del vecindario. Dichos titulares serían nombrados por los ayuntamientos de una lista de los pretendientes, formada por la Junta de Sanidad de la provincia, según el orden que les correspondiese en atención a su categoría profesional, a sus méritos y años de práctica. Los farmacéuticos titulares los clasificaban como facultativos de segunda clase con

defectuosa la Ley actual y exige verdaderamente reforma?". Reproducido en *El Restaurador Farmacéutico*. 1868; 24(25):396-399.

estudios académicos, a diferencia de los médicos-cirujanos que serían de primera clase[377].

Aunque el Colegio de farmacéuticos de Madrid pidiese su aplazamiento por considerar que perjudicaba los intereses de los farmacéuticos en favor de los médicos, el proyecto de Ley quedó paralizado por la revolución político-administrativa que se produjo en 1868 y que acabaría con el reinado de Isabel II, siendo una de las primeras medidas en el ámbito sanitario del Gobierno Provisional a cargo del Ministro de Gobernación Práxedes Mateo Sagasta, la supresión de la Junta General de Beneficencia[378], por considerarla como un cuerpo innecesario que dificultaba la acción del Gobierno y que suponía un gravamen para el Tesoro Público, declarando además cesantes a todos los empleados de sus oficinas y dependencias.

Durante los primeros días del Alzamiento Nacional se produjeron medidas violentas propias de una revolución que, respecto a los facultativos médicos, consistieron en la supresión de las plazas de los facultativos titulares y de beneficencia a lo que el Ministro de Gobernación tuvo que emitir un nuevo Decreto[379] para que volvieran a desempeñar sus cargos los Profesores de Medicina y Cirugía[380] que habían servido en los ramos de Beneficencia y Sanidad terrestre y marítima, que habían obtenido sus plazas por oposición y que hubiesen sido separados por las Juntas Revolucionarias y Diputaciones provinciales sin previa formación de un expediente. Además, se tuvo que aclarar que hasta que otro proyecto de ley de Sanidad no fuese discutido y votado por las siguientes Cortes, se debían de cumplir las disposiciones vigentes en todo cuanto se refería al ramo de la Administración General del Estado[381].

---

[377] Proposición de ley: "Continuación de la reforma sanitaria, copiada del Diario de las Sesiones del Congreso. Asistencia facultativa de los pueblos". Reproducido en *El Restaurador Farmacéutico*. 1868; 24(33):526-527 y 24(34):542-543.

[378] Decreto de 4 de noviembre de 1868, suprimiendo la Junta general de Beneficencia y derogando varios artículos del Reglamento que se indica. *Gaceta de Madrid* nº 310 de 05/11/1868.

[379] Decreto de 13 de noviembre de 1868. reponiendo en sus destinos á los Profesores de Medicina y Cirugía que sirven en los ramos de Beneficencia y Sanidad separados por las Juntas revolucionarias y Diputaciones provinciales. *Gaceta de Madrid* nº 319 de 14/11/1868.

[380] Aunque no venía especificado en el Decreto, también incluía a los farmacéuticos titulares y de beneficencia domiciliaria que tuviesen un nombramiento definitivo y estuviese asegurado con escritura pública, según prevenía la Ley de Sanidad y el Reglamento de Partidos. Quintín Chiarlone: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1868; 24(47):737-739.

[381] "Decreto de 12 de noviembre de 1868", inserto en: *El Restaurador Farmacéutico*. 1868; 24(47):741-742.

Proyecto de Ley de Sanidad Civil de 1882[382]

A pesar de que en 1880 ya se reunía con frecuencia la Comisión encargada por el Gobierno para redactar el proyecto de Ley de Sanidad[383] y de que en 1881 se debatía en el Consejo de Sanidad las bases de una nueva Ley que mandar a los Cuerpos Colegisladores[384], no fue hasta el año 1882 cuando el Ministro de Gobernación D. Venancio González leyó en el Senado el "proyecto de Ley de Sanidad Civil".

Entre otros motivos, justificaba la necesidad de la reforma en el abandono de la administración provincial y municipal en sus relaciones con el servicio general, haciéndose necesaria la intervención y la fiscalización de los servicios locales a través de Inspectores y Delegados, de esta forma, corregiría dicho abandono y obligaría a los municipios y a las provincias a que cumpliesen sus múltiples atenciones sanitarias, haciendo observar en todas partes las reglas de la higiene pública, sin menoscabar la independencia de los servicios locales:

> *"(..) En la actualidad los servicios municipales están casi abandonados; las reglas de higiene en desuso aun en los establecimientos públicos que más requieren el cuidado de la salud. La asistencia de los enfermos pobres, la vacunación, la limpieza do las calles y plazas, el fomento del arbolado, el desagüe de los terrenos pantanosos, higiene minera, la estadística demográfica, el estudio de la topografía médica, el conocimiento de las vicisitudes de la salud pública, servicios son importantísimos, entregados hoy sin fiscalización ni inspección alguna a la buena voluntad de los Alcaldes, y en pocas poblaciones a la intervención de algunos vecinos más celosos por el bien general y menos apáticos en lo que a higiene pública se refiere (..)"*[385].

La Cámara del Senado creó una Comisión para emitir un dictamen sobre dicho proyecto, siendo D. Julián Calleja su secretario. Tras una amplia información parlamentaria[386] y teniendo en cuenta las disposiciones sanitarias de otros países más

[382] Acerca del Proyecto de Ley de Sanidad Civil dirigido a las Cortes, léase: *Semanario Farmacéutico*. 1882; 10(29-39).
[383] Martín de Argenta, V: "Trabajos preliminares". *El Semanario Farmacéutico*. 1880; 9(9):72.
[384] Martín de Argenta, V: "Las bases para una Ley de Sanidad". *El Semanario Farmacéutico*. 1880; 9(16):121-122.
[385] "Preámbulo del Proyecto de Ley de Sanidad Civil; a las Cortes". *El Semanario Farmacéutico*. 1882; 10(29):p234.
[386] Tuvo en cuenta a la hora de emitir el dictamen las consideraciones que el Colegio de Farmacéuticos de Madrid solicitó incluir en el proyecto a remitir al Congreso, al considerar que nuevamente la profesión farmacéutica quedaba relegada en comparación con el colectivo médico.

avanzados, dicha Comisión formuló un proyecto muy minucioso y largo que se apartó bastante del formulado por D. Venancio González, y que una vez aprobado por el Senado a primeros de 1883, pasó al Congreso de los Diputados.

El Congreso de los Diputados creó una Comisión dictaminadora sobre el proyecto de Ley de Sanidad aprobado por el Senado, siendo presidente de la misma D. Pedro Antonio Torres, la cual, viendo que no se ponían de acuerdo y tras agotar la legislatura, decidieron no emitir ningún dictamen[387]. Y ello, a pesar de las gestiones de algunos Diputados y de cuanto la prensa política y profesional habían manifestado respecto a la necesidad y conveniencia de la discusión del proyecto. Se basaron en que el proyecto aquel era "caro, impracticable, atentatorio a los derechos de los profesores de ciencias médicas y que no comprendía los importantes puntos de salubridad y de higiene". Para el presidente de la Comisión:

> *"(..) aquel proyecto creaba un verdadero ejército de empleados sanitarios que iba á pesar sobre todos los pueblos y sobre todas las provincias, y siendo ya tan aflictiva la situación de las Diputaciones provinciales y de los Ayuntamientos, claro está que no había ningún señor diputado, y yo no había de ser la excepción, que tuviese el valor de hacer que pecharan todos los municipios de España con cargas tan pesadas como las que iban á crearse por aquella ley (...)*"[388].

Al final, el proyecto de Ley de Sanidad sucumbió con el nuevo cambio Ministerial de primeros de 1884, si bien unos meses después, desde el Ministerio de Gobernación, ya se estaba trabajando en un nuevo proyecto de Ley de Sanidad con objeto de mandarlo a las Cortes[389].

"Exposición del Colegio de Farmacéuticos de Madrid al Senado". *El Semanario Farmacéutico*. 1882; 10(32):257-263 y "La ley de Sanidad". *El Semanario Farmacéutico*. 1882; 10(38):p320.

[387] Únicamente el diputado y médico D. Zoilo Pérez, miembro de la Comisión dictaminadora sobre el proyecto de Ley de Sanidad aprobado por el Senado, emitió un voto-dictamen que lo hizo público una vez cerradas las Cortes. En él, consignaba las principales disposiciones del proyecto del Senado junto con las variaciones que agrupaban las opiniones tanto de los propios miembros de la Comisión como de las expuestas por la prensa médica. Atendió las reclamaciones de la clase farmacéutica en la medida que le fue posible, aceptando como buenas las bases de organización del cuerpo facultativo sanitario. En referencia a la administración sanitaria municipal, equiparaba a los médicos, farmacéuticos y veterinarios en cuanto a la forma y modo que eligiesen las corporaciones municipales, corrigiendo de este modo la anomalía del proyecto. "Sobre el Voto-Dictamen del Diputado D. Zoilo-Pérez", léase: Martín de Argenta, V: *El Semanario Farmacéutico*. 1883; 12(1):1-4 y García, R.P.: *La Farmacia Española*. 1883; 15(41):641-646 y 15(42):658-663.

[388] Así es como el presidente de la Comisión dictaminadora sobre el proyecto de Ley de Sanidad del Congreso de los Diputados, D. Pedro Antonio Torres, explicaba el por qué se negó a emitir dicho dictamen. García, R.P.: "El fracaso de la Ley de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1895; 27(33):513-516.

[389] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: en estudio". *La Farmacia Española*. 1884; 16(21):329.

Proyecto de Ley de bases de 1894

A lo largo de todo este periodo se siguieron elaborando por parte del Consejo de Sanidad distintas propuestas de bases para redactar un nuevo proyecto de Ley de Sanidad[390] y mandarlo a los Cuerpos Colegisladores, pero no fue hasta junio del año 1894, el mismo día en que se suspendieron las sesiones de las Cortes, cuando el Ministro de Gobernación D. Alberto Aguilera y Velasco presentó al Senado un proyecto de ley de bases autorizando al Gobierno a formar una nueva Ley de Sanidad, cuyo objetivo era que España tuviese un Código sanitario más en armonía con el progreso científico de la higiene pública en cuanto a la introducción de las prácticas preventivas y que se dotase de unas bases sólidas y racionales para el personal que tendría que ejecutar, dirigir e inspeccionar los servicios importantes para la salud pública.

En dicho proyecto se organizaba la inspección sanitaria en todos sus grados. Habría dos inspectores generales, uno para los servicios terrestres y otro para los de sanidad marítima, un inspector provincial para cada una de las provincias, y un inspector municipal, por lo menos, para cada Ayuntamiento que excediese de 3.000 habitantes. Los inspectores generales, provinciales y municipales serían médicos. Estos últimos estarían encargados a la vez de la asistencia de los pobres. Tanto estos inspectores como los municipales, no cobrarían sueldo, pero sí los emolumentos que fijasen las tarifas sanitarias por servicios prestados a particulares.

Los inspectores municipales que a la vez ejerciesen como facultativos municipales, se regirían por un reglamento especial. Su nombramiento sería hecho por los Ayuntamientos, mediante concurso, anunciado en el Boletín oficial de la provincia y a propuesta en terna del Consejo provincial de sanidad; no cesarían sino por virtud de terminación del tiempo anunciado en la convocatoria y consignado en

[390] En 1892, la comisión ponente de las bases de ley de Sanidad tenía elaborado un proyecto de bases que incluía una reivindicación continuamente planteada por los farmacéuticos titulares consistente en que en todos los municipios, a los tres años del desempeño de la titular serían considerados como inspectores municipales de Sanidad, y en este caso serían inamovibles, sin poder ser separados sin previo expediente. Pero en la discusión final dentro de la Comisión, salía que sólo iba a ser aplicable a los médicos. Al final se retiraron estas bases en el año 1893. *La Farmacia Española*. 1892; 24(40):663; 24(47):737-743 y 25(1):9.

En 1894, el Ministro de Gobernación D. López Puigcerver tenía el propósito de presentar a las cámaras otro proyecto de Ley de Sanidad, pero tras dejar su cartera a su sucesor D. Alberto Aguilera, se quedó en un deseo finalmente. Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Un proyecto frustrado". *La Farmacia Española*. 1894; 26(12):185.

la escritura, o por virtud de expediente, en el cual se oiría al facultativo, resolviendo el gobernador de la provincia[391][392].

Una vez reanudadas las Cortes se debatió el proyecto en el Senado, poniendo como trabas al mismo entre otras, la premura de su redacción, la creación de nuevos impuestos, el aumento de gasto que iba a suponer el numeroso personal sanitario, que se mermarían las atribuciones de los Ayuntamientos, que era un proyecto muy conciso como correspondía a su carácter de bases, sin criterios y objetivos y que además no se adaptaba a la higiene bien entendida de los individuos y poblaciones[393], por lo que, a pesar de que se pensaba que dicho proyecto iba a fracasar, se aprobó en enero de 1895, pasando al Congreso para su debate.

La comisión del Congreso que entendía el proyecto de ley de Sanidad emitió un dictamen en abril de 1895[394], y ello a pesar del cambio de Gobierno, que en lo concerniente a los titulares era parecido al dictamen del Senado modificando que, en cada partido judicial habría tres delegados: uno de medicina, otro de farmacia, otro de veterinaria y uno municipal sanitario para cada Ayuntamiento que excediese de 2.000 habitantes en lugar de 3000 habitantes y que el nombramiento de los facultativos titulares de los Municipios se haría en virtud de un concurso, convocado en la Gaceta y en el Boletín oficial de la provincia, los Ayuntamientos harían los nombramientos que serían revisados por la Comisión provincial oyendo al Consejo provincial de Sanidad.

A pesar de los intensos debates en el seno del Congreso, el proyecto sucumbió nuevamente por un cambio de Gobierno y de política, ya que las Cortes les dieron prioridad a las leyes económicas y de Gobierno, dejando para más adelante la aprobación de una nueva Ley de Sanidad[395].

---

[391] "Dictamen de la Comisión del Senado relativo al proyecto de Ley de bases presentado por el señor Ministro de la Gobernación, autorizando al Gobierno para formar un nueva Ley de Sanidad". Inserto en *La Farmacia Española*. 1894; 26(31):481-485.

[392] Las modificaciones de mayor importancia para el colectivo farmacéutico, en detrimento nuevamente de los médicos, fueron: la supresión de los inspectores municipales sanitarios farmacéuticos; las pensiones a los médicos y a sus viadas y huérfanos; la declaración de incompatibilidad para el ejercicio simultáneo de la medicina y de la farmacia; los reintegros por las provincias de los sueldos que los empleados provinciales de sanidad civil percibirían directamente del Estado y las categoría de estos empleados. "Crónicas: La Ley de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1894; 26(31):489.

[393] Sobre el debate del proyecto de Ley de bases en el Senado, léase: *La Farmacia Española*. 1894; 26(52):817-818; 1895; 27(1):8; 27(3):37-39; 27(4):53-55 y 27(5):65-71.

[394] "Dictamen de la comisión del Congreso que entiende en el proyecto de ley de Sanidad", inserto en: *La Farmacia Española*. 1895; 27(15):226-230.

[395] García, R.P.: "El fracaso de la Ley de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1895; 27(31):481-485.

Proyecto de Ley de bases de Sanidad de 1899

A pesar de que en 1896 ya se reunían los senadores y diputados médicos y farmacéuticos para redactar proyectos sanitarios y de que a primeros de 1898 se prepararan los distintos proyectos sanitarios para la deliberación en las Cortes, no fue hasta el año 1899 cuando el Ministro de la Gobernación D. Eduardo Dato e Iradier emitiera la Real Orden de 16 de marzo para que el Consejo de Sanidad redactase las bases que sirviesen para la redacción de una nueva Ley de Sanidad[396].

Una vez terminado el trabajo del Consejo, el Ministro de Gobernación presentó al Senado en julio de ese mismo año, el proyecto de ley de bases para la formación de la Ley de Sanidad[397], con el objetivo de atender las necesidades de una buena organización sanitaria, fijando como criterio que tendría que tener cumplido el desarrollo de la ley articulada y de los reglamentos que la completasen, y de esta forma remediar los males que se sentían de la situación higiénica del país, y muy especialmente en las pequeñas localidades al igual que en los organismos encargados de la dirección y vigilancia sanitaria.

Respecto a la regulación de los facultativos titulares y de los inspectores municipales, el proyecto de Ley sentaba las bases, pero su regulación se realizaría a través de reglamentos complementarios, conllevando la ventaja de que en cualquier cambio posteriormente, no habría que modificar la Ley sino su reglamento.

Así, en referencia a la profesión médica, los médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares de los Municipios, se regirían por un reglamento, en el que se determinarían las condiciones de los concursos en cuya virtud se harían sus nombramientos y las autoridades a quienes competería su designación.

En lo que respecta a la inspección sanitaria, se organizaría en todos sus grados, donde a nivel municipal habría en cada Municipio un inspector de sanidad municipal, que debería ser el médico titular si reuniese las condiciones fijadas, o en su defecto, un médico propuesto por el Consejo Municipal de Sanidad[398]. Los

[396] La Comisión encargada en el Consejo de Sanidad de formar el proyecto de bases para esta ley realizó su encargo en pocos días dando lugar a la discusión en el pleno del Consejo. Marín y Sancho, F.: "Proyecto de Ley de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1899, 31(16):243 y249-250. Fue tal la diligencia de este Órgano en la terminación de dichas bases que el Rey les dio las gracias a través de la Real Orden de 3 de mayo de 1899 (*Gaceta de Madrid* de 5 de mayo de 1899).

[397] "Proyecto de ley de bases para la formación de la Ley de Sanidad, presentado por el señor Ministro de la Gobernación a las Cortes". Inserto en: *La Farmacia Española*. 1899; 31(27):417-423.

[398] Quedan nuevamente suprimidos los inspectores sanitarios municipales farmacéuticos, al igual que en el antiguo proyecto de bases de 1894. Marín y Sancho, F.: "El proyecto del Consejo de Sanidad".

inspectores municipales no percibirían sueldo del Estado, pero tendrían derecho a los emolumentos que fijaran en las tarifas sanitarias por los servicios a particulares. Para los servicios sanitarios puramente técnicos y estadísticos, los inspectores municipales se entenderían directamente con los inspectores provinciales y éstos con la Inspección General; en todos los demás asuntos sanitarios, los inspectores municipales se entenderían con los alcaldes y éstos con los gobernadores civiles.

Una vez estudiado por una comisión del Senado y tras las enmiendas introducidas, fue aprobado el proyecto[399] por el Senado en julio de 1899 y enviado a la comisión del Congreso.

Respecto a que los inspectores municipales tenían que seguir siendo sólo médicos, y la no inclusión de los farmacéuticos, hizo que se produjeran enmiendas a la Comisión del Congreso por parte de las Asambleas de los Colegios provinciales de farmacéuticos para que hubiese en cada municipio dos inspectores, uno médico y otro farmacéutico, que además deberían ser los titulares si reuniesen las condiciones fijadas o en su defecto, un médico y un farmacéutico propuestos por el Consejo municipal de Sanidad entre los que figurasen en la terna formada por los Colegios respectivos[400]. Finalmente en el dictamen de la Comisión del Congreso[401]de enero de 1900 no los incluiría.

A pesar el intenso debate que se produjo en el Congreso por parte de los diputados[402], al suspenderse las sesiones de las Cortes, quedó también pendiente la aprobación del proyecto por parte del Congreso[403]. Tras reanudarse las mismas, no fue hasta diciembre de 1900 en que el Ministro de Gobernación reprodujo el

---

La Farmacia Española. 1899; 31(28):433-436. En el periodo del debate del dictamen de la comisión del Senado se introdujeron enmiendas que en lo referente a los farmacéuticos siguieron sin incluirlos como inspectores farmacéuticos municipales. Marín y Sancho, F.: "La Ley de Sanidad en el Senado. Más enmiendas". *La Farmacia Española*. 1899; 31(31):481-483.

[399] "El proyecto de Ley de Sanidad", inserto en: *La Farmacia Española*. 1899; 31(32):497-503.

[400] Marín y Sancho, F: "Información parlamentaria: Modificaciones al proyecto de Ley de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1899; 31(49):769-772.

[401] Además de ello, se abandona la inamovilidad de los titulares fundándose en las privativas atribuciones de los Ayuntamientos que imponen la Constitución y la ley municipal y se daría forma a las pensiones sanitarias. "Dictamen de la Comisión del Congreso sobre el proyecto de ley de bases para la formación de una ley de Sanidad, aprobado por el Senado en27 de Julio de 1899", inserto en: *La Farmacia Española*. 1900; 32(4):49-57.

[402] "La Ley de Sanidad en el Congreso: Discusión del Dictamen". *La Farmacia Española*. 1900; 32(15):225-228 y 32(16):244-246.

[403] Marín y Sancho, F: "Propósitos legislativos". *La Farmacia Española*. 1900; 32(22):345 y 32(42):665.

proyecto en la sesión del Congreso para su discusión[404], pero un nuevo cambio de Gobierno tumbó definitivamente su aprobación en el Congreso[405].

2.2.1.2.3. Los Reglamentos para la organización de los facultativos sanitarios del Servicio Sanitario Interior:

Real Decreto de 9 de noviembre de 1864, "sobre la organización de partidos médicos en la Península"[406].

Dicho Real Decreto se inspiró en la necesidad de desarrollar en una disposición reglamentaria, los principios que establecía la Ley de Sanidad de 1855 en lo referente a garantizar una esmerada asistencia facultativa completa y equitativa a todos los pueblos de la Península, ya que ni la propia Ley, ni el Gobierno de la Nación, habían sido capaces de asegurar que los menesterosos no muriesen sin la asistencia facultativa y al mismo tiempo, asegurar la defensa de estos facultativos en cuanto a su consideración, independencia y asignaciones decorosas frente a los abusos, arbitrariedades e incumplimientos que estaban cometiendo los Ayuntamientos.

El Real Decreto, que se proyectó en armonía con las leyes vigentes fundándose en las bases propuestas nuevamente por los representantes de la prensa médica de la Corte, fue formado y ordenado por el Consejo de Sanidad, revisado por el Consejo de Estado y corregido, modificado y adicionado en algunos puntos por la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, buscando favorecer la higiene pública de los pueblos y la salud individual de los que los constituían, entendiendo que la asistencia del pobre debería estar garantizada por el Estado y ésta debería ser proporcionada por el municipio

La forma de llevarlo a cabo fue intentar establecer plazas facultativas bien dotadas en los partidos rurales, asegurándoles el pago de su retribución, en dinero y no en especie, a cuenta de los presupuestos municipales en períodos trimestrales marcados y así atraer a los facultativos que abundaban en las grandes ciudades para ir introduciendo en los pueblos las recomendaciones de la ciencia e ir aumentando el

[404] Marín y Sancho, F: "Crónicas: Proyecto reproducido". *La Farmacia Española*. 1901; 33(1):9.
[405] Marín y Sancho, F: "Crónicas: Labor pérdida". *La Farmacia Española*. 1901; 33(12):184-185.
[406] Real decreto de 9 de noviembre de 1864, mandando llevar a cabo el Reglamento "sobre la organización de partidos médicos en la Península". *Gaceta de Madrid* nº 320 de 15/11/1864.

nivel de salubridad pública del municipio. Al mismo tiempo, se regulaba los nuevos deberes de estos facultativos y se hacían intervenir a las Juntas de Sanidad a la hora de calificar a los facultativos que aspirasen a las plazas de titulares para acabar con las discordias que se producían en la provisión de esos destinos. Tampoco los ayuntamientos podrían intervenir en los contratos que firmaran los facultativos titulares con los vecinos a los que no tuviera la obligación de asistir ni tampoco tendrían la obligación de recaudar dichas cantidades.

Según prevenía la Ley de Sanidad de 1855, todos los ayuntamientos de España tendrían que tener farmacéuticos titulares que suministrasen los medicamentos necesarios para el tratamiento y curación de las enfermedades a las familias pobres, para el socorro de las familias acomodadas que la reclamasen y retribuyesen sus servicios y para el desempeño de los deberes sanitarios de interés general que el gobierno y los gobernadores de las provincias les impusiesen dentro de su respectivo distrito y la de auxiliar a las corporaciones municipales en cuanto se refiriese a la policía sanitaria local.

Dicha asistencia se organizaba en función de los "partidos médicos" en que se dividía la Península, considerándose de primera clase todas aquellas poblaciones que excediesen de 600 vecinos, de segunda clase las poblaciones de entre 400 y 599 vecinos, de tercera clase las poblaciones de entre 200 a 399 y de cuarta clase todos los pueblos que por efecto de su escaso vecindario tuviesen que agruparse a otros para formar al menos 200 vecinos. En los pueblos donde no hubiese establecida una oficina de farmacia se le asignaría una dotación de 2000 reales en los de primera clase, 1600 en los de segunda y 1200 en los de tercera y cuarta clase a los farmacéuticos por establecerse, además del valor de los medicamentos que hubiesen necesitado las familias pobres de acuerdo a la tarifa oficial. En los pueblos donde hubiese establecida una oficina de farmacia solamente se le abonaría a los farmacéuticos titulares el importe de los medicamentos con arreglo a la tarifa, pero no se le podría obligar a prestar ningún otro servicio sin la debida retribución.

Los farmacéuticos titulares serían elegidos por los Ayuntamientos entre una serie de pretendientes presentados por la Junta provincial de Sanidad con la aprobación del Gobernador[407]. La Junta provincial de Sanidad realizaría siempre la

[407] Ya no van a ser las diputaciones quienes aprueben la elección de los nombramientos de los facultativos titulares municipales sino el gobernador de la provincia, fruto de la progresiva

propuesta con sujeción a escalas dando preferencia a su orden de merecimientos (títulos académicos, méritos contraídos durante su carrera, los alcanzados después de terminarla y los años de práctica de los aspirantes). La permanencia en dicha plaza sería la consignada en los contratos firmados, normalmente por cuatro años, y sólo podrían ser separados de su destino por una causa justificada y previo expediente oído por la Junta de Sanidad y Consejo de Sanidad de la provincia.

Los deberes que los farmacéuticos titulares tenían con respecto al Ayuntamiento serían los de suministrar a los enfermos pobres los medicamentos necesarios para el tratamiento y curación de sus enfermedades así como aconsejar a los respectivos alcaldes de los pueblos o zonas que constituyesen su partido, la desaparición de todos los focos de infección que a su juicio perjudicaran la salubridad pública, dando cuentas a los Subdelegados de Sanidad de los partidos y a los Gobernadores de las provincias.

La forma de remuneración a los titulares se realizaría en dinero por trimestres vencidos, debiendo consignar cada año los Ayuntamientos en sus presupuestos municipales las cantidades alzadas consignadas para cubrir dichas atenciones, debiendo dar cuenta al Gobernador de la provincia la satisfacción de las asignaciones de los facultativos titulares, que en el caso de no realizarse serían apremiados los ayuntamientos.

Para la clase farmacéutica este arreglo de partidos, que salía en forma de Reglamento en lugar de Ley hecha en las Cortes, no fue bien recibido por ser considerado, como todas las leyes sanitarias de la época, imperfecto, mezquino en recompensas por la escasa remuneración de los servicios prestados y exigente en los deberes impuestos por la gran responsabilidad de sus cargos, además de totalmente impracticable, por lo que desde el principio se volvió a promover que la prensa médica encabezara de nuevo las reforma del proyecto una vez recogidas todas las quejas y sugerencias de los profesores titulares[408]. Como positivo del mismo, la

estatalización y centralización del poder sanitario desde los ayuntamientos hacia el Gobierno Central a partir de 1855. Ibídem 291; p141.

[408] Quintín Chiarlone consideraba que para evitar los errores a la hora de proyectar un buen arreglo de partidos debía estar formulado por profesores médico-farmacéuticos, oyendo a todos los interesados, desde el que ejercía en la aldea hasta en la ciudad más populosa para luego convertirse en una Ley autorizada, ley que se respete, que se cumpla y que sea duradera, beneficiosa a pueblos y profesores y aceptable por toda clase de partidos políticos. "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico.* 1865; 21(13):97-98.

declaración oficial de que no se pudiese reclamar servicio alguno sin la debida recompensa y que la gente proletaria se tuviese que pagar las medicinas[409].

Como consecuencia del estado precario en que se encontraban los ayuntamientos después de habérseles privado de los fondos propios, los pueblos creían que hacían bien a los mismos en no recargar la contribución a que se les autorizaba por una ley expresa y anteponían las miras económicas a las de la salud de ellos, motivo por lo que se observó en esta época una falta de plazas de titulares ofertadas en la gaceta [410, 411].

Aunque se estableció la fecha de 1 de julio de 1865 para empezar a aplicarse dicho reglamento con objeto de dar tiempo a los Gobernadores de las provincias para organizar los partidos médicos, las dificultades casi insuperables y consistentes en la situación topográfica de muchos pueblos, su situación económica o la necesidad de la verificación de los contratados realizados con anterioridad, y la reclamaciones por parte de algunos profesores procedentes de las clases facultativas creadas por los anteriores reglamentos de enseñanza pública en lo relativo a la ciencia y arte del curar, motivaron continuas dilaciones de la fecha de su aplicación (Circular del 16/11/1864[412], Real Orden de 11/06/1865[413] y Real Orden de 13/12/1865[414]) que, junto a la interminable espera del informe sobre la consulta realizada por el Ministerio de Gobernación a consecuencia de las observaciones expuestas por algunas localidades a cargo de los cuerpos que se encargaron de la redacción del reglamento, dio lugar finalmente a que dicho reglamento no terminase de entrar en vigor, salvo la parte de los contratos que celebrasen entre el titular y el ayuntamiento que sí se tenían que subordinar a lo prevenido en el él.

---

[409] G. Martínez: "Sección varia: comentarios". *El Restaurador Farmacéutico*. 1864; 20(48):191-192; "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 21(1):1-4 y 22(4):25-27.

[410] Según el artículo 15 del Real Decreto de 9 de noviembre de 1864: "Solicitada y obtenida la autorización del Gobernador de la provincia (...), deberá anunciarse la plaza vacante en la Gaceta de Madrid ó en el Boletín de la provincia (…)".

[411] Chiarlone, Q.: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico.* 1865; 21(17):129-131.

[412] Circular de 16 de noviembre de 1864, sobre la aplicación del reglamento sobre partidos médicos, que empezará á regir desde el 1º. de Julio del próximo año de 1865. *Gaceta de Madrid* nº 321 de 16/11/1864.

[413] Real Orden de 6 de junio de 1865, aplazando para el 1 de Enero próximo la época en que ha de empezar a regir el arreglo de partidos médicos aprobado por Real decreto de 5 de Setiembre de 1864. *Gaceta de Madrid* nº 162 de 11/06/1865.

[414] Real Orden de 6 de diciembre de 1865, aplazando la observancia del reglamento sobre organización de partidos médicos de la Península. *Gaceta de Madrid* nº 347 de 13/12/1865.

Movidos por la prensa médica de la Corte, numerosos profesores elaboraron distintas propuestas de arreglos de partidos[415], cuyo fin último fue el de conciliar los derechos y deberes de los pueblos y profesores, estableciendo un servicio sanitario completo, dejando fuera la tendencia especulativa acrecentada por el aumento de número de intrusos y poniendo al profesor en las condiciones propias para ejercer constantemente el humanitarismo de la institución farmacéutica. Fruto de ello, el Centro Ejecutivo del I Congreso Farmacéutico Español[416], planteó por dos veces[417] a la Dirección General de Sanidad y Beneficencia una nueva propuesta de arreglo de partidos junto a una memoria explicativa del mismo para que se tuviese en cuenta a la hora de formular el nuevo arreglo de partidos[418], manteniendo entre tanto la observancia completa de la Ley de Sanidad dado que, o no se ejecutaba por falta de mandatos eficaces o no se obedecía por la inexactitud que resultaban sus preceptos y disposiciones emanadas de los mismos[419].

[415] Véanse los proyectos de arreglos de partidos médicos de: Ascarza y Martín, P.: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 23(41):642-643; Fernández Izquierdo, P.: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 23(43):674-675.

[416] El primer intento de celebración del Congreso Farmacéutico Español se produjo el 1 de octubre de 1865, cuyo objetivo iba a ser la constitución de asambleas para luchar contra los males que amenazaban con destruir la profesión de Farmacia, principalmente la tarifa, el intrusismo y los partidos, aunque finalmente, circunstancias políticas y epidémicas del cólera, motivaron su cancelación. Un año después se celebró el I Congreso Farmacéutico Español, que duró del 15 al 22 de noviembre de 1866, asistiendo representantes de los Colegios, Asambleas y Círculos Farmacéuticos de toda España. Dividiéndose en tres secciones propusieron distintos proyectos, dictámenes y proposiciones, destacando el proyecto de crear la Asociación Farmacéutica Española. En cuanto al dictamen del arreglo de partidos propusieron que: "*Que se ordene un arreglo de partidos, el cual respetando la independencia de los profesores y de los pueblos, permita á aquellos subsistir con el decoro correspondiente á su clase y sin mengua de su dignidad facultativa*". En referencia al Congreso Farmacéutico Español léanse: *El Restaurador Farmacéutico.* 1867; 23(36, 37, 38, 41, 42, 43, 44 y 48), 24 (36, 37, 39, 46 y 48) y "Congreso Farmacéutico Español". *El Restaurador Farmacéutico.* 1867; 23 (Suplementos del 1 al 19).

[417] Se realizaron las instancias con fechas de 15 de julio y 9 de diciembre de 1867 para instar al Ministro de Gobernación a que reglamentase el ejercicio de las profesiones médicas. Quintín Chiarlone: "Sección Oficial: Centro general interino de la asociación farmacéutica española". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 23(50):791-792.

[418] Fernández Izquierdo, P: "Sección editorial: Arreglo de partidos farmacéuticos III". *El Restaurador Farmacéutico.* 1867; 23(27):417-419 y "Memoria explicativa del arreglo de partidos farmacéuticos, presentada en la Dirección General de Sanidad y Beneficencia en junio de 1867". *El Restaurador Farmacéutico.* 1867; 23(28):433-437.

[419] Quintín Chiarlone: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico.* 1865; 23(31):481-483.

Reglamento de 14 de marzo de 1868, "para la asistencia de los pobres y organización de los partidos médicos en la Península"[420].

Dado el incumplimiento generalizado y permanente de la Ley de Sanidad en la parte de la regulación de los profesiones médicas, así como al fracaso que tuvo el segundo intento regulador de la asistencia sanitaria en los pueblos a través del arreglo de partidos médicos al chocar de lleno con la realidad social y económica de la mayoría de los municipios, lo que llevó al Gobierno de la Nación a establecer una nueva regulación de partidos médicos a través de un Real Decreto rubricado de Real Mano en marzo de 1868, último año del reinado de Isabel II, inspirándose en la idea de que el "*prestar asistencia gratuita a las personas que carecían de los medios necesarios para procurárselos en sus enfermedades era un imperioso deber que la caridad imponía al Estado y que ésta se cumplía socorriendo al desvalido*".

Para evitar un nuevo fracaso, este nuevo reglamento se elaboró con extraordinario detalle y una gran minuciosidad en su desarrollo para así evitar que se generasen dudas posteriores por parte de los ayuntamientos para su aplicación, como en el anterior arreglo de 1864 y dando una decisiva participación a las juntas municipales y provinciales en la dotación de los sanitarios en el medio rural. Todo ello, a pesar de que el propio Ministro de Gobernación D. Luis González Bravo reconocía las dificultades que su aplicación por tenerse que extender a pueblos de escasos recursos, muchos de ellos de reducido vecindario y difíciles medios de locomoción.

Uno de los problemas que se intentó evitar con este nuevo Reglamento respecto al anterior y que fue objeto de muchas disputas entre vecinos, titulares y Ayuntamientos fue determinar la definición de "pobre". Para evitarlo, este Reglamento va a precisar para ser aplicado quién es pobre, mostrando un perfil de la sociedad y economía de dicha época. Esta cuestión no era baladí, puesto que de su inclusión o no en la definición iba a depender que el vecino se pudiera acoger a la asistencia facultativa gratuita o no.

Según el artículo 4, se iban a considerar "pobres" a las personas que no contribuyesen directamente con cantidad alguna al Erario, ni fuesen incluidos en los repartos para cubrir los gastos provinciales y municipales; los que viviesen de un

[420] Real decreto de 11 de marzo de 1868, mandando llevar a cabo el Reglamento "para la asistencia de los pobres y la organización de los partidos médicos de la Península". *Gaceta de Madrid* nº 74 de 14/03/1868

jornal o salario eventual; los que disfrutasen de un sueldo menor que el jornal de un bracero en la localidad respectiva; los que en concepto de parientes formasen parte de la familia de un vecino pobre y viviesen en su compañía; los expósitos que se lactasen en las respectivas jurisdicciones por cuenta de la Beneficencia; los acogidos en los Hospicios o en Casas de Misericordia y de Expósitos que careciesen de Facultativos y los desvalidos que accidentalmente o de tránsito se hallasen en el pueblo.

Los encargados de realizar las listas de pobres al final de cada año eran los Ayuntamientos junto con las juntas municipales de sanidad y beneficencia, y en caso de discrepancias de los interesados o facultativos serían resueltas por el Gobernador oyendo a la junta provincial de Sanidad. De esta forma también se evitarían los problemas del anterior Reglamento donde los que realizaban las listas eran solo los Ayuntamientos y originaban continuos enfrentamientos ellos, los titulares y los caciques de los pueblos[421].

Tan importante era esta definición que, del número de vecinos y de la lista de pobres, iba a depender la economía del titular[422], ya que la organización de los partidos médicos se organizaba en base a ellos de la siguiente manera:

En las poblaciones de hasta 4000 vecinos habría facultativos titulares de medicina, cirugía y farmacia mientras que en las capitales de provincia y poblaciones de más de 4000 vecinos se establecería la hospitalidad domiciliaria[423] para el pronto auxilio facultativo, ordenado y eficaz socorro a los pobres y en general para el mejor servicio sanitario.

Las poblaciones de menos de 4000 vecinos constituirán partidos médicos para la asistencia facultativa a los pobres, clasificándolos en cuatros clases. Se considerarán de primera clase los pueblos que excediesen de 599 vecinos, tendrían un titular por cada grupo de 1 a 300 familias pobres y uno más por los que

[421] Isaac S. Recalde: "Sección varia: A los comprofesores". *El Restaurador Farmacéutico.* 1867; 23(27):431.
[422] La picaresca de algunos Ayuntamientos consistía en clasificar mal las plazas de los farmacéuticos titulares para anunciarlas con la menor clase posible, procurando además que los comprofesores se estableciesen voluntariamente para no tener que pagar la subvención de residencia. Quintín Chiarlone: "Sección Varia". *El Restaurador Farmacéutico.* 1865; 24(36):575.
[423] El Ministro de Gobernación recomendó al Consejo de Sanidad que formulara la elaboración de las bases necesarias para el establecimiento de la hospitalidad domiciliaria para poblaciones de más de 4000 habitantes en base al arreglo de partidos vigente, pero el cambio político acaecido en España en 1868, frustró dicho intento. Quintín Chiarlone: "Sección varia: Mejora". *El Restaurador Farmacéutico.* 1865; 24(27):432.

excediesen de 150, con una asignación anual de 400 a 88 escudos; serían de segunda clase los comprendidos entre 400 y 599 vecinos, tendrían un titular por cada grupo de 1 a 200 familias pobres y una asignación anual de 300 a 600 escudos; los de tercera clase serían los comprendidos entre 200 a 399 vecinos, tendrían un titular por cada grupo de 1 a 100 familias pobres con una asignación anual de 300 a 500 escudos y los de cuarta clase los pueblos o agrupación de pueblos compuestos por menos de 200 vecinos y que pudieran costear sí su titular, siendo el mínimo para formar un partido los 150 vecinos, tendrían un titular por cada grupo de 1 a 100 familias pobres con una asignación anual de 400 a 600 escudos. Para aquellos pueblos que por su escaso vecindario no pudieran constituir partido ni reunirse con otros para dicho objeto por las distancias o accidentes del terreno que los separara, formarían partidos cerrados, fijando en este caso el Ayuntamiento la dotación del titular, y donde no podría ejercer otro farmacéutico que no fuera el titular, con lo que se aseguraría también la asistencia de las familias o vecinos acomodados, perdiendo éstos la posibilidad de elección entre farmacéuticos que no fuesen titulares.

En los pueblos donde no hubiese botica se asignaría a los farmacéuticos que se estableciesen como titulares llamados por el Ayuntamiento, una subvención por residencia[424] con una dotación anual de 200 escudos en los partidos de primera clase, 160 escudos en los de segunda y 120 escudos para los de tercera y cuarta clase. Además de este sueldo fijo habría que sumar el valor de los medicamentos que hubiesen necesitado las familias pobres de acuerdo a la tarifa oficial. En los pueblos donde ya hubiese establecida una o más boticas, o bien se estableciese espontáneamente sin ser llamadas por el Ayuntamiento, solamente se le abonaría a éstos, aunque se les considerara farmacéuticos titulares, el importe de los medicamentos que en su justa proporción deberían suministrar entre todos para la asistencia de los pobres, con arreglo a la tarifa y no se les podría obligar a éstos a prestar ningún otro servicio facultativo.

En las capitales de provincia y poblaciones de más de 4000 vecinos donde existiese la hospitalidad domiciliaria para el pronto auxilio facultativo, no habría farmacéuticos titulares según el Reglamento, aunque sí una distribución del despacho

[424] El Gobierno se vio obligado a fijar este tipo de subvención para que se proveyesen las vacantes que sacaran los municipios; debido a que la residencia en dicho municipio aislado y escaso de recursos, no daba para alimentar a la familia del titular sin otro auxilio que el propio de la beneficencia. Quintín Chiarlone: "Sección Editorial". *El Restaurador Farmacéutico.* 1865; 24(39):609-611.

de medicamentos entre las oficinas de la población con arreglo a las disposiciones que regían en la Beneficencia.

La forma de remuneración a los titulares por la asistencia a los pobres se realizaría en dinero por trimestres vencidos, incorporando cada año los Ayuntamientos en sus presupuestos municipales las cantidades alzadas consignadas para cubrir dichas atenciones, debiendo dar cuenta al Gobernador de la provincia la satisfacción de las asignaciones de los facultativos titulares, que en el caso de no realizarse serían apremiados los ayuntamientos para el pago de estas asignaciones.

Los farmacéuticos titulares quedaban en libertad para celebrar los contratos particulares con los demás vecinos para prestarles asistencia farmacéutica en base a una doble modalidad de partido abierto o de partido cerrado[425] y donde el Ayuntamiento no podría intervenir en ellos ni obligarse a recaudar las cantidades estipuladas.

Los farmacéuticos titulares serían elegidos por los Ayuntamientos entre una serie de pretendientes presentados por la Junta provincial de Sanidad con la aprobación del Gobernador. La Junta provincial de Sanidad realizaría siempre la propuesta con sujeción a escalas dando preferencia a su orden de merecimientos (títulos académicos, méritos contraídos durante su carrera, tanto escolásticos como profesionales y su antigüedad en el ejercicio de la profesión).

Los contratos se renovarían cada cuatro años y sólo podrían ser separados de su destino por una causa justificada y previo expediente oído por la Junta de Sanidad y Consejo de Sanidad de la provincia. En dichos contratos se harían constar la condición de poder concederse hasta dos meses de licencia para ausentarse y cuatro por motivos de salud justificado, siempre que pusiese a otro facultativo de la misma

[425] En el partido cerrado el farmacéutico titular era contratado para la asistencia a todos los vecinos de la población. La ventaja que tendría era que dado que no podría ejercer ningún otro facultativo que no fuese el titular, se aseguraba la asistencia tanto de los vecinos pobres como de los acomodados, no haciéndole la competencia ningún otro farmacéutico. En general, era el Ayuntamiento el que fijaba la iguala y se encargaba de cobrarla a los vecinos con recursos para gestionarla luego con el titular. Los principales inconvenientes de este tipo de partidos pasaban por la pérdida de independencia para con los Ayuntamientos, con los consabidos abusos de autoridad; de forma que una vez cumplida la contrata les podían echar del pueblo; además iban a carecer de compañeros a quien consultar en casos graves y a quien encargar sus pacientes en caso de ausencia o enfermedad. Otro inconveniente iba a ser que los vecinos perdían la posibilidad de elegir entre los distintos farmacéuticos aun no siendo de su agrado.

El partido abierto era aquel en el cual solo se contrataba al farmacéutico titular para la asistencia de los vecinos pobres, quedando en completa libertad de firmar contratos en forma de igualas con los vecinos y familias acomodadas del pueblo. La ventaja es que no dependían de los Ayuntamientos pero con la desventaja de que se podía establecer otro farmacéutico con las consabidas intrigas, rebajas,…

clase para desempeñar el servicio, caducando la licencia en caso de temer que se declarase alguna epidemia en el partido.

Las funciones que les corresponderían a dichos facultativos titulares eran la asistencia gratuita a los pobres, el prestar los servicios de interés general que el Gobierno y sus Delegados les encomendasen, auxiliar con sus conocimientos científicos a las corporaciones municipales y provinciales y a la Administración superior en todo lo relativo a la policía sanitaria que su demarcación le correspondiese y por último, prestar en caso de urgencia los servicios que les encargarse el Gobernador en las poblaciones próximas a las de su residencia o partido.

En general, aunque este Reglamento era parecido al del 1864, variando algunos detalles y complementando sus bases, la clase farmacéutica lo consideró con respecto a la Farmacia como bueno[426], reduciéndose las diferencias a: tener titulares subvencionados donde sean o hayan sido llamados por los Ayuntamientos; a poder considerarse titulares si conviniese donde no hubiera subvención; a no haber titulares de partido donde estuviese la asistencia de hospitalidad domiciliaria; a suministrar medicamentos en justa proporción donde hubiesen muchos farmacéuticos, fuesen o no titulares; al pago de las cuentas según el precio fijo marcado en la tarifa oficial y a tener garantizada la libertad profesional con arreglo a las leyes vigentes[427].

En definitiva, lo que se perseguía al obligar a crear gran cantidad de partidos médicos, muchos de ellos subvencionados, era mejorar la salubridad pública en beneficio de los pueblos y vecinos e indirectamente con ello, a los profesores médicos titulares de los mismos.

Aunque se estableció la fecha de 1 de julio de 1868 para empezar a aplicarse dicho reglamento con objeto de dar tiempo a los Gobernadores de las provincias para preparar la organización de los partidos médicos, otro cambio político, la revolución

[426] A pesar de haber lagunas en el mismo como no dejar claro si las funciones de los farmacéuticos titulares serían las recogidas en el artículo 2 del Reglamento o limitarse únicamente al suministro de medicamentos del artículo 21 y el por qué suprime la primera clase del artículo 20 para los farmacéuticos. Quintín Chiarlone: "Sección Editorial". *El Restaurador Farmacéutico.* 1865; 24(12): 177-180. Posteriormente, el Consejo de Estado aclara a través de una Orden del Gobierno que, dado que los artículos 20 y 21 del Reglamento del 1868 no estaban en armonía con los artículos 67 y 70 de la Ley de Sanidad de 1855, se declaraba que sólo podrían prestar el servicio de beneficencia aquellos farmacéuticos titulares contratados por sus Ayuntamientos respectivos, dejando sin efecto el Reglamento en esa parte. Martínez Álvarez, G: "Noticias varias". *El Semanario Farmacéutico*. 1873; 1(35).

[427] Quintín Chiarlone: "Sección Editorial". *El Restaurador Farmacéutico.* 1865; 24(12):177-180.

político-administrativa de 1868 que acabó con el reinado de Isabel II, dio al traste con su implantación.

A pesar de que los profesores titulares de los pueblos se mostraban esperanzados en que las leyes que fuesen a venir como consecuencia de la revolución se iban a cumplir en su letra y en su espíritu, y que sus derechos serían amparados y protegidos, especialmente frente al intrusismo profesional, la realidad fue bien distinta debido a que la sanidad no se encontró entre los asuntos principales del Gobierno de la revolución.

Estos acontecimientos políticos[428] acaecidos en España desde septiembre de 1868 afectaron al modo de actuar de los pueblos en relación a la sanidad y beneficencia[429], rechazando muchos de ellos el sostenimiento de los gastos destinados al socorro de los pobres enfermos por creerlo impuesto como oriundo del "antiguo régimen opresor" y que dio lugar a que muchas plazas de titulares fuesen abandonadas por no creerse ya los Ayuntamientos en la obligación de costear dicha asistencia domiciliaria. También aprovecharon para pagar mal o incumplir las dotaciones estipuladas en sus contratos, abusar de su autoridad y faltar con toda impunidad a lo establecido en sus escrituras, fiados siempre en la protección que casi siempre hallaban en los Gobernadores y tribunales.

---

[428] Atendiendo al espíritu descentralizador de la revolución y con objeto de dar vida propia y desahogada a las corporaciones provinciales y municipales, se procedió a la supresión de la Junta General de Beneficencia, cesando a todos los empleados de las oficinas y dependencias (Decreto de 4 de noviembre de 1868); a la supresión de todas las Juntas Provinciales y Municipales, cesando a todos los empleados de las oficinas y dependencias y nombrando, en uso de sus atribuciones, a los empleados que juzgasen necesarios para el despacho de los negocios de beneficencia (Decreto de 17 de noviembre de 1868). También se iba a ordenar la disolución del Real Consejo de Sanidad (Decreto de 18 de noviembre de 1868), sustituyéndose por una Junta Superior Consultiva de Sanidad.

Los pueblos se resintieron de los trastornos causados por estos cambios tan bruscos en la beneficencia y sanidad que hicieron que el Gobierno emitiese, para remediar las irregularidades que se estaban cometiendo, un Decreto (Decreto de 12 de noviembre de 1868) donde se declaraba que seguían vigentes las disposiciones sanitarias en tanto no fuese aprobado por las Cortes otra Ley de Sanidad. Además, volverían a sus plazas de la beneficencia y sanidad terrestre y marítima todos aquellos profesores que hubieran obtenido sus plazas por oposición y hubiesen sido separados por las juntas revolucionarias y diputaciones provinciales, sin previa formación de un expediente (Decreto de 13 de noviembre de 1868).

[429] El director de la revista "la Correspondencia Médica" presentó un escrito al Director General de Beneficencia y Sanidad en referencia a la salud pública donde exigía el cumplimiento de la Ley y los reglamentos y donde exponía que: frases como "que todo había caducado, que todo había ido por tierra" o el grito de "abajo lo existente" sirvieron a muchos municipios de pretexto semilegal para desentenderse de sus obligaciones sagradas que ninguna relación tenían con los acontecimientos políticos o bien con romper con las leyes, tradiciones y costumbres, la anulación de contratos y desligarse por completo de toda clase de obligaciones contraídas con anterioridad a la fecha de la revolución. Quintín Chiarlone: "Sección Varia: Oportunidad". *El Restaurador Farmacéutico.* 1871; 27(8):124-125.

A pesar de haber terminado el período revolucionario con la aprobación de una nueva constitución, con una nueva dinastía monárquica y con un nuevo orden político que se suponía iba a dar un poco de estabilidad política al Estado, seguían los asuntos sanitarios sin ser prioritarios para el Gobierno, y eso a pesar de la epidemia de fiebre amarilla que azotó a finales del año 1870 Barcelona y Alicante, por lo que seguían sin proveerse las plazas de titulares, los intrusos no eran perseguidos y los pobres seguían sin recibir la asistencia facultativa adecuada y todo ello empeorado por el lamentable estado económico del país.

La legislación sanitaria se convirtió en "*un abigarrado conjunto de disposiciones contradictorias, ineficaces muchas y opuestas casi todas al espíritu y a la letra de las instituciones a cuya sombra vivía la sociedad española*"[430] y donde no se sabía si las leyes de Sanidad y Beneficencia, así como los Reglamentos para su ejecución, las Ordenanzas de Farmacia, etc… estaban caducadas , abolidas o vigentes en parte o en todas sus partes, y si su cumplimiento seguía siendo obligatorio por parte de los Ayuntamientos, ya que ni el Gobierno ni las Cortes se habían ocupado de ellas ni para confirmarlas ni para anularlas. Al final tuvo que ser el Consejo de Estado el que las declaró vigentes tanto la Ley de Sanidad de 1855 como el Reglamento de partidos médicos de 1868[431].

Pero este Reglamento tampoco duró mucho en vigor motivado una vez más por los continuos cambios a nivel político en España, que pasó desde entonces, dentro del denominado sexenio democrático, por un gobierno provisional (1868-1870), un reinado de Amadeo I (1870-1873) y una Primera República (1873-1874), además de continuas guerras internas y del estado desastroso de la económica española.

---

[430] Léase la exposición de motivos del Decreto de 22 mayo de 1873, en el que se acuerda la disolución de la Junta superior consultiva de Sanidad y se crea un Consejo superior de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 143 de 23/04/1873.

[431] Se puede comprobar a través de estas dos disposiciones la vigencia tanto de la Ley de Sanidad como del Reglamento: De la contestación al recurso de alzada interpuesto por el desposeído médico titular de Valldemosa, el Consejo de Estado informó, y el Gobierno decretó el 4 de Junio de 1872, que por haberse faltado a lo que previenen la ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855 y el Reglamento de partidos médicos de 11 de Marzo de 1868, se procediese de nuevo al nombramiento de médico titular de Valldemosa. Nepumuceno Martínez, J.: "Sección Varia: Recopilación acertada". *El Restaurador Farmacéutico.* 1872; 27(8):270-271; y de la Ley del Registro Civil de 1870, que exigía para llevarla a cabo de los facultativos titulares de los pueblos, por lo que los autores de la mencionada ley, así como las Cortes al discutirla y votarla, partieron del supuesto de que en todos los pueblos habría facultativos titulares, porque estaban en la creencia de que la ley de Sanidad y el reglamento de partidos, se estaba cumpliendo y se seguiría observando en todo el Reino. Quintín Chiarlone: "Sección Varia: Oportunidad". *El Restaurador Farmacéutico.* 1871; 27(8):124-125.

Decreto de 24 de octubre de 1873, por el que se aprueba el "Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres"[432].

Con motivo de adaptarse a la Constitución de 1869 y a la Ley Municipal de 1870, Don Emilio Castelar, cuarto presidente de la primera República Española, promulgó un nuevo decreto aprobando el "Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres", guiado por el espíritu descentralizador que intentaba devolver nuevamente las competencias administrativas de sus intereses particulares a los municipios.

Así, los artículos 37 y 99 de la Constitución de 1869[433] concedían a los Ayuntamientos el gobierno y la dirección de los intereses particulares de los Municipios y los artículos 67 y 73 de la Ley municipal de 1870[434] atribuían en exclusiva a los Ayuntamientos sus intereses sanitarios, incluido el nombramiento y separación de sus empleados[435], aunque obligándoles a elegir para sus cargos relativos a servicios profesionales los que reuniesen la capacidad y condiciones que las leyes sobre dichos servicios determinasen. Todo lo que se oponía de la Ley de Sanidad de 1855 a este Decreto quedaba derogado.

---

[432] Decreto de 24 de octubre de 1873, mandando llevar a cabo el Reglamento "para la asistencia facultativa de los enfermos pobres". *Gaceta de Madrid* nº 298 de 25/10/1873

[433] Según el artículo 37: "*La gestión de los intereses peculiares de los pueblos y de las provincias corresponde respectivamente á los Ayuntamientos y Diputaciones provinciales, con arreglo a las leyes*" y el artículo 99: "*La organización y atribuciones de las Diputaciones provinciales y Ayuntamientos se regirán por sus respectivas leyes*". Constitución del Estado decretada y sancionada por las Cortes Constituyentes. *Gaceta de Madrid* nº 158 de 7/06/1869.

[434] Según el artículo 67:"*Es de exclusiva competencia de los Ayuntamientos la gestión, gobierno y dirección de los intereses peculiares de los pueblos (…)"* y el artículo 73: "*Es atribución exclusiva de los Ayuntamientos el nombramiento y separación de todos los empleados y dependientes pagados de los fondos municipales y que sean necesarios para la realización de los servicios que están a su cargo"*.
Ley Municipal de Términos Municipales y de sus Habitantes. *Gaceta de Madrid* nº 233 de 21/08/1870.

[435] Durante muchos años existió mucha controversia motivada por la duda de cobrarles los alcaldes a los facultativos titulares el impuesto de contribución según consideran que fueran o no empleados y/o funcionarios de Ayuntamiento. Según la jurisprudencia sentada por el alto Cuerpo Consultivo y el hecho taxativo de que los farmacéuticos titulares ejercían pura y simplemente una función profesional de carácter benéfico y en virtud de acuerdo con los municipios, excluía toda idea de que pudiesen ser considerados como funcionarios. También la jurisprudencia establecida y consignada en reales órdenes de 4 de Junio de 1872 y 17 de Abril de 1873, los facultativos titulares de los pueblos no podían en manera alguna ser considerados como empleados ni dependientes asalariados de los ayuntamientos, pues sus relaciones con estas corporaciones nacían de contratos que sólo podían ser anulados en la forma y con los requisitos al efecto establecidos. Tampoco la ley municipal de 1870, ni implícita ni explícitamente derogó las prescripciones de la ley de sanidad en este particular. Pero a pesar de ello, a los alcaldes les interesaban cobrarles el impuesto de contribución a los titulares y para ello los consideraban como empleados por el hecho de tenerlo contratados por el municipio. Marín y Sancho, F: "El descuento del 5% a los facultativos titulares". *La Farmacia Española*. 1894; 26(28):436-437.

En este contexto, se va a configurar un modelo territorial de carácter descentralizado y atenuado donde, al mismo tiempo que se regulan unas diputaciones más representativas y autónomas con la función de intervenir en cuanto a la organización superior administrativa de los Ayuntamientos, recabando y recuperando su lugar en la toma de decisiones, se van a articular mecanismos de control y supervisión de la actividad provincial por parte de las autoridades centrales[436]. El Gobierno solo intervendría en la administración de los Ayuntamientos cuando un determinado caso se relacionara con los derechos de dos o más Ayuntamientos o por otros que pudieran afectar a la salubridad de la Nación. Se perdía así la dependencia del Gobierno Civil que establecía la Ley de Sanidad de 1855 y el Reglamento de 1868 si bien, los Gobernadores ejercerían una constante vigilancia para hacer cumplir este servicio facultativo a los Ayuntamientos, exigiéndoles toda la responsabilidad que las leyes determinasen.

Este Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres de 1873 derogó al anterior de 1868 y provocó un cambio en la asistencia a los pobres en un sentido político-administrativo, ya que le da plenas facultades a los Ayuntamientos para los procesos de nombramiento de los facultativos titulares atendiendo a la nueva concepción del Estado, que funcional-sanitario, cuyas competencias y obligaciones iban a permanecer prácticamente iguales.

A pesar de que el anterior reglamento de 1868 se elaboró con extraordinario detalle y una gran minuciosidad en su desarrollo, el nuevo reglamento de 1873, que se redactó por el Consejo de Sanidad sin contar con el Consejo de Estado[437], adoleció de ello[438], debiendo publicarse posteriormente una Circular para aclarar algunas dudas surgidas durante su implantación[439].

---

[436] Pérez Juan, J.A. "La reforma de la Administración territorial en 1870: La Comisión Provincial de Alicante". *Reformistas y reformas en la administración española*. Instituto Nacional de Administración Pública. 2005; p450.

[437] Rodríguez, J.S.: "Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres". *La Farmacia Española*. 1873; 5(47):693-697.

[438] La ambigüedad con que estaba redactado el de 24 de Octubre de 1873, dejó a los municipios en libertad de hacer lo que mejor les cuadrase. Se nombraban titulares sin previo anuncio en los periódicos oficiales; se les separaba de sus plazas sin cumplir con lo que terminantemente preceptuaba la ley de Sanidad; no había pueblo en que no se consignase en el presupuesto una sola peseta .para el suministro de medicamentos a enfermos pobres; otros no prescindían de esta formalidad, pero apenas si llega a 100 reales el capítulo de gastos consagrado a ese objeto; unos pagaban tarde y con rebajas onerosísimas; y no pocos adeudan a los profesores, dos, cuatro y aún más anualidades. Imperaba en éstos, verdaderos abusos el caciquismo, y no pocas veces, para desgracia del profesor, solía interponerse algún compañero que agravaba la situación del que se veía precisado a soportar tanta

Los profesores de las ciencias médicas recibieron con profundo disgusto este Reglamento porque, si ya existía desbarajuste y desconcierto en los asuntos sanitarios y en la provisión de las plazas de titulares, el haberse publicado un reglamento donde se hacía abstracción de la mayoría de los problemas que tenían los facultativos titulares en su quehacer diario y eso, unido a la libertad absoluta de los municipios para hacer lo que quisieran en cuanto a sus relaciones con los titulares, los dejaba en una situación muy comprometida[440] y donde "*se iba a poner en manos de los alcaldes la reputación facultativa de los profesores, que era su honra, su fortuna, su subsistencia y la de sus hijos*"[441].

Un ejemplo de esta provisión se podría resumir en la siguiente exposición que realizó una asociación médico-farmacéutica a las Cortes para solicitar el nuevo arreglo de partidos médicos:

> *"Las plazas titulares, en general mal retribuidas y peor pagadas, no tienen otra limitación para proveerse que el capricho de los Municipios, casi siempre dirigidos más o menos ostensiblemente por un cacique de la población, que al agraciar al candidato con la plaza que solicita, lleva éste implícitamente la obligación de no disgustar a unos cuantos, a menos de verse despojado muy pronto de aquel carácter, y con ello en la triste necesidad de escogitar los medios para subvenir a sus necesidades y las de su familia, y no es porque haya dejado de cumplir dignamente con su misión; es quizá que por haber llenado sus deberes con entera dignidad, ha caído en el desagrado del cacique o de algún amigo o protegido de éste; y, ¡triste suerte la suya! se ve en la perentoria necesidad da peregrinar en busca de otra plaza donde no espera tener mejor desenlace, si no quiere perder su integridad; y todo sin tener en cuenta los muchos servicios que haya prestado; ni la edad y largo tiempo de su residencia en el pueblo le han de valer si la balanza deja do inclinarse a su favor"*[442].

injusticia y disgusto". García, R.P.: "La Farmacia en los partidos rurales". *La Farmacia Española*. 1877; 9(3):33-36.

[439] Orden de 26 de diciembre de 1873, dictando a los Gobernadores de las provincias varias prevenciones relativas a la salubridad pública y asistencia facultativa de enfermos pobres. *Gaceta de Madrid* nº 362 de 28/12/1873.

[440] Las ideas políticas, las cuestiones de localidad tan comunes en los pueblos y las enemistades personales, iban a ser casi siempre las causas en que los municipios se fundaban para destituir a los titulares ilegalmente. Anónimo: "Otra destitución ilegal". *La Farmacia Española*. 1873; 8(76):310-312.

[441] Fernández Izquierdo, P: "Crónica: Más sobre del nuevo reglamento para la asistencia facultativa de los pueblos. Acuerdo de la junta directiva". *La Farmacia Española*. 1873; 5(45):661-662.

[442] Fragmento de la exposición de motivos del Reglamento de partidos médicos que la Asociación Médica-Farmacéutica del partido de Baltanás, provincia de Palencia, dirigió a las Cortes para solicitar un nuevo arreglo de partidos médicos. *La Farmacia Española*. 1890; 22(27):423-424.

Aunque las competencias y obligaciones de los farmacéuticos titulares/municipales iban a permanecer casi iguales respecto al Reglamento anterior, las principales diferencias con el mismo radicaban en que: su nombramiento sería competencia exclusiva del ayuntamiento; nada se regulaba en cuanto a la separación de los facultativos; dejaban de existir la división en las distintas clases de partidos en la Península; no definía a quien se le podía considerar pobre[443]; para prestar el servicio farmacéutico bastaba que hubiere una farmacia municipal en cada localidad independientemente del número de vecinos y de familias pobres y por último, los ayuntamientos ya no intervendrían en las igualas de los partidos cerrados. Un aspecto curioso desde el punto de vista político de este Reglamento fue la sustitución del término "titular" por "municipal"[444] a los facultativos de las clases médicas contratados por los ayuntamientos.

La asistencia facultativa de los enfermos pobres se regulaba de la siguiente manera: En las poblaciones de hasta 4000 vecinos habría farmacéuticos municipales en los pueblos donde no hubiese ninguno establecido, o que habiéndolo, el Ayuntamiento juzgase oportuno contratar a un profesor[445]. En las poblaciones de más

[443] Esto iba a dar como resultado que en la formación de las listas de aquellos que tenían derecho a los servicios de beneficencia municipal, se atendiese más al capricho que a la equidad y justicia, causando graves perjuicios a los verdaderos perjudicados, *"privando de ese consuelo al infeliz que padece en el lecho del dolor y no dispone de los más necesarios recursos para atender a las apremiantes necesidades que lleva consigo toda enfermedad"*. García, R.P.: "¿Qué debe entenderse por pobre?". *La Farmacia Española*. 1876; 8(27):417-421. Para R.P. García se podría definir por familia pobre conforme al Reglamento de 1873: "*La que disfrute entre salarios, sueldos y emolumentos de cualquier clase que fueren, un haber diario, no eventual, que no exceda del doble jornal de un bracero en la localidad de que se trate*", de acuerdo con la definición de la vigente Ley de enjuiciamiento civil, la Real Orden de 27 de Diciembre de 1881, prescribiendo las reglas para las informaciones de pobreza oficial o los reglamentos de la beneficencia municipal de Madrid. García, R.P.: "Las listas de pobres". *La Farmacia Española*. 1890; 22(8):113-116.

[444] Ramón Garcés y Carramiñana opinaba así de este cambio de nombre: *Con tales renglones dejaron de existir los titulares, y nos encontramos frente a frente con la idea nueva. «Somos médicos y farmacéuticos municipales.» Ni nos place, ni nos cuadra el nombre; pero como los nombres son lo menos, y la cosa lo más, prescindiremos del raro bautismo. El decirnos «sois facultativos del Municipio» fue sinónimo de «os entregamos a las burlas de los Municipios; pues éstos sabrán hacer de vosotros su ludibrio, y jugarán con vuestra subsistencia y porvenir.». La Farmacia Española*. 1873; 8(17):257-259.

[445] Era tan poco minucioso el reglamento que muchos de los artículos se dejaban a la interpretación. Este artículo lo interpreta el fundador de la revista *La Farmacia Española* de la forma: "*los habrá (facultativos titulares) de farmacia en los pueblos donde no haya ninguno establecido, o que aun habiéndole el Ayuntamiento juzgue oportuno contratar con otro profesor. Es decir, y esto en mi concepto se desprende del contexto del párrafo copiado, en aquellos pueblos que tengan en la actualidad oficinas de farmacia no habrá farmacéutico titular, y sí en los que no las haya o el Ayuntamiento juzgue conveniente contratar con otro profesor. El contrato, pues, para el surtido de medicamentos á los enfermos pobres, parece que deberá existir siempre entre un farmacéutico y el municipio, pero aquel será solo titular en los casos que indicados quedan. Habrá querido decir otra cosa el autor del artículo 1°, pero no se desprende de su letra*". Fernández Izquierdo, P: "Crónica:

de 4000 vecinos habría hospitalidad domiciliaria para el pronto auxilio facultativo, ordenado y eficaz socorro a los pobres y en general el mejor servicio sanitario. Ya no se dividiría la Península en distintas clases de Partidos. Para prestar el servicio farmacéutico en los pueblos que no llegasen a 4000 vecinos bastaría que hubiese una farmacia municipal independientemente del número de vecinos y de familias pobres, pudiendo los pueblos de escaso vecindario y que no pudieran costear por sí solos los facultativos, agruparse con los pueblos inmediatos.

La elección de facultativos titulares[446] se haría directivamente por los municipios en unión con las asambleas de asociados en la forma que creyesen oportuno; y solo después de provistas las plazas darían cuenta al Gobernador de la provincia remitiendo copia del título académico del facultativo y del contrato formalizado, llevándose en los Gobiernos Civiles un libro por orden alfabético de pueblos donde constase el nombre del Facultativo, los títulos académicos y la fecha y duración del contrato. Todos estos datos se remitirían a su vez a las Juntas Provinciales de Sanidad para su custodia y efectos oportunos. Éstas, llevarían otro libro por orden alfabético de apellidos de los facultativos municipales, pueblos de la provincia donde hubiesen servido y un número de expediente[447].

Las funciones que les corresponderían a dichos facultativos municipales eran las estipuladas convenientemente con Ayuntamiento que, además de la asistencia a los pobres, tendrían el prestar, con la debida remuneración[448], los servicios de interés general que el Gobierno o sus Delegados les encomienden, desempeñar en caso de urgencia, también remunerados de fondos provinciales o municipales, los servicios

---

Más sobre del nuevo reglamento para la asistencia facultativa de los pueblos. Acuerdo de la junta directiva". *La Farmacia Española*. 1873; 5(44):645-647.

[446] Aunque desde el artículo 4 del reglamento no se cita expresamente a los farmacéuticos municipales, se entendía quela mayoría de artículos del Reglamento, eran extensibles a los farmacéuticos municipales.

[447] Dado su reiterado incumplimiento por parte de los municipios, la Dirección General de Beneficencia y Sanidad se vio obligada a publicar una Circular para que pudieran llevar a cabo los Gobernadores Civiles y las juntas provinciales de sanidad la alta inspección reservada al Estado en todo aquello que tuviese relación con el servicio de asistencia facultativa en todos los pueblos para cumplir los deberes que los respectivos reglamentos y circulares imponían y donde también se les reclamaba a los alcaldes la remisión nominal de todos los facultativos que prestaban sus servicios en los respectivos pueblos de la provincia. "Sección oficial: Circular de 20 de diciembre de 1881". *La Farmacia Española*. 1881; 13(52):819.

[448] Así se expresaba Pablo Fernández Izquierdo al comentar el artículo 3 del Reglamento: "*Desgraciadamente los servicios científicos que al gobierno y a sus subalternos los profesores presten, serán, como casi siempre han sido, gratis, sino ya han costado al facultativo algún disgusto o gasto pecuniario el desempeñarlos*". Fernández Izquierdo, P: "Crónica: Más sobre del nuevo reglamento para la asistencia facultativa de los pueblos. Acuerdo de la junta directiva". *La Farmacia Española*. 1873; 5(44):645-647

que en poblaciones de la misma provincia les encarguen la Diputación Provincial o el Gobernador y la de auxiliar con sus conocimientos científicos a las corporaciones municipales y provinciales y a la Administración superior en todo lo relativo a la policía sanitaria que su localidad a la que correspondan. Con respecto a los demás vecinos quedaban en libertad de celebrar los contratos para prestarles la asistencia correspondiente a su profesión, sin que el Ayuntamiento interviniese en ellos.

En el reglamento no se tocaba la forma de remuneración a los facultativos municipales por la asistencia a los pobres y tampoco la forma de separación de su destino, pero sí en su artículo 13 las condiciones para la renovación de su contrato, entre ellas, una relación firmada por los Concejales, asamblea de asociados y Juntas municipales del ramo acerca del comportamiento, méritos y servicios especiales del Facultativo durante el tiempo de su contrato. De hecho, este artículo fue uno de los más criticado por la prensa médica[449] por los disgustos que se preveían iban a causar a los facultativos municipales y por ello, a través de la prensa médica se pedía continuamente su derogación al Ministro de Gobernación. Así se manifestaba J. S. Rodríguez en la revista La Farmacia Española:

> *"En la mayoría de los casos no puede haber, no habrá seguramente unanimidad, y cada uno de los llamados a emitir su opinión la dará con arreglo no a los méritos, ni al comportamiento ni a los servicios prestados por el facultativo, sino según las especiales circunstancias en que se encuentre colocado; según que haya o no tenido durante la estancia del profesor en el pueblo, pérdidas en su familia; según que baja o no satisfecho los honorarios que le correspondiera; según el partido local o político en que milite; y, por fin, según otra multitud de circunstancias que pueden influir e influirán sin duda alguna en la manera de apreciar la conducta del profesor, que queda sujeto a la parcialidad notoria en la mayoría de los casos de todos los llamados a juzgarle. ¿Ni qué competencia tienen los alcaldes, concejales é individuos de la asamblea de asociados para apreciar el mérito de un profesor de ciencias médicas? (…)* [450]*".*

[449] Este artículo fue desechado en un primer momento durante la elaboración del reglamento en el Consejo Superior de Sanidad por considerarlo "indigno, ignominioso y estúpido" y que atentaba contra el honor de las clases médicas. A pesar de ello figuró en el Reglamento con la única explicación de que fuese el propio Ministro, mal aconsejado por el autor o por quien tuviese interés, el que lo colocara sin el beneplácito del Consejo Superior de Sanidad. ". Fernández Izquierdo, P: "Crónica: Más sobre artículo 13". *La Farmacia Española.* 1873; 5(50):742-743.

[450] Rodríguez, J. S.: "Reglamento para la asistencia a los enfermos pobres II". *La Farmacia Española*. 1873; 5(48):709-713.

Tras la aprobación del nuevo Reglamento, se empezó a observar rápidamente las temidas consecuencias para los profesores de las ciencias médicas ya intuidas por la prensa médica, la cual se centró, no ya en pedir la modificación o derogación de algún artículo del mismo, sino directamente su derogación y la vuelta al Reglamento de 1868. Así, se empezaron a ver como algunos Ayuntamientos se apresuraron a declarar vacantes las plazas de facultativos municipales[451] e imponer asignaciones mezquinas a los que en adelante las fuesen a desempeñar[452]; otros Ayuntamientos, desposeían a los farmacéuticos y a los médicos de los puestos que venían desempeñando, a menos que se prestasen a servirlas bajo condiciones inaceptables y otros directamente quitaban la asignación que, por el desempeño de las plazas de titulares, señalaba a los farmacéuticos el reglamento de 1868 últimamente derogado[453].

A pesar de que la clase médica pidió la derogación de dicho Reglamento, el Gobierno de la República, a través del Ministro de la Gobernación Mainsonnave, no solo lo ratificó sino que publicó una Orden[454] para su cumplimiento dirigida a los Gobernadores de las provincias donde se dictaban las prevenciones relativas a la salubridad pública y a la asistencia facultativa de enfermos pobres y donde se les

---

451 Del Barco, E.N. decía que había que poner coto a los abusos que cometían los municipios, especialmente en la provisión de las plazas por la influencia de los caciques: "*Se va a proveer la titular de beneficencia, y los caciques de los pueblos guardan debajo del tapete las solicitudes de los expositores que no son sus favorecidos, sin hacer caso de los méritos de algunos, y fijándose sólo si tienen, en el que van a agraciar , un adicto a su partido ó está recomendado por el señor A ó el B, a quien deben el alcalde y demás algunos favores. ¡Cuántos farmacéuticos hay agraciados con la titular de beneficencia sin que se hayan anunciado sus plazas siquiera en el Boletín de la provincia! Pero cambia el municipio por un incidente cualquiera, y separan al anteriormente agraciado, aunque tenga hecho el contrato en regla, para dárselo a su adicto*". "Los partidos Farmacéuticos": *La Farmacia Española* 1877; 9(9):131-132.

452 Comentaba Strim que: "*De hoy en adelante se rebajarán notablemente las mezquinas dotaciones de los facultativos titulares, y puede ya contarse como cosa segura que serán muy pocos los pueblos que paguen alguna cantidad, aunque pequeña, por la titular de farmacéutico. ¿Y menos mal si después de todo, les pagan religiosamente sus honorarios!*". "Los primeros frutos del nuevo Reglamento". *La Farmacia Española* 1873; 5(50):744-745.

453 Fernández Izquierdo, P: "Crónica: Los facultativos municipales". *La Farmacia Española* 1873; 5(52):773-774.

454 En esta Orden se aprovecha para tratar la hospitalidad domiciliaria no desarrollada en el Reglamento, ampliando dicha asistencia facultativa del vecino pobre, a los vecinos domiciliados y a los transeúntes, debiendo ser esta retribución a los facultativos, independiente de la estipulada para los vecinos pobres. También aclaraba y atenúa el controvertido artículo 13 de forma que pedía que los informes al que hacía referencia, solo debían versar del cumplimiento de los contratos, méritos y servicios extraordinarios de los facultativos municipales; pero no podrían apreciarse en estos actos su capacidad científica. Orden de 26 de diciembre de 1873, dictando a los Gobernadores de las provincias varias prevenciones relativas a la salubridad pública y asistencia facultativa de enfermos pobres. *Gaceta de Madrid* nº 362 de 28/12/1873.

ordenaba que debían asegurarse de comprobar el cumplimiento de los deberes de los Ayuntamientos, Juntas de Sanidad y Comisiones provinciales en cuanto al deber de dar una asistencia sanitaria completa a los pobres, transeúntes y domiciliados, eso sí, teniendo en cuenta la exclusiva competencia de los Ayuntamientos a la hora de prestarla:

> "(…) *en los actos que al Ayuntamiento competen, en la naturaleza de la misma obligación del servicio, persona que lo preste y a quien se deba prestar, recuerde que las corporaciones usan siempre de su libertad, que el poder público que V. S. representa garantiza, y que en ningún caso debe encerrar su iniciativa en las trabas de una inspección odiosa para el Municipio o el Facultativo, o de una coacción directa ó indirecta que de la Autoridad proceda".*

Un nuevo cambio en la situación política en España a los pocos días de su publicación dio esperanzas a la clase médica de que el Reglamento de 1873 iba a ser derogado, pero lejos de la realidad, y a pesar de los múltiples intentos practicados, estuvo en vigor durante 18 años, si bien su cumplimiento debió ser escaso, a razón de las continuas quejas del colectivo facultativo.

Así, durante los primeros años, la clase médica pidió que se derogara el reglamento de 1873[455] para poner en aplicación el del 1868[456], si bien posteriormente se fueron limitando a proponer distintos arreglos de partidos[457] bajo la base del reglamento de 1868 principalmente[458].

---

[455] Ya que no satisfacía la necesidad y la obligación ineludible de los municipios de atender en sus enfermedades a los enfermos pobres, ni a la forma de proveerse de los facultativos titulares, ni la retribución establecida respondía a un bien organizado servicio sanitario. Martín de Argenta, V. "El arreglo de partidos farmacéuticos". *El Semanario Farmacéutico* 1877; 5(19):153-155

[456] Marín y Sancho, D.F.: "Crónica: Lo que siempre". *La Farmacia Española.* 1875; 7(13):193-194.

[457] García, R.P. proponía que para redactar un buen arreglo de partidos que alcanzara la asistencia de los enfermos pobres y asuntos de salubridad e higiene en los pueblos, lo primero que habría que realizarse era un profundo estudio de lo que era la Farmacia en su ejercicio y en las costumbres de los pueblos. Una vez hecho, se debería: asegurar que dicha asistencia alcanzara verdaderamente a los pobres, consignando con claridad las condiciones que debieran reunirse para adquirir dicha condición; la asistencia gratuita debería ser completa, tanto médica como farmacéutica; la elección de los facultativos debería recaer siempre en aquellos con más méritos y servicios; el pago de los honorarios debería hacerse con puntualidad y estos hallarse en armonía con la población, los recursos municipales, el trabajo del facultativo, el número de familias pobres y otras circunstancias y la separación no podría hacerse sino por causa grave y mediante expediente en que fuese oído el interesado y las corporaciones administrativas y sanitarias. La farmacia en los partidos rurales. *La Farmacia Española.* 1877; 9(33):513-516 y 9(34):529-532.

[458] Entre las distintas propuestas de modificaciones del arreglo, léanse: Dionisio, P.: "Los facultativos y el arreglo de partidos médicos". *La Farmacia Española.* 1876; 8(6):85-88, Herreros y Duclós, A.: "Los partidos médicos". *La Farmacia Española.* 1876; 8(9):131-132, Pérez M. Mínguez, M.: "Los Partidos Médicos". *La Farmacia Española.* 1876; 8(10):149-150, Bosqued R.: "No más proyectos". *La Farmacia Española* 1876; 8(14):214-215; y proyectos de arreglos: Velázquez Alonso, A.: "Arreglo médico". *La Farmacia Española.* 1876; 8(12):177-180; Martín de Argenta, V: "El arreglo de

Los primeros en proponer el arreglo de partidos al Ministro de Gobernación fue una vez más el colectivo de la prensa médica[459]. Su objetivo, realizar un proyecto teniendo en cuenta que lo primero era atender al menesteroso en sus dolencias, que lo segundo sería procurar las mejoras higiénicas en los pueblos y así mejorar la salud de los vecinos y, por último, remediar las principales causas del malestar que estaban sufriendo los profesores titulares[460].

Los puntos principales que fueron objeto de debate en los periódicos profesionales para organizar el servicio benéfico-sanitario para el beneficio de los pueblos y de los facultativos titulares, de acuerdo a las leyes y costumbres de los pueblos, se pudieron resumir en los siguientes puntos[461]:

- Inamovilidad de los titulares[462]: garantía eficaz de un cumplido conocimiento de la naturaleza y costumbres de los habitantes, de los

los partidos farmacéuticos". *El Semanario Farmacéutico.* 1877; 5(19):153-155, Anónimo: "Proyecto de reglamento de un cuerpo de médicos, farmacéuticos y practicantes titulares". El Siglo Médico. Inserto en: *La Farmacia Española.* 1877; 9(27):421-425. El problema de todos ellos lo resume bien R.P. García: "*Se redactan proyectos de partidos médicos, en los cuales se preocupa cada cual casi por completo de la situación en que él mismo se halla colocado, y su trabajo sirve en todo caso para la localidad en que el autor ejerce. Pugnan unos proyectos con los usos y costumbres de los pueblos; se hallan otros en perfecta contradicción con los más elementales principios de administración municipal, y la mayor parte, por fin, no reúnen aquellas condiciones que necesita toda disposición oficial para ser viable*". *La Farmacia Española*. 1878; 10(26):401-405.

[459] En noviembre de 1875 se empezaron a reunir los principales directores de los periódicos de las clases médicas y farmacéuticas y acordaron reuniones mensuales y encargar a Pulido como médico y a Argenta como farmacéutico a elaborar los trabajos preliminares para la elaboración de un nuevo arreglo de partidos. García, R.P.: Sección editorial: Reunión de la prensa. *La Farmacia Española.* 1875; 7(46): 721-725. En Junio de 1877 presentaron a la junta de la Asociación de la Prensa Médico-Farmacéutica las bases para la elaboración del proyecto de arreglo de partidos, el cual fue aprobado en Octubre como proyecto de exposición y reglamento de partidos médicos. En Diciembre se presentó dicho proyecto al Director General de Beneficencia y Sanidad. Martín de Argenta, V. "Noticias Varias". *El Semanario Farmacéutico*.1877; 5(37):344; 6(4):32 y 6(12):97.

[460] Entre las principales causas del malestar se podrían citar: las intrigas caciquiles, el aumento del intrusismo en todas sus ramas, las escuelas libres que han aumentado el número de profesores, el apogeo de los específicos extranjeros y nacionales, la inobservancia por parte de las corporaciones municipales de los reglamentos de partido, la falta de pago de las mezquinas dotaciones que se recibían a cambio de su servicio, el desorden en la venta de los preparados medicinales, la falta de compañerismo y la competencia deshonrosa, etc…García, R.P.: "La Farmacia en los partidos rurales". *La Farmacia Española*. 1877; 9(3):33-36.

[461] Marín y Sancho, F: "Un informe del Consejo de Sanidad". *La Farmacia Española.* 1888; 20(33):513-518.

[462] La inamovilidad de los titulares fue una cuestión pretendida por dicho colectivo durante toda la segunda mitad del siglo XIX con el objetivo de darles estabilidad en el desempeño del servicio benéfico sanitario de los pueblos. Si bien la Ley de Sanidad de 1855 consignó los preceptos en pro de una buena organización de los facultativos titulares, ningún reglamento garantizó "*con vigor suficiente lo que es más esencial en el ejercicio de cualquiera profesión para todos los usos de la vida en la sociedad, que es la posesión quieta y pacífica del cargo que se desempeña legalmente, y la tranquilidad para el porvenir cuando en ese cargo se cumplen todos los deberes que impone con exactitud, con celo y con probidad*". Intentos para aprobársela no faltaron como fueron: La aprobación de las bases del Congreso Médico-Farmacéutico celebrado en Madrid en diciembre de 1891insertas

padecimientos hereditarios y de familia, de los antecedentes patológicos individuales, de la índole propia de las enfermedades dominantes en aquel clima y de las condiciones de salubridad del pueblo. Se establecería que una vez nombrados, no pudiera separárseles de sus destinos sin la previa formación de un expediente en que resultara motivo bastante y eso después de haber oído a la Junta provincial de Sanidad y a la comisión provincial, y en caso de alzada a los Consejos de Sanidad y Estado.

- Remuneración de los facultativos: para mejorar la condición científica y profesional de las clases médicas y así introducir en la beneficencia y sanidad municipal las mejoras y perfecciones que reclamaba el estado social sería necesario remunerar de una manera suficiente y decorosa a los titulares, atendiendo a la consideración de su larga carrera, a lo delicado y penoso de sus funciones y a la alta importancia humanitaria y social de sus servicios.

- Seguridad en el pago: obligando a los Ayuntamientos al cumplimiento de sus contratos dado el frecuente abandono del pago de los sueldos a los titulares.

- Nombramiento y separación: realizándose por los Ayuntamientos entre los que reuniesen la capacidad y las condiciones que determinasen las leyes y reglamentos concernientes a este servicio público. Tratándose de un servicio permanente, que bajo el aspecto benéfico se limitaba a la asistencia de los pobres y en lo demás se refería a los asuntos de salubridad, no sería conveniente el cambio infundado de tales facultativos y por tanto convendría que fuesen respetados los nombramientos, mientras por parte de los facultativos no se faltase a sus condiciones.

- Pensiones: otorgando una módica pensión a los ancianos que hubiesen sacrificado su vida entera al servicio de los pueblos, a los que se inutilizasen para el ejercicio profesional a consecuencia de una enfermedad epidémica, contraída por su asistencia esmerada y asidua a los atacados del azote, y también a las viudas desvalidas y los hijos menores de los que hubiesen

---

en: El Congreso Médico-Farmacéutico de Titulares: La Farmacia Española 1891; 23(51):pp802-803; El intento de la aprobación de la base 18 del proyecto de 1894 para formar la Ley de Sanidad y que al final no se tramitó en el Congreso al disolverse las Cortes en el año 1895, inserta en: "La inamovilidad de los titulares". *La Farmacia Española*. 1895; 27(1):1-2 o la proposición de Ley del Sr Calleja con idéntico resultado, "la inamovilidad de los titulares" inserta en: *La Farmacia Española.* 1898; 30(24):370-372.

fallecido en tales circunstancias. De este modo, se estimularía mucho a los facultativos en sus penosas tareas, mejorando la asistencia de los pueblos y de todo lo concerniente a la salubridad.

- Cumplimiento de las disposiciones legales: Nada de lo anterior serviría si los Ayuntamientos no cumpliesen los mandamientos de la Ley.

Los directores de la prensa médica y farmacéutica de la época[463] eran conscientes de que las personas encargadas de elaborar un buen arreglo de partidos tenían que conocer la realidad profesional del colectivo titular:

> "*que conozcan lo que son partidos médicos**,** las múltiples atenciones y obligaciones de los titulares, la diversidad de relaciones que tienen que mantener con las diferentes autoridades locales, judiciales y administrativas, las dificultades con que tropieza en los pueblos el ejercicio de la profesión. La dependencia servil en que tienen que vivir para poder mantenerse en sus puestos, los mil y un peligros en que están a todas horas de verse desposeídos ó burlados en sus derechos, las diarias vejaciones que sufren del caciquismo[464], de las autoridades judiciales y gubernativas y el irritante desdén con que son oídos cuando cargados de razón y de justicia se atreven a pedirla a los que están en el deber de dispensársela*"; la de los pueblos: "*conocer las costumbres inveteradas de cada comarca sobre la manera de contratar y retribuir a los facultativos titulares, para no ir tan en contra de ellas que no puedan encarnar las reformas[465]"* y tener organizado un buen servicio sanitario: "*se necesita un Gobierno que comprenda su importancia, un sistema político que lo consienta, un grado de cultura que lo acepte y dinero que lo pague"* [466].

---

[463] Entre ellos figuraban los directores de los periódicos: *El Siglo Médico; El Genio Médico-Quirúrgico; La Correspondencia Médica; La Farmacia Española; E Semanario Farmacéutico, El Anfiteatro Anatómico; los Anales de Ciencias Médicas; la Revista de Medicina y Los Avisos*.

[464] Un ejemplo de abusos caciquiles lo tendríamos en: "*Se va a proveer la titular de beneficencia, y los caciques de los pueblos guardan debajo del tapete las solicitudes de los expositores que no son sus favorecidos, sin hacer caso de los méritos de algunos, y fijándose sólo si tienen, en el que van a agraciar, un adicto a su partido o está recomendado por el señor A o el B, a quien deben el alcalde y demás algunos favores. ¡Cuántos farmacéuticos hay agraciados con la titular de beneficencia sin que se hayan anunciado sus plazas siquiera en Boletín de la provincia! Pero cambia el municipio por un incidente cualquiera, y separan al anteriormente agraciado, aunque tenga hecho el contrato en regla, para dárselo á su adicto"*. E.N. del Barco: "Los partidos Farmacéuticos". *La Farmacia Española*. 1877; 9(9):131-132.

[465] Era costumbre habitual de la época atemperar las disposiciones sanitarias a las necesidades y exigencias de las grandes poblaciones, prescindiendo casi por completo de las necesidades y exigencias de los partidos rurales, y así no resultaba extraño que se notasen profundos vacíos en esas disposiciones, vacíos que ocasionan grandes perjuicios a las profesiones médicas. García R.P.: "La farmacia en los partidos rurales". *La Farmacia Española*. 1877; 9(33):513-516. y 9(34):529-532.

[466] "Los partidos médicos II. La Correspondencia Médica", inserto en: *El Semanario Farmacéutico*. 1876; 4 (26):241-244. Algunas explicaciones sobre el proyecto de Reglamento para el servicio sanitario de los pueblos. *El Semanario Farmacéutico*. 1878; 6(23):217-218.

Por ese motivo, pusieron en manos del Director General de Sanidad y Beneficencia Ramón de Campoamor, el proyecto de Reglamento para el servicio sanitario de los pueblos junto a una exposición razonada dirigida al Ministro de Gobernación Francisco Romero y Robledo[467] con la esperanza que el proyecto se elevara a Decreto.

Pero dadas las quejas de los profesores de las ciencias médicas en relación al proyecto[468], los directores de la prensa médico-farmacéutica convocaron un Congreso Médico-farmacéutico profesional[469] con el fin de oír a los profesores de toda España sobre los males que les aquejaban y los remedios que debían aplicarse[470].

Del Congreso salió el "*Proyecto de reglamento para el servicio médico-farmacéutico municipal*[471]" cuyo objetivo fue armonizar los intereses de los pueblos con los de los profesores de ciencias médicas, y ambos intereses con los de la salud pública, teniendo en cuenta la especial dificultad que ofrecía la conciliación de estas tres clases de intereses y todo ello, sin olvidar que los facultativos municipales ya

[467] Martín de Argenta, V.: "Partidos Médicos". *El Semanario Farmacéutico* .1877; 6(12):97-112 y Marín y Sancho, D.F.: "Proyecto de partidos médicos". La Farmacia Española. 1877; 9(50):789-799.

[468] Aunque la mayoría de los profesores médicos estaban de acuerdo que había que cambiar el Reglamento de 1873, el proyecto, al estar redactado por la prensa médica, originó un gran número de quejas por parte del colectivo médico-farmacéutico. Martín de Argenta, V.: "Algunas explicaciones sobre el proyecto de reglamento para el servicio sanitario de los pueblos". *El Semanario Farmacéutico*. 1878; 6 (23):217-218 y Marín y Sancho, F.: *La Farmacia Española*. 1878; 10(2):17-18; Diego Antonio de Echevarría compara en paralelo los reglamentos de 1864, 1868, 1873 y el proyecto de 1877 llegando a la conclusión de que: "*progresamos como los cangrejos y que los ilustrados representantes de la prensa farmacéutica, si no dormitaban, no han meditado suficientemente al suscribir ese proyecto, sobre los disgustos sin cuento que habrán de surgir de su aplicación para los desgraciados farmacéuticos ya titulares en los, partidos rurales, cuyos derechos desconocen*". *La Farmacia Española.* 1878; 10(2):18-20.

[469] El Congreso Médico-farmacéutico profesional lo inauguró el Director de Sanidad y Beneficencia D. Ramón Campoamor el día 15 de octubre de 1878, siendo su presidente el Sr. Arcas y Benítez. Las sesiones se desarrollaron en un local de la Academia Médico-Quirúrgica Española y se prolongaron hasta su clausura el día 29 de noviembre de 1878. Una vez abiertas las sesiones del Congreso se crearon distintas comisiones, correspondiendo a una de ellas el desarrollo de un nuevo arreglo de partidos médicos.

El resultado del Congreso, que terminó siendo una reunión de profesores de Madrid, parece ser que no produjo los beneficios esperados, sino todo lo contrario "*un hervidero manifiesto de animosidades, exclusiones y represalias que agravaban, desde luego, al enfermo que se pretendía sanar"*, si bien la comisión que continuó el proyecto después de liquidado el Congreso redactó un proyecto considerado como un remiendo al proyecto de partidos médicos elaborado por la prensa médica en 1878. En referencia al Congreso Médico-farmacéutico profesional léanse: Martín de Argenta, V: Congreso Médico-Farmacéutico profesional. *El Semanario Farmacéutico*. 1878; 7 (3):17-19; Martín y Sancho, F: *La Farmacia Española.* 1878; 10 (12):177-180; 10 (43):673-677; 10 (47):737-745; 10 (49):770-774; 10 (51):801-807 y 11 (23):353-357.

[470] "Noticias varias: Congreso médico-farmacéutico". *El Semanario Farmacéutico.* 1878; 6(25):256.

[471] Martín y Sancho, F: "Proyecto de reglamento para el servicio médico-farmacéutico municipal". *La Farmacia Española.* 1879; 11(23):353-357 y 11(24):369-374.

constituían una institución llamada, no tan sólo a prestar su asistencia científica al individuo, sino también a desempeñar trascendentales servicios de higiene pública, de epidemiología y de estadística sanitaria, relativos a la población en que residían, así como a la buena administración del país.

Dicho proyecto propuesto por el Congreso se consideró como un "remiendo" del proyecto realizado por la prensa médica, y en él se iban a introducir como diferencias principales: dividir los partidos farmacéuticos en tres clases distintas, creando para cada uno de los comprendidos en ellas una plaza de farmacéutico titular con su dotación peculiar, si bien exigua, suficiente como para dar carácter de oficialidad al cargo; el determinar el máximum de familias pobres que en cada clase de partido debían de hallarse bajo la asistencia de un profesor, evitando de este modo la falta de conformidad y de armonía que pudiera surgir entre dos opuestas tendencias, la del facultativo titular y de los pobres, por una parte, y la de una inconveniente economía municipal por otra; también se admitiría como procedimiento excepcional para la elección de los titulares el procedimiento de oposición y así disminuiría la voz de la parcialidad y favoritismo de los Ayuntamientos y por último, en lo relativo a la jubilación de los facultativos titulares y a la pensión de las viudas e hijos menores de los mismos en determinadas ocasiones, se consideraba que no debía regularse a través del Reglamento sino de la propia Ley de Sanidad.

Los proyectos de la comisión permanente del Congreso médico-farmacéutico se presentaron al Ministerio de la Gobernación, el cual se comprometió a tenerlos en cuenta a la hora de abordar dichos asuntos[472], aunque no fue hasta el año 1882 cuando el Real Consejo de Sanidad aprobó un proyecto de reglamento escrito por el Dr. Méndez Álvaro en el que se ordenaba lo conveniente para dejar bien establecido el servicio benéfico-sanitario en todas las poblaciones de España, grandes y pequeñas y que iba a diferir muy poco del que presentó la prensa madrileña en 1877 y del que aprobaría al año siguiente el Congreso médico-farmacéutico[473].

[472] A través de la Real Orden de 22 de agosto de 1879, el Rey le da las gracias a la comisión permanente del Congreso médico-farmacéutico a través del Ministro de la Gobernación por haber remitido al Ministerio los Proyectos de reforma de la ley de Sanidad, de Colegios médico-farmacéuticos, de Ordenanzas de Farmacia y de Organización médico-farmacéutica municipal de España. "Actos oficiales". *El Semanario Farmacéutico*. 1879; 7(52):460.

[473] Martín de Argenta, V: "Buenas noticias". *El Semanario Farmacéutico*. 1882; 10(15):127 y Marín y Sancho, F.: "Un informe del Consejo de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1888; 20(33):513-518.

Pero a pesar de formular numerosos proyectos, todo seguía como estaba. No faltaban las buenas palabras: el Gobierno pedía al Consejo de Sanidad que se ocupase del asunto; el Cuerpo consultivo formulaba proyectos, los discutía y aprobaba, y vuelta otra vez a empezar, labor tantas veces emprendida y nunca acabada con éxito. A pesar de ello, los directores de la prensa médica no cesaban en su empeño de hacer notar la urgencia de la reforma y los bienes que de ella redundarían y continuamente se reunían para presentar exposiciones recordatorias al Ministro para que se activase el expediente de aprobación de un nuevo reglamento de partidos médicos[474]. Unas veces por pretensiones exageradas y otras veces por las exigencias imposibles para los pueblos y los profesores debido a que los sacrificios no estaban muy en armonía con los precarios medios que disponían los pueblos, unido a los continuos cambios políticos que llevaban aparejados los cambios en los Ministerios y por ende del Director General de Beneficencia y Sanidad, hacía que cuando se esperaba que se diera el visto definitivo al proyecto, tocara empezar de nuevo otro[475].

Fue para la prensa médica ésta, una de las peores épocas, especialmente para el colectivo de los profesores de las ramas médicas, cuyos males que les azotaban se podrían resumir principalmente en: la situación de precariedad en que estaban sumidos los pueblos; las leyes sanitarias se encontraban casi olvidadas quedándose el profesor aislado, sin protección ni amparo de nadie; el censurable abandono en que se tenía por parte del gobierno y de las corporaciones populares en todo lo referente a los profesores de las clases médicas y la falta de respeto a dichas disposiciones sanitarias; las trabas con que las disposiciones vigentes cohibían la libertad e independencia del farmacéutico en el ejercicio de la profesión; el desorden que imperaba en la venta de las preparaciones medicinales, confundiéndose la libertad comercial con el ejercicio de una profesión científica; el elevado número de profesores y boticas, junto con la falta de compañerismo y la competencia

[474] Martín de Argenta: "V Reunión de la prensa". *El Semanario Farmacéutico*. 1881; 9(30):239.

[475] R. P. García se preguntaba si el problema de que no se aprobasen los distintos proyectos venía de no hacer caso a la frase que el Dr. Méndez Álvaro expresó antes de fallecer: "*No pidáis a los poderes públicos sino aquello que sea para los pueblos beneficioso*" en la forma de que "*se habían pedido dotación para los médicos y farmacéuticos , jubilación para los profesores, pensión para las viudas y los huérfanos; habíamos señalado la forma de nombrar a los titulares, y en fin, en nuestro afán de favorecer a los profesores, nos habíamos excedido mermando la autonomía municipal reconocida y sancionada en nuestras leyes.* (..) *no se debe pedir demasiado, ni llevar más allá de lo razonable nuestras pretensiones"*. "Los proyectos de la prensa". *La Farmacia Española.* 1888; 20(21):321-324.

deshonrosa, por tantos motivos funesta, que a menudo se observaba entre los mismos comprofesores, el incremento que había tomado en los últimos tiempos los intrusos y charlatanes, algunos en posesión de un diploma ilegítimo; la influencia caciquil; la indiferencia con que los municipios miraban el servicio facultativo a los enfermos pobres; el suministro de medicamentos a las familias de los militares, …[476].

Todas estas circunstancias desencadenaron que se produjese en esta segunda mitad del siglo XIX un aumento muy significativo del asociacionismo médico-farmacéutico, cuyo fin principal fue el articular los intereses de estas clases facultativas; todo ello favorecido por unas leyes que consolidaron el derecho de asociación, como fueron la Constitución de 1869 y de 1876, realizadas a partir de los primeros movimientos democráticos ocurridos en 1868.

A diferencia de las antiguas asociaciones tipo gremial, cofradías o montepíos de la primera mitad del siglo XIX, estas nuevas asociaciones incluían los dos conceptos, tanto científico como profesional de sus miembros, consolidándose como un modelo de organización representativo de una clase profesional que iba a intermediar ante la sociedad y ante los poderes públicos que las regulaban, es decir, ante el Gobierno.

Los motivos por los que se creaban las asociaciones respondían normalmente tanto a razones de tipo científico, relacionadas con la ciencia o la técnica de su profesión, como a razones de tipo profesional, principalmente relacionadas con la problemática de su práctica profesional, si bien podían ir en paralelo no excluyéndose la una de la otra. Dependiendo de los fines y objetivos, que se incluían en sus estatutos de constitución, se podían definir de diferentes formas: Colegios profesionales, Asociaciones, Organizaciones, Sociedades,…[477].

Entre las asociaciones farmacéuticas a nivel nacional que se fueron formando durante esta época se podrían destacar: la "*Asociación Médico-Farmacéutica*"[478]; el "*Colegio Médico-Farmacéutico Español*"[479]; la "*Sociedad Farmacéutica Española*[480]"; la "*Asociación Farmacéutica Matritense*[481]"; la "*Asamblea*

[476] García, R.P.: "¿Son irremediables nuestros males?". *La Farmacia Española*. 1877, 9(14):209-214; y Nuñez, C: "Los males de nuestra profesión". *La Farmacia Española*. 1878, 10(29):454-455.
[477] Ibídem 64; pp45-67.
[478] Texidor y Cos, J.: "Asociación Médico-Farmacéutica Española". *El Restaurador Farmacéutico*. 1871; 27(48):523-524.
[479] García, R.P.: "La nueva Asociación". *La Farmacia Española*. 1875; 7(6):81-84.
[480] Martín de Argenta, V.: "Noticias Varias". *El Semanario Farmacéutico*. 1882; 10(44):366-367.
[481] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Por el buen camino". *La Farmacia Española*. 1884; 16(22):346.

Farmacéutica Española[482]"; la "*Asociación Facultativa de Socorros Mutuos*[483]"; la "*Asociación General de Médicos y Farmacéuticos municipales*[484]"; etc..., y otras que no se llegaron a formar quedándose en proyectos, si bien la mayoría duraron muy poco tiempo. Aparte las enumeradas, habría que tener en cuenta todas las asociaciones que se formaron a nivel provincial y local.

Como propuesta de asociación específica de los facultativos titulares se podría mencionar la que propuso el Director de "*El Diario Médico-Farmacéutico*" a primeros de marzo de 1888: la "*Asociación de facultativos titulares*"[485], cuyo objetivo fue presentar al Ministro de Gobernación otra propuesta de proyecto de arreglo de partidos que sustituyera al anterior "*cuya práctica había demostrado que era deficiente y que los profesores de las ciencias médicas hallaban en él, más que égida de sus derechos, espada de sus deberes*" y donde el Gobierno, escudándose en el lamentable estado económico del país, iba a imponer más deberes a los titulares, olvidándose de los derechos que la Ley les tenía concedidos, confiriéndoles tanto a los médicos como a los farmacéuticos titulares su nuevo deber con respecto a la salud pública: el reconocimiento facultativo de análisis de alimentos y bebidas[486].

Directamente vinculado con la aparición de las numerosas asociaciones médico-farmacéuticas, cobró un significado especial la irrupción de la "*Asociación de la Prensa Médico-Farmacéutica*[487]"sobre la base de convertirse en el medio a

[482] Martín de Argenta, V.: "Asamblea Farmacéutica Española". *El Semanario Farmacéutico*. 1887; 16(1):1-5.
[483] R.P. García: "Las novísimas asociaciones". *La Farmacia Española*. 1888; 20(3):36-38.
[484] Marín y Sancho, F.: "Asociación General de Médicos y Farmacéuticos municipales". *La Farmacia Española*. 1892, 24(2):21-22.
[485] García, R.P.: "Los asuntos del día". *La Farmacia Española*. 1888, 20(11):164-165.
[486] La Real Orden de 28 de Febrero de 1885 (*Gaceta de Madrid* nº 66 de 07/03/1885) declaraba que el reconocimiento de los animales de sangre caliente, así como de sus embutidos y conservas en vivo y en muerto, corresponde a los veterinarios; y el reconocimiento e inspección de todas las demás sustancias alimenticias que se expenden en los mercados, inclusos los animales de sangre fría, pescados, puede atribuirse o confiarse a los profesores de medicina o a los de farmacia indistintamente. El problema que tenían muchos farmacéuticos titulares volvía a ser, como con los antiguos análisis forenses, que la asignatura de análisis químico se estudiaba en el año de doctorado, provocando que los que eran licenciados y no doctorados en la facultad, careciesen de los conocimientos necesarios para llevar a cabo dicho deber, teniendo que renunciar en muchas ocasiones a las plazas de titulares municipales. Torres, A: "La opinión de los farmacéuticos: El Reglamento de partidos médicos". *La Farmacia Española*. 1888; 20(17):260-261.
[487] Tuvo su primer antecedente en el éxito de la reunión que en 1854 realizaron los representantes de los periódicos para ocuparse del arreglo de partidos. Posteriormente y con el mismo fin se concertaron de nuevo en 1871 para fundar la Asociación médico-farmacéutica, aunque desapareció en 1873 a pesar de los esfuerzos que hicieron por salvarla su Junta directiva, en su mayor parte compuesta por los directores y redactores de los periódicos. Posteriormente y a propuesta del director del periódico "El Siglo Médico", se produjo en noviembre de 1875 la reunión para formalizar la asociación de la prensa, donde se acordó reunirse mensualmente sus representantes para pedir y gestionar cuanto fuese

través del cual los facultativos profesionales realizaron las denuncias de su problemática profesional, siendo testigo directo e implicado de las mismas[488].

El objetivo principal de la unión de prensa médico-farmacéutica fue, a parte de las cuestiones científicas, conseguir el bienestar de las clases médicas, incitando la unión entre ellos; intentar reprimir los abusos que estaban sufriendo; recabar sus derechos y merecidas recompensas; conseguir del poder público la debida protección, acoger los distintos proyectos de asociación ideados por los profesores, ayudar a fundar diferentes sociedades de socorros; predicar la observancia de la moral facultativa y responder de forma unánime a la voz de la prensa profesional a la hora de tomar cualquier resolución de utilidad para la clase médico farmacéutica.

Otro hecho significativo producido en este periodo vinculado a la necesidad de unión de las clases médicas para articular sus propios intereses fue la celebración de diferentes Congresos, aunque de éxito dispar, pero cuyos resultados generales fueron la proposición de distintos proyectos, dictámenes y proposiciones encaminados a conseguir el bienestar profesional, unas veces tramitados a través de la prensa médica y otros directamente al Gobierno. De entre ellos destacaron el "*Congreso Farmacéutico Español*" de 1866[489] y 1885[490]; El "*Congreso Médico-Farmacéutico Profesional*" de 1878[491] y el "*Congreso Médico-Farmacéutico de Titulares*[492]**"** de 1891. También cobró importancia la celebración en 1882 de la "*I Exposición Farmacéutica Nacional*[493]**"**.

---

conveniente a las clases médicas. Rodríguez, J.S.: "Reuniones en proyecto". *La Farmacia Española*. 1875; 7(31):481-485 y R.P. García: "Reunión de la prensa". *La Farmacia Española*. 1875; 7(46):721-725.

[488] Para Poder Arroyo Medina "*La relación entre prensa profesional y asociacionismo sanitario es directa, ya que muchas de estas publicaciones fueron los órganos oficiales de las organizaciones. Pero sobre todo porque fueron casi siempre vehículo de las ideas y anhelos de las clases a las que se dirigían, sufriendo un proceso similar al del corporativismo, con la fundación de numerosos intentos periodísticos, muchos de los cuales desaparecieron con la misma rapidez con la que se formaron"*. Ibídem 64; pp:45-67.

[489] Ibídem 416.

[490] Se celebró el 25 de mayo de 1885 motivado por la gran perturbación que ocasionó en la clase farmacéutica la publicación de la Real Orden de 28 de junio de 1884 de los suministros militares. Aunque la asistencia al mismo no fue todo lo concurrida que se esperaba, se aprobaron distintos dictámenes y proposiciones, destacando de nuevo el dictamen sobre el servicio benéfico-sanitario de los pueblos y medios para que los Ayuntamientos lo atiendan. Carrasco, F.: "El Congreso Farmacéutico". *La Farmacia Española*. 1885, 17(23):353-357 y Marín y Sancho, F.: "El Congreso Farmacéutico Profesional". *La Farmacia Española*. 1885, 17(24):369-372.

[491] Ibídem 469.

[492] Se celebró el 1 de diciembre de 1891, motivado por el clamoreo que originó entre los profesores titulares la publicación del Reglamento de 14 de junio de 1891 para el servicio benéfico sanitario de los pueblos. Su precursor fue de nuevo el periódico "El Siglo Médico" y en él se pudieron exponer sus quejas y señalar los remedios que pusieran término a tanto sufrimiento, vejaciones y penalidades que

Real Decreto de 14 de junio de 1891, por el que se aprueba el "Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos"[494].

Como consecuencia de la diversidad de resoluciones dictadas y de las dificultades para la aplicación del desarrollo de los diversos Reglamentos y Reales Órdenes que intentaban regular la asistencia benéfica, se dictó un nuevo Reglamento con el objetivo de intentar establecer de una manera más clara y precisa el proceder administrativo que tendrían que llevar los Ayuntamientos a la hora de cumplir el precepto de la Ley de Sanidad de 1855 de proporcionar la asistencia facultativa gratuita a las familias pobres residentes en cada municipio.

Para llevarlo a cabo, 17 años después de regir el Reglamento de 1873, el Ministro de Gobernación D. Francisco Silvela encargó al Director de Beneficencia y Sanidad D. Carlos Castel la elaboración del nuevo reglamento de partidos médicos que mantuviese en armonía los progresos científicos y administrativos de la época con las necesidades del servicio benéfico de los pueblos, conformándose en todas sus partes con las leyes orgánicas vigentes (Ley Municipal, Ley de enjuiciamiento criminal, el Registro Civil, La Ley de Sanidad,…)[495] y dejando de lado las aspiraciones que en ese momento no pudiesen realizarse, aplazando para más adelante la redacción de unas bases que sirviesen para hacer la nueva ley sanitaria. Su redacción se encargó a una Comisión cuyo ponente fue el director de la Revista "*La Correspondencia Médica*", D. Favila Cuesta y cuyo proyecto, con pequeñas modificaciones no esenciales, fue el que se aprobó posteriormente.

---

llevaba consigo el ejercicio de la profesión en los partidos rurales. Su fin fue el discutir y redactar un nuevo proyecto de arreglo de partidos que incluyese la inamovilidad, las dotaciones determinadas y fijas, los ascensos y las jubilaciones y viudedades, aunque finalmente se limitó a redactar unas bases que en todo caso podrían haber encajado en una ley sanitaria ó benéfico-sanitaria. Marín y Sancho, F: "El Congreso Médico-Farmacéutico de titulares". *La Farmacia Española*. 1891, 23(41):642-646; 23(50):785-790 y 23(51):801-805.

[493] Se celebró el 2 de diciembre de 1882 en Madrid la exposición científico-profesional, siendo su objetivo principal el procurar que los farmacéuticos españoles diesen a conocer sus productos y estimular en lo posible el desarrollo a gran escala de los trabajos de laboratorio. En él, los profesores farmacéuticos mostraron los productos que realizaban en su oficina y laboratorio; contribuyendo al progreso y propagación de las ciencias naturales. .Martín de Argenta, V.: "Exposición Farmacéutica Nacional". *El Semanario Farmacéutico*. 1882, 11(9):73-80 y 11(10):81-93.

[494] Real Decreto de 14 de junio de 1891, mandando llevar a cabo el Reglamento "para el servicio benéfico sanitario de los pueblos". *Gaceta de Madrid* nº 167 de 16/06/1891.

[495] El mayor impedimento a la hora de redactar el Reglamento por la Comisión fue la propia Ley Municipal de 1870, ya que daba tanta libertad a los Ayuntamientos para el nombramiento y separación de sus empleados, les confería tantas atribuciones en asuntos de higiene y salubridad y en la asistencia de los enfermos pobres que demandaban el servicio facultativo, que hacía difícil articular el reglamento sin menoscabar la autonomía municipal.

Dicho Reglamento, que derogó al anterior de 1873, se planteó como un paso intermedio para realizar mejoras puntuales en la asistencia facultativa, corregir las deficiencias de procedimiento y establecer la forma de poner de acuerdo las funciones de la Administración Central y Provincial con las de los Ayuntamientos, dejando para más adelante una reforma más profunda de las Leyes que permitiesen los cambios reclamados continuamente por la prensa médica.

El Reglamento[496] se elaboró con detalle y minuciosidad, muy al contrario que el escueto y confuso Reglamento de 1873, si bien, ambos consagraban la libertad profesional del facultativo municipal, procurando garantizar que no faltase en un solo pueblo la asistencia facultativa necesaria. En él, todo aparecía previsto y ordenado: el número proporcional de profesores de acuerdo con las condiciones de la localidad, las facultades, deberes y obligaciones de los facultativos municipales; la estabilidad en el cargo, la duración de los contratos, su renovación y la clasificación de las familias pobres para la asistencia gratuita sobre bases y reglas fijas, claras y terminantes[497].

Se seguía dejando a merced de los Ayuntamientos el fijar la cuantía de las dotaciones a los facultativos municipales, el establecer las jerarquías y honorarios de las distintas clases de titulares y la propia contratación de los facultativos municipales, que podría ser en forma de partidos abiertos y cerrados, con la salvedad de exigir que se contratara el servicio de asistencia a los pobres independientemente del de la asistencia a los vecinos "pudientes"[498], pudiendo intervenir en este último caso sólo con la autorización del Gobernador respectivo.

Como novedades, el Reglamento obligaba al anuncio de las vacantes en el Boletín oficial de la provincia y si fuese posible en la Gaceta de Madrid; concedía a

---

[496] Si bien el Reglamento apenas hace referencia en su articulado al servicio farmacéutico para los enfermos pobres, se debe de tener en cuenta que cuando se habla de una la asistencia facultativa a los pobres se entiende que la asistencia completa comprende, tanto la visita médica como la dispensación de esos medicamentos. Es por ello que cuando se habla de facultativos municipales en el Reglamento haría referencia tanto a médicos y cirujanos como a los farmacéuticos.

[497] *García*, R.P.: "El nuevo Reglamento". *La Farmacia Española*. 1891; 23(27):417-420.

[498] *"De este modo se quiso evitar que un expediente incoado por el Ayuntamiento despojara al facultativo de la asistencia de las familias pobres, a la vez que las de las pudientes. Así, ante una arbitrariedad municipal siempre ha de quedarle al facultativo, si así le conviene, el igualatorio con el vecindario, que aunque haya sido estipulado con la intervención del Municipio, su conocimiento, alcance, inteligencia y rescisión, serán de la única competencia de los tribunales ordinarios, y éstos solamente podrán apreciar su validez, su nulidad y las mutuas reclamaciones a que diera aquel origen en la práctica". García*, R.P.: "El Reglamento de Partidos Médicos". *La Farmacia Española*. 1891; 23(26):401-404.

los facultativos municipales un puesto en las Juntas Municipales de Sanidad; se exigía a los Ayuntamientos que les encomendasen aquellos servicios de higiene y de salubridad[499] que fuesen de su especial competencia, retribuyéndoles debidamente por este concepto con una dotación fija más el importe de los medicamentos suministrados a los enfermos pobres; recordaba las pensiones olvidadas no otorgadas a las viudas y huérfanos de los profesores fallecidos durante las epidemias y volvía a definir el concepto de vecino pobre.

Como defectos o inconvenientes, el Reglamento adolecía de poder ofrecer garantías en el percibo de sus haberes a los facultativos municipales, el poder asegurarles la inamovilidad en sus puestos, la imposibilidad por parte de la Administración Central de fijar unas dotaciones fijas por su trabajo, no tener la posibilidad de ascensos o traslados al no existir una organización en una carrera; no clasificar en partidos la Península; no poder contratar por más de cuatro años; no intervenir en la elaboración de las listas de pobres, dejándolo solo al arbitrio del Ayuntamiento y la imposibilidad por parte de los facultativos municipales de salir de los pueblos sin poner a otro que lo sustituya, el cual habría de ser pagado con su bolsillo[500].

El Reglamento organizaba el servicio benéfico sanitario de los pueblos de la siguiente forma: En las poblaciones de hasta 4000 vecinos habría facultativos municipales de medicina y cirugía y farmacia costeados por los Ayuntamientos para llevar el servicio sanitarios a los pueblos. En las poblaciones de más de 4000 vecinos llevarían los Municipios un registro de pobres que tuviesen derecho a la asistencia facultativa gratuita, y a cada uno se le proveería de una célula que lo acreditase. En estas poblaciones habría asimismo facultativos municipales para el desempeño de los propios deberes y para atender al servicio de las Casas de socorro, si las hubiere.

Para prestar el servicio farmacéutico en los pueblos que no llegasen a 4000 vecinos bastaba con que hubiese una oficina en cada localidad, independientemente del número de vecinos y de familias pobres, pudiendo el Ayuntamiento distribuir el

[499] Obsérvese que las funciones de estos facultativos municipales pasan de auxiliar con sus conocimientos en todo lo relativo a la policía sanitaria a ocuparse de los servicios municipales de higiene y salubridad, estadística sanitaria y vacunación, favorecidos por la entrada de la asimilación del paradigma bacteriano, que iba a derogar la doctrina anticontagio de los primeros higienistas, derivando en la creación de laboratorios municipales de química y de microbiología.

[500] Marín y Sancho, F.: "El Reglamento de 14 de junio de 1891". *La Farmacia Española*. 1891; 23(30):468-469.

suministro de medicamentos a los vecinos pobres entre las boticas establecidas en la población, cuidando del mejor servicio benéfico sanitario. Los pueblos que por escaso vecindario no pudiesen costear por sí solos a los facultativos municipales se podrían agrupar con otros cercanos de tal manera que cada agrupación tendría al menos un farmacéutico municipal.

Se volvía a definir la consideración de "vecinos pobres" para los efectos del reglamento como aquellos que no contribuyesen directamente con cantidad alguna al Erario ni fuesen incluidos en los repartos para cubrir los gastos provinciales ni municipales (exceptuándose de esta regla los que sin pagar contribución alguna directa al Estado, la provincia ni el Municipio, disfrutasen de jubilación, cesantía o pensión, cualquiera que fuese su procedencia); los que viviesen de un jornal o salario eventual; los que disfrutasen de un sueldo o pensión menor que la de un bracero en la localidad respectiva y contasen con aquel solo recurso y los huérfanos pobres y expósitos que lacten y se críen por cuenta de la Beneficencia pública en las respectivas jurisdicciones.

Al final de cada año formarían la lista de las familias pobres del pueblo que iban a recibir asistencia gratuita en el siguiente los respectivos Ayuntamientos, dando oportuno conocimiento de ella tanto a los facultativos municipales como los vecinos que, en caso de discrepancias, podrían elevarse para la resolución del Gobernador oyendo, si lo estimase conveniente, a la Junta provincial de Sanidad.

La elección del farmacéutico municipal, se realizaría tras el anuncio de la plaza en el Boletín oficial de la provincia, y si fuese posible en la Gaceta de Madrid, señalando un plazo para la admisión de solicitudes, que no bajaría de treinta días y donde se señalaría el sueldo o la dotación de la plaza, el número de familias pobres a las que debería asistir, la duración del contrato, que en ningún caso debería exceder de cuatro años, y cualesquiera otros datos y noticias que se conceptuasen convenientes. Pasado el plazo, el alcalde convocará de nuevo a la Junta municipal para la elección y nombramiento de facultativo, que se haría por mayoría de votos; debiendo elegirse el nombrado entre los aspirantes que llenaren todos los requisitos exigidos por el anuncio oficial del concurso. En la misma sesión se estipularían las condiciones del contrato, que se formalizaría acto seguido, entregándole al facultativo una copia del documento, firmada y sellada por el alcalde, y la lista de las familias pobres.

Una vez elegido el facultativo municipal, el alcalde daría cuenta al Gobernador de la provincia, remitiendo copia del título académico del facultativo y del contrato formalizado, llevándose en los Gobiernos Civiles un libro por orden alfabético donde constase el nombre del Facultativo, los títulos académicos y duración del contrato. Todos estos datos se remitirían a su vez a las Juntas Provinciales de Sanidad para su custodia y efectos oportunos. Éstas, llevarían otro libro por orden alfabético de apellidos de los facultativos municipales, pueblos de la provincia donde hubiesen servido y un número de expediente, con objeto con objeto de llevar la estadística, informar a los Municipios y demás corporaciones administrativas o científicas y al Gobierno.

Terminado el compromiso de un facultativo municipal, el alcalde remitiría a la Junta provincial de Sanidad una relación firmada por la Junta municipal y la Junta local de Sanidad acerca del comportamiento, méritos y servicios especiales del facultativo durante el tiempo de su contrato, cuya relación formaría parte de su expediente.

En las igualas o contratos que los facultativos municipales celebrasen con los vecinos, fuesen individualmente o en colectividad, no entenderían por punto general los Ayuntamientos. Si conviniese a los vecinos acomodados contratar en crecido número con los facultativos municipales o con otros, podrán intervenir, mediante autorización del Gobernador respectivo.

En cuanto a las funciones que les iban a corresponder a dichos facultativos titulares serían: la asistencia gratuita de las familias pobres, prestar los servicios sanitarios y de interés general que dentro del término jurisdiccional correspondiente les fuesen encomendados por el Gobierno y las autoridades sanitarias superiores; auxiliar con sus conocimientos científicos dentro de la misma demarcación, tanto a las corporaciones municipales respectivas como a las provinciales en cuanto se refiere a la policía de salubridad y a la estadística sanitaria; y prestar en casos de urgencia, y con la debida retribución, aquellos servicios que por el gobernador de la provincia se les encarguen en los pueblos cercanos al de su residencia. Serían los encargados de proponer lo necesario para remover las causas de insalubridad de toda especie y de aminorar los estragos de cualquier enfermedad que pudiera reinar en la localidad.

Todo servicio extraordinario de Beneficencia que prestasen los facultativos municipales les sería satisfecho por los Ayuntamientos con cargo a la consignación que para gastos extraordinarios de Beneficencia debía de figurar en sus presupuestos respectivos.

La forma de remuneración de los farmacéuticos municipales por la asistencia a las familias pobres sería a través de percepción de una dotación fija por residencia más una prestación por los servicios sanitarios que fuesen de su especial incumbencia y les encomendasen los Ayuntamientos, cobrando además el importe de los medicamentos que, mediante prescripción suscrita por los facultativos municipales de medicina y cirugía, suministrasen a los enfermos declarados pobres a los efectos del Reglamento. Los Ayuntamientos podrían contratar con sus farmacéuticos municipales, mediando mutuo acuerdo, ambos servicios, estipulando al efecto una cantidad prudencial, a juicio de ambas partes. En todo caso, los Ayuntamientos consignarían en sus presupuestos anuales la cantidad necesaria para subvenir oportunamente a este servicio

Los facultativos municipales no podrían ser separados de sus cargos hasta la terminación del plazo estipulado en sus contratos, a no ser por mutuo convenio de facultativos y municipalidades, o por causa legítima, probada por medio del oportuno expediente, en que hubiese sido oído el interesado, y previo fallo de la Diputación provincial en vista del informe de la Junta de Sanidad de la provincia, conforme a lo prevenido en el art. 70 de la ley de Sanidad.

En el caso de este Reglamento, fueron los artículos 1 y 32 los criticados por la prensa médica[501] como consecuencia de las dudas y diferencias de apreciación respecto a su alcance y sentido en cuanto pudiesen afectar a los derechos de carácter civil adquiridos por los facultativos que tenían otorgados contratos vigentes por mayor tiempo del que el nuevo reglamento autorizaba.

[501] García, R.P.: "El Reglamento de Partidos Médicos". *La Farmacia Española*. 1891; 23(26):401-404; García, R.P.: "El nuevo Reglamento". *La Farmacia Española*. 1891; 23(27):417-420; Marín y Sancho, F.: "En el Congreso: Anulación de los contratos de titulares e interpretación del art. 32 del nuevo Reglamento de partidos médicos". *La Farmacia Española*. 1891; 23(28):433-438; Marín y Sancho, F.: "En el Senado: Más acerca del art. 32 del Reglamento de 14 de Junio último. Los facultativos de segunda clase y los farmacéuticos habilitados". *La Farmacia Española*. 1891; 23(29):449-456 y Marín y Sancho, F.: "La opinión de los farmacéuticos: El Reglamento de 14 de junio de 1891". *La Farmacia Española*. 1891; 23(30):468-469.

El problema con el artículo 1[502] radicaba en el hecho de establecer que en todas las poblaciones que no pasasen de 4.000 vecinos tendría que haber facultativos municipales de medicina y cirugía y farmacia, con el título de doctor o licenciado expedido por las Universidades del reino, dejando fuera a todos los facultativos de segunda clase y a los facultativos habilitados[503], muchos de ellos ocupando dichas plazas municipales. Para ellos se pedía respetar los derechos adquiridos en la poca numerosa clase de facultativos de segunda clase.

El problema con el artículo 32[504] radicaba en que se establecía que los contratos o escrituras[505] celebrados de conformidad al reglamento de 24 de Octubre de 1873 "podrían" respetarse si mediara mutuo acuerdo entre los Ayuntamientos y los facultativos y que, si no existiese un acuerdo mutuo, se declararía vacante la plaza, cubriéndose de nuevo conforme a lo establecido en el Reglamento. Hecho que muchos Ayuntamientos aprovecharon esta interpretación para dar por roto el acuerdo y sacar las plazas vacantes, quedando los facultativos municipales de nuevo a merced de los Ayuntamientos.

Dado que el artículo estaba en contradicción con el artículo 70 de la Ley de Sanidad de 1855 y con el artículo 26 del propio Reglamento de 1891, se dictó una Real Orden[506] para así desvanecer las dudas y prevenir contiendas entre los

[502] El artículo 1 del Reglamento de 14 de junio de 1891 establecía que: "*En todas las poblaciones que no pasen de 4.000 vecinos habrá facultativos municipales de medicina y cirugía y farmacia, costeados por los Ayuntamientos, debiendo poseer unos y otros profesores el título de doctor ó licenciado expedido por las Universidades del Reino*".

[503] La ley de Instrucción pública vigente de 9 de septiembre de 1857, en su artículo 37, creaba los farmacéuticos habilitados, y por el artículo 39 a los médicos cirujanos habilitados, unos y otros para poblaciones menores de 5.000 almas. El Real Decreto de 7 de Noviembre de 1866 restableció la carrera de facultativos de segunda clase, para poner en ejecución el art. 39 de la ley de Instrucción, carrera que había venido suprimida desde el año 1858 por el real decreto de 11 de Septiembre. Marín y Sancho, F.: "En el Senado: Más acerca del art. 32 del Reglamento de 14 de Junio último. Los facultativos de segunda clase y los farmacéuticos habilitados". *La Farmacia Española*. 1891; 23(29):449-456.

[504] El artículo 32 del Reglamento de 14 de junio de 1891 establecía que: "*Los contratos celebrados en conformidad al reglamento de 24 de Octubre de 18'73 podrán respetarse si mediara mutuo acuerdo entre los Ayuntamientos y los facultativos, pero no podrán renovarse sin sujeción á las prescripciones de este reglamento. Si no existiere el acuerdo mutuo a que se refiere el párrafo anterior, se declarará vacante la plaza, cubriéndose de nuevo conforme a lo establecido en este decreto*".

[505] Venía rigiéndose este servicio por la base establecida en el art. 70 de la ley de Sanidad de 1855, desarrollándolo después los reglamentos de 11 de Marzo de 1868 y 24 de Octubre de 1873. Uno y otro reglamento, en sus disposiciones transitorias, establecieron que todos los contratos existentes a la fecha de los mismos y ajustados, como es natural, a la legislación anterior, hubieran de respetarse.

[506] Real Orden de 15 de julio de 1891, fijando la interpretación de los artículos 1º y 32 del reglamento que se cita en cuanto pueden afectar á los derechos de carácter civil adquiridos por los Facultativos que han otorgado contratos con las Municipalidades; y que se tenga por disposición adicional del referido reglamento el artículo que se expresa. *Gaceta de Madrid* nº 197 de 16/07/1891.

Ayuntamientos y los facultativos con quienes se habían celebrado convenios de asistencia, estableciendo que las disposiciones del reglamento, especialmente las de los artículos 1 y 32, se entenderían sin perjuicio de que se respetasen los convenios escriturados vigentes entre los Ayuntamientos y los facultativos, siempre que una u otra de las partes desearan mantener los derechos que de ellos se desprendiesen, y sólo se aplicarían los preceptos **y** prohibiciones establecidos a los contratos que se hubiesen otorgado u otorgasen para el servicio médico desde la fecha de la publicación del reglamento en la Gaceta.

2.2.1.3. LA CLASE FARMACÉUTICA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX: CAUSAS QUE CONTRIBUYERON A SU DECADENCIA.

2.2.1.3.1. Regulación normativa del profesional farmacéutico

2.2.1.3.1.1. Las Ordenanzas de Farmacia

A pesar de que se reguló el ejercicio de la profesión farmacéutica a través de la Ley de Sanidad de 1855 en cuanto a la expedición de medicamentos y a la inspección de géneros medicinales, el aumento constante de los abusos causados por la intrusión en las profesiones médicas y la impunidad con la que se alentaba a los infractores de ley, motivado principalmente por la falta de la publicación del reglamento de los subdelegados de sanidad que los dotara de autoridad propia para hacer cumplir la Ley y aplicar las penas correspondientes a los infractores de las mismas, impulsó al Gobierno a terminar de elaborar y aprobar las nuevas Ordenanzas de farmacia en sustitución de las ya caducadas ordenanzas de 1804[507].

[507] El 30 de marzo de 1854, la Reina creó una comisión especial para redactar las modificaciones de las Ordenanzas de Farmacia por Real Orden de 30 de Marzo del 54. Compuesta por los profesores Manuel Rioz y Pedraja, D. Juan Bautista Azua, D. Ramón Ruiz Gómez, D. José Simon, D. Joaquín Olmedilla, D. Pedro Calvo Asensio y D. Quintín Chiarlone, emitió un dictamen que fue entregado al Ministro de Gobernación el 11 de febrero de 1855. Posteriormente, y tras con ser consultado el Consejo de Sanidad del Reino y Consejo de Estado y de acuerdo al Consejo de Ministros se aprobaron las Ordenanzas de Farmacia 5 años después de la emisión del dictamen. "Parte editorial: Ordenanzas de Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1860; 16(12 y suplemento extraordinario):45.

El objetivo principal de las Ordenanzas de Farmacia de 1860[508] fue el acabar con el intrusismo profesional, estableciendo además el régimen completo por el cual debían atenerse los profesores de farmacia en el uso de sus derechos y ampliados deberes que tanto afectaban a la salud de los pueblos; especificando las penas en que incurrirían los profesores de las ciencias médicas que incumpliesen el mismo, así como las que se tendrían que imponer a los intrusos de las ciencias médicas; regulaba también la inspección de las boticas, el comercio de la droguería y sentaba las bases para la publicación de la Farmacopea Española, la Tarifa Oficial y el Petitorio, las cuales se publicarían cuatro años más tarde.

A pesar de su publicación y como consecuencia de la difícil aplicación de las mismas[509], un año después, el Gobierno tuvo que acordar su revisión y la formación de otras nuevas Ordenanzas encargando a la Academia de Medicina su reforma, lo que motivó un nuevo enfrentamiento con la clase farmacéutica que consideraban que tenían que participar en dicho proyecto como parte interesada[510]. Para la clase farmacéutica "*las Ordenanzas se aplican en lo que perjudica y no en lo que favorece al farmacéutico*"[511].

[508] Real Decreto de 18 de abril de 1860, mandando el cumplimiento de las Ordenanzas para el ejercicio de la Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales: *Gaceta de Madrid* nº115 de 24/04/1860.

[509] Especialmente por la aplicación de los artículos 16 y 17 donde se indicaba la prohibición de "*venta de todo remedio secreto, especial, específico o preservativo de composición ignorada, sea cual fuese su denominación"*, así como "*la introducción y venta de remedio o medicamento galénico o compuesto del extranjero que no se halle nominativamente consignado en el arancel de aduanas*" ya que se consideraba que perjudicaba tanto al público como a los farmacéuticos, los primeros privándoles de usar medicamentos en los cuales tienen confianza y pueden haberles dado la salud y a los segundos, impidiéndoles practicar un comercio con todas las garantías que se puedan desear a pesar de la diferencia de nacionalidad e idioma. Chiarlone y Gallego del Rey, Q.: "Ordenanzas de Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 21(25):198-199.

[510] Sobre la modificaciones de las Ordenanzas de 1860, léase: Chiarlone y Gallego del Rey, Q: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1863; 19(28):109; "Sección Varia: Ordenanzas de Farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 21(25):198-199; "Sección oficial: exposiciones que han dirigido al gobierno de S. M. los colegios de farmacéuticos del reino, acerca, de las ordenanzas de farmacia". *El Restaurador Farmacéutico*.1865; 21(37):291-293; Martín de Argenta, V: "Dictamen del Consejo de Sanidad sobre la supresión de las Ordenanzas". *Semanario Farmacéutico*, 1873, 1(51); Martín de Argenta, V: "Voto particular de la minoría del Consejo de Sanidad sobre la supresión de las Ordenanzas". *Semanario Farmacéutico*, 1873, 2(4); Fernández Izquierdo, P.: "El farmacéutico ante las Ordenanzas". *La Farmacia Española*, 1874; 6(44):676-680; Fernández Izquierdo, P.: "Las Ordenanzas y la revolución". *La Farmacia Española*, 1874; 6(45):693-695; García, R.P.: "Progresamos….hacia atrás". *La Farmacia Española*, 1876; 8(32):497-501; Marín y Sancho, F.: "Crónicas: La cosa marcha". *La Farmacia Española*, 1878; 10(25):396-397; Marín y Sancho, F.: "Otra vez en estudio". *La Farmacia Española*, 1890; 22(8):121.

[511] Fernández Izquierdo, P.: "El farmacéutico ante las Ordenanzas". *La Farmacia Española*. 1874; 6(44):676-680.

Los continuos cambios de gobierno, instituciones, leyes, costumbres, la propia profesión farmacéutica y sobretodo las distintas definiciones cambiantes dadas a lo largo de los años a los conceptos de medicamento, remedio secreto, específico y especialidad farmacéutica, hicieron que dicha modificación se fuera prolongando en el tiempo, dando origen a la formación de multitud de comisiones para el estudio de las nuevas Ordenanzas: "*Las Ordenanzas de 1860 se hallan otra vez, y van ciento lo menos, en estudio. El Consejo de Sanidad ha nombrado una comisión compuesta por…(…)"*[512], no produciéndose la primera modificación de las Ordenanzas hasta el Real Decreto de 12 de junio de 1894[513], firmado por el Ministro de la Gobernación D. Alberto Aguilera y Velasco, donde estableció que debía reformarse el art. 2.° de las Ordenanzas de farmacia, disponiendo que:

"la venta de las aguas minerales y de los específicos[514]*, cuando se verifique fuera de los balnearios, fábricas y boticas, puede hacerse en depósitos autorizados por la Administración, acreditando previamente ante la misma la representación de los dueños ó fabricantes, quedando estos depósitos sujetos á la inspección y visitas administrativas y á las disposiciones del cap. 8° de las citadas Ordenanzas*.

Siete años después y en respuesta a una instancia de la Junta Sindical de los farmacéuticos de Barcelona para que se aclarasen las dudas en la interpretación de los artículos 2, 12, 15, 16 y 19 de las Ordenanzas de farmacia de 1860, y poniendo dichos artículos en armonía con el decreto ley de 12 de Abril de 1869[515], se redactó por el Ministerio de la Gobernación una Real Orden[516], por la que se intentaban adaptar las mismas en su interpretación a la transformación experimentada en la

[512] Fueron tantos los intentos de modificación, que el director de la revista La Farmacia Española se refería así cuando se refiere a la nueva propuesta de modificaciones de las Ordenanzas de Farmacia de 1860. Marín y Sancho, F.: "Otra vez en estudio". *La Farmacia Española*. 1890; 22(8):121.

[513] Real decreto de 12 de junio de 1894, dictando disposiciones para la venta de específicos y aguas minerales. *Gaceta de Madrid* nº 164 de 13/06/1894.

[514] Para la clase farmacéutica la modificación de este artículo significaba algo más: "*modifica y altera y desconoce y cambia la propia ley de sanidad, y da en el suelo con todo lo que ha venido legislándose, aquí y en la mayor parte de los países, tocante á los llamados específicos, especialidades, remedios secretos, todo eso que constituye el industrialismo terapéutico*", la ley de Sanidad ya prohibía la venta de todo remedio secreto, especial, específico o preservativo de composición ignorada, cualquiera que fuese su denominación y todo ello a pesar del decreto de 12 de Abril de 1869, que definía lo que debía entenderse por remedio secreto para los efectos del artículo 84 de la Ley de Sanidad de 1855. García R. P.: Los depósitos de específicos y aguas minerales. "El decreto de 12 de Junio". *La Farmacia Española*. 1894; 26(25):385-389.

[515] Para los efectos del artículo 84 de la Ley de Sanidad de 1855, se entiende como remedio secreto tan solo como aquel cuya composición no fuera posible descubrir o cuya fórmula no hubiese sido publicada.

[516] Real orden de 19 de julio de 1901, disponiendo que el art. 12 de las Ordenanzas de Farmacia se entienda redactado en la forma que se expresa. *Gaceta de Madrid* nº 202 de 21/07/1901.

farmacia, a los adelantos del arte farmacéutico, a los cambios producidos en el progreso de la terapéutica y a la necesidad de acudir frecuentemente a las exigencias de los análisis de los productos morbosos que suponía el arte del diagnóstico de las enfermedades. Así, a través de esta Real Orden se permitió a los farmacéuticos practicar en sus laboratorios los análisis químicos y bacteriológicos propios de su facultad para facilitar el diagnóstico de las enfermedades; que los farmacéuticos pudiesen elaborar en sus oficinas medicamentos de composición no definida para expenderlos a otros farmacéuticos, quedando éstos que los adquiriesen obligados a reconocer científicamente la naturaleza y estado de las preparaciones y a responder de su composición si las pusiesen a la venta; y que los medicamentos de composición no definida se considerasen comprendidos entre los que solían prescribir verbalmente los facultativos médicos, cirujanos o veterinarios. Con ello se ampliaba los elementos de "vida" del farmacéutico, evitando así su condena a muerte y desaparición.

2.2.1.3.1.2. La Farmacopea Española:

La necesidad de llenar el vacío existente en el ejercicio de la Farmacia en el modo de confeccionar de una misma forma la multitud de medicamentos nuevos existentes y proceder a dar de baja los considerados por el uso diario como obsoletos, llevó al Gobierno a encargar a varias comisiones[517] la elaboración de la quinta edición de la Farmacopea Española[518], aunque no sería hasta la publicación de las Ordenanzas para el ejercicio de la profesión de Farmacia, comercio de drogas y venta

[517] La elaboración de la quinta edición de la *Farmacopea Española* publicada en 1865 fue encomendada por la reina Isabel II mediante Real Orden de 16 de mayo de 1856 a una Comisión formada seis farmacéuticos y tres médicos (D. Mateo Seoane, D. Vicente Asuero, D. Patricio Salazar Rodríguez, D. Manuel Rioz y Pedraja, D. José Camps y Camps, D. Diego Genaro Lletget, D. Pedro Calvo Asensio, D. Quintin Chiarlone y D. Ramón Ruiz), siendo su objeto el de facilitar la práctica farmacéutica y médica para contribuir a evitar perjuicios para la salud pública. (Inserta en: Parte Oficial: Actos del Gobierno. El Restaurador Farmacéutico. 1856; 12(14), p54). Posteriormente y tras la aprobación de las Ordenanzas se volvió a nombrar a otra nueva comisión para su redacción a través de la Real Orden de 22 de Junio de 1860. ("Parte editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1860; 16(18):70) y cuya composición se formó a propuesta del Consejo de Sanidad y de la Real Academia de Medicina de Madrid, estando compuesta por cuatro farmacéuticos y cuatro médicos ("Parte editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1860; 16(19):74-75), produciéndose el cese de la anterior comisión a través de la Real Orden de 24 de junio de 1860 (Inserta en: "Parte editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1860; 12(24):95-96).

[518] Fue la primera Farmacopea que recibe el apelativo de "española". La Comisión convino en redactar el libro en castellano para facilitar la consulta de sus fórmulas y preceptos, aunque incluía seguido del nombre en castellano de cada sustancia simple y preparación farmacéutica el latino correspondiente. Rodríguez-Chamorro, Miguel Ángel, et al. "Las Farmacopeas españolas publicadas en los últimos 500 años (siglos XVI-XXI)". *Farmacéuticos comunitarios.* 2012; 4(4):176-181.

de plantas medicinales[519], cuando se estableciese la obligación de la publicación de la misma, circunstancia que se produjo en el año 1864 a través de la Real Orden de 26 de marzo[520], en la que se aprobaba la Farmacopea Española, rigiendo oficialmente en toda la extensión de la Monarquía para el ejercicio de las profesiones médicas y sirviendo de norma a los prácticos, tanto para le elaboración de los preparados medicinales, con especialidad los galénicos, como para el uso que debiera hacerse de ellos en la asistencia de las enfermedades, considerándose obligatoria su adquisición para todos los farmacéuticos con botica abierta[521]. Derogaba así a la caduca y obsoleta Farmacopea de 1817.

El libro se dividía en dos Secciones: la primera incluía las especificaciones de las sustancias simples medicinales que constituían la materia farmacéutica, clasificadas con arreglo a los sistemas modernos y con expresión de su procedencia, así como de las partes que se usaban en Medicina. Seguían a estas, las Tablas de reducción de los pesos, del peso específico de los líquidos, de la cantidad ponderal de ácidos y de álcalis y de la correspondencia entre las escalas termométricas; después, vendría la segunda Sección que incluiría las preparaciones que forman los medicamentos propiamente dichos[522].

Diecinueve años más tarde y con objeto de dar cabida a los nuevos medicamentos, tanto químicos como galénicos[523] desarrollados como consecuencia del avance de las ciencias físicas y naturales, se hizo necesaria la publicación de una nueva Farmacopea, la cual fue encargada a la Real Academia de Medicina[524]. Una

[519] Según su artículo 31: "*Con el título de farmacopea española se publicará también un libro oficial, en el que solamente se consignen las reglas y preceptos que deben observarse en la preparación de los medicamentos oficinales, sino los demás principios é indicaciones propias de tales códigos, para que sirva de norma y pauta obligatoria en la elaboración de los preparados galénicos ó de composición no definida, y de guía en la de los químicos ó de composición definida*".

[520] Real Orden de 26 de marzo de 1864, aprobando la Farmacopea Española redactada por la comisión de la Academia de Medicina y Cirugía, y mandando que rija oficialmente en toda la Península. *Gaceta de Madrid* nº 100 de 09/04/1864.

[521] Real Orden de 2 de enero de 1866, declarando vigente la Farmacopea, el Petitorio y la Tarifa oficiales, y obligatoria su adquisición por todos los Farmacéuticos con botica abierta. *Gaceta de Madrid* nº13 de 13/01/1866. Además instaba a los subdelegados de Farmacia de las provincias a que cuidasen de su cumplimiento.

[522] Chiarlone y Gallego del Rey, Q: "Sección editorial: Nueva Farmacopea Española". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 21(52):409-410.

[523] García, R. P.: "Sección profesional. Un deber que tiene su límite". *La Farmacia Española*. 1875; 7(32):497-501.

[524] Los farmacéuticos se quejaban por la nueva pérdida de representación que sufrían en la composición de la Comisión que debía de redactar la nueva edición de la Farmacopea Española. Su composición se establecía por un lado a través del artículo 34 de las Ordenanzas de Farmacia de 1860 y por otro lado se regulaba a través de los reglamentos que regían a la Real Academia de Medicina

vez acabados los trabajos de redacción la Comisión encargada para ello en 1883[525], se produjo la aprobación de la sexta edición de la Farmacopea Española a través de la Real Orden de 29 de octubre de 1884[526], rigiendo oficialmente y sirviendo de norma a los prácticos para la elaboración de los preparados medicinales y para el uso que debía hacerse de ellos en la asistencia de las enfermedades. Dicha Farmacopea mantenía el esquema de la anterior, incorporando las modificaciones que la ciencia había producido en esos años e incluyendo los nuevos medicamentos, tanto galénicos como químicos.

2.2.1.3.1.3. El Petitorio Oficial

A pesar de la insistencia de la clase farmacéutica en la necesidad de aprobar un petitorio que sustituyese al obsoleto del año 1831, no fue hasta la publicación de las Ordenanzas para el ejercicio de la profesión de Farmacia de 1860[527], cuando se estableció la obligación de la publicación del mismo[528], circunstancia que se produjo cuatro años después a través de la Real Orden de 4 de mayo de 1864[529].

Tras su publicación, la clase farmacéutica se debatía en si era o no ya necesario para el sector farmacéutico su establecimiento. Para algunos, debía de existir en tanto en cuanto sirviese como base para los profesores a la hora de instalar sus establecimientos y mientras existiesen las visitas de inspección a las boticas, ya que éste serviría como resumen para que los Subdelegados de Farmacia se atuviesen

(Reales decretos de 15 de Abril de 1860, de 28 de Abril de 1861 y de 24 de Noviembre de 1876) los cuales encomendaban a la Academia no solo redactar la Farmacopea oficial, sino también cuidar de su revisión, impresión y expendición y donde los representantes médicos iban a aumentar su representación. Rodríguez, J.S.: *La Farmacia Española*. 1880; 12(29):449-453 y 1884; 16(44):689-694.

[525] La Comisión para la formación de la farmacopea española la compusieron los académicos: D. Matías Nieto y Serrano, D. Tomás Santero, D. Francisco Méndez Álvaro, don Manuel Ríos, D. Rafael Sáez Palacios, D Pedro Lletget, D. Manuel Iglesias y D. Gabriel de la Puerta. "Crónicas: La Farmacopea Oficial". *La Farmacia Española*. 1883; 15(31):492.

[526] Real Orden de 29 de octubre de 1884, aprobando la sexta edición de la Farmacopea Oficial redactada por la Academia de Medicina. *Gaceta de Madrid* nº 311 de 06/11/1884.

[527] Según el artículo 30 de las Ordenanzas de Farmacia de 1860: "*Dispondrá el Gobierno la publicación, con el nombre de petitorio, de un catálogo de las sustancias simples y medicamentos oficiales de utilidad más conocida y mejor experimentada en la práctica médica, así como los instrumentos, vasos y aparatos indispensables para su preparación, que deberían poseer como minimum toda botica con despacho abierto al público, al igual que las boticas de hospitales*".

[528] La elaboración del petitorio se encargó a una comisión de la Real Academia de Medicina al igual que para la formación de la Farmacopea Española, de acuerdo a los reales decretos de 18 de abril de 1860 y 28 de abril de 1864. Una vez aprobada por la Real Academia de Medicina fue sometida a la aprobación del Gobierno. Rodríguez, J.S.: "Petitorio y Tarifa farmacéuticos". *La Farmacia Española*. 1885; 17(29):449-454.

[529] Real Orden de4 de mayo de 1864, aprobando la tarifa y petitorio de la Farmacopea Española. *Gaceta de Madrid* nº 139 de 18/05/1864.

durante el acto de la visita a un catálogo de normas establecidas por el Gobierno. Para otros en cambio, se debía suprimir puesto que era muy difícil seleccionar aquellos medicamentos y sustancias medicinales que se reconociesen como indispensables y de uso común y frecuente en la medicina debido a la influencia en su uso, las costumbres, el clima y el progreso de la ciencia médica. También había que tener en cuenta el largo tiempo en que permanecía inalterable el petitorio y que provocaba que el farmacéutico se viese obligado a adquirir, preparar y conservar medicamentos que ya no se usaban, manteniendo en vigor aquello que la experiencia había acreditado como inservible, impracticable y perjudicial[530].

La clase farmacéutica solicitaba que solo les fuese obligatorio el petitorio a aquellos farmacéuticos obligados por contrato a suministrar los medicamentos necesarios a la beneficencia municipal o provincial o la sostenida por fondos del Gobierno, dejando libre de su cumplimiento a los farmacéuticos que ejerciesen libremente su profesión sin estar ligados a contratos de ninguna clase y diferenciando además entre los farmacéuticos que ejercían en partidos rurales sujetos a un contrato o iguala (titulares) y los que ejercían libremente sujetos a la voluntad de sus clientes [531].

El petitorio oficial se dividía en dos partes, por una parte las sustancias simples y medicamentos oficinales que debían de hallarse en toda botica siempre repuestos, en total incluirían 139 sustancias simples y 188 medicamentos oficinales y por la otra los instrumentos, vasos y aparatos indispensables para la preparación de dichos medicamentos[532].

El farmacéutico tenía que tener convenientemente dispuestos para el uso médico cuantos medicamentos y sustancias medicinales se reconociesen como indispensables para el tratamiento de las enfermedades y en este concepto, al Estado le correspondía determinar cuáles tendrían que ser.

[530] Rodríguez, J.S.: "El Petitorio Farmacéutico". *La Farmacia Española*. 1875; 7(11):161-165.
[531] García, R.P.: "Sección Profesional. El Petitorio en los partidos rurales". *La Farmacia Española*. 1879; 11(44):689-693 y 11(45):705-708.
[532] García, R.P.: "Sección Profesional. Progresamos…hacia atrás". *La Farmacia Española*. 1876; 8(33):513-517.

Diecinueve años después se aprobó un nuevo petitorio[533], armonizado con la sexta edición de la Farmacopea Oficial, a través de la Real Orden de 30 de mayo de 1885[534], autorizando a la Real Academia de Medicina su publicación.

A diferencia del anterior Petitorio, éste no aparecía dividido en dos partes, consignándose juntas las sustancias simples y los medicamentos, formando un todo por rigoroso orden alfabético al igual que en la Farmacopea de 1884 y, tomándola de base, se eliminaron algunas sustancias y preparados medicinales que habían dejado de utilizarse, incluyéndose otras que habían adquirido carta de naturaleza en la terapéutica de la época. Así, se consignaron entre unas y otros 378, es decir, 51 más, apareciendo suprimidos 44 y aumentados 95.

Tanto en el petitorio del año 1864 como en el del año 1885, se mantuvieron las advertencias de las disposiciones generales donde se obligaba a los farmacéuticos a tener dispuestos para el servicio público, además de las sustancias simples y preparados oficinales incluidos en el Petitorio, cualesquiera otros que los profesores habilitados para el ejercicio de la medicina juzgasen conveniente usar en la curación de los enfermos; siendo necesario la advertencia al farmacéutico por parte de los profesores, con la debida anticipación y por aviso escrito y firmado, a fin de que éste se proveyese de ellos y los preparase para el uso, no incurriendo en ninguna responsabilidad sin tales requisitos.

El farmacéutico también estaba obligado a responder de la buena calidad y preparación tanto de los medicamentos galénicos o de composición no definida que elaborase en su farmacia como de aquellos medicamentos o productos químicos de composición definida que adquiriese en el comercio, estando además obligado en este último caso a reconocer científicamente su naturaleza y estado y a someterlos a la conveniente purificación cuando fuese necesario[535].

[533] Su redacción se volvió a encargar a una comisión de la Real Academia de Medicina en virtud de lo dispuesto en sus estatutos aprobados por Real Decreto de 24 de Noviembre de 1876 (*Gaceta de Madrid* nº 330 de 25/11/1876).
[534] Real Orden de 30 de mayo de 1885, aprobando el petitorio y tarifa farmacéuticos oficiales. *Gaceta de Madrid* nº 165 de 14/06/1885.
[535] López Díaz, Mª Tª. et col.: "La evolución de la farmacia en el s. XIX y primera mitad del s. XX". En: *Exposición: la farmacia y el arte de curar*. Universidad de Sevilla. 1999; 24:21-31.

2.2.1.3.1.4. La tarifa Oficial:

Al igual que con el Petitorio, la clase farmacéutica se quejaba continuamente de la necesidad de publicar una nueva Tarifa que sustituyese a la obsoleta del año 1831, hecho que no se produjo hasta la publicación de las Ordenanzas para el ejercicio de la profesión de Farmacia en el 1860[536], donde se estableció la obligación de la publicación del mismo[537], circunstancia que se produciría cuatro años después a través de la Real Orden de 4 de mayo de 1864[538].

También, tras su publicación, la clase farmacéutica se debatía en si era o no conveniente para el sector farmacéutico su establecimiento para valorar los medicamentos. Así, los detractores de la misma, esgrimían como principal motivo el que se fijara un "máximum" en lugar de fijar un "mínimum" de los precios en los que se podían expender tanto las sustancias medicinales como los medicamentos, por lo que consideraban que era "represivo para su dignidad y decoro" al no poder valorarse cada uno el trabajo realizado (la tarifa iba a tasar y calcular el trabajo realizado) quedando a merced de una competencia interprofesional de guerra de precios para ofertar el más barato con objeto de ganar clientela; en cambio, los que se mostraban a favor, lo hacían porque consideraban que había de mantener un cierto orden estableciendo unas reglas para regular el ejercicio de la farmacia[539].

Otro de los aspectos que esgrimía la clase farmacéutica para que una vez publicado el Petitorio se solicitase ya su renovación fue el hecho de considerar que estaba lleno de errores y defectos, como el hecho de: la división en materia farmacéutica y preparaciones adolecía del defecto de colocar en sitios distintos

[536] Según el artículo 32 de las Ordenanzas de Farmacia de 1860: se publicará una tarifa oficial donde fijaba el "*maximun de los precios á que puedan espenderse las sustancias y los medicamentos comprendidos en el Petitorio, y establezca bases generales para la tasación de los no comprendidos en dicho catálogo, tomando en cuenta todos los casos y circunstancias*".

[537] La elaboración del petitorio se encargó a una comisión de la Real Academia de Medicina, al igual que para la formación de la Farmacopea Española, de acuerdo a los reales decretos de 18 de abril de 1860 y 28 de abril de 1864. Una vez aprobada por la Real Academia de Medicina fue sometida a la aprobación del Gobierno. Rodríguez, J.S.: Petitorio y Tarifa farmacéuticos. *La Farmacia Española*. 1885; 17(29), pp449-454.

[538] Real Orden de4 de mayo de 1864, aprobando la tarifa y petitorio de la Farmacopea Española. *Gaceta de Madrid* nº 139 de 18/05/1864.

[539]Distintas opiniones sobre la tarifa farmacéutica aprobada aparecen en: La fuente y Delgado, M: "Tarifa farmacéutica". *El Restaurador Farmacéutico*. 1866; 22(4):30-31; Ascarza y Martín, P.: "Sobre tarifa oficial farmacéutica". *El Restaurador Farmacéutico* 1866; 22(8):63-64; Díaz de Rodrigañez, J.: "Más sobre tarifa". *El Restaurador Farmacéutico.* 1866; 22(10):77-78; Gil de Roda, Gil de Roda, J.Mª.: "Más sobre tarifa". *El Restaurador Farmacéutico.* 1866; 22(13):102-103; Brea D.: "Más sobre tarifa". El Restaurador Farmacéutico. 1866; 22(14):111-112 y García, R.P.: La Tasa. *La Farmacia Española.* 1876; 8(11):161-165.

sustancias de la misma naturaleza, lo cual dificultaba mucho el encontrar el precio que se buscaba; errores como llevar a la materia farmacéutica medicamentos incluidos en las preparaciones; la falta de un criterio fijo racional al tasar los medicamentos, sobre todo los de composición indefinida; que existiese muchas omisiones y otras faltas materiales en la Tarifa como por ejemplo que hubiesen sustancias citadas en la Farmacopea y no se tasasen en la tarifa, o sustancias citadas en la tarifa y no en la Farmacopea o sustancias puestas en las tarifa con nombre distinto del que le asignaba la Farmacopea. Se quejaba la clase farmacéutica que todos estos defectos daban a entender la ligereza y el poco esmero con que se había redactado e impreso por parte de la Comisión de la Real Academia de Medicina[540].

A pesar de que existía el precepto legal[541] de revisar el petitorio cada 10 años, lo único que consiguieron es que se produjese una reimpresión de la tarifa de 1865 en el año 1878 y no fue hasta diecinueve años después cuando se aprobó una nueva tarifa oficial, a través de la Real Orden de 30 de mayo de 1885[542], autorizando a la Real Academia de Medicina a su publicación, acomodándose esta nueva tarifa al sistema decimal e incluyendo variaciones al alza o a la baja de determinadas sustancias y preparados. Incluía además una disposición adicional en la permitiría al farmacéutico aumentar en un 50% el valor del medicamento dado por la tarifa cuando el medicamento se despachase a horas extraordinarias de la noche una vez cerrada la oficina de farmacia[543].

2.2.1.3.1.5. El Título de Farmacia[544]

En **1857** se reorganizó la enseñanza universitaria en su conjunto a través de la Ley de Instrucción Pública[545] elaborada por el Director General de Obras Públicas D.

[540] García, R.P.: "Anomalías de la tasa oficial". *La Farmacia Española*. 1880; 12(49):769-774 y J.D.B.: "Apéndice a las anomalías de la tasa". *La Farmacia Española*. 1881; 13(5):pp68-69.
[541] El artículo 38 de las Ordenanzas de Farmacia de 1860 establecía que: "*Cada decenio, ó antes, si así lo creyese conveniente el Gobierno, á propuesta del Consejo de Sanidad, se revisarán el petitorio, farmacopea y tarifa oficiales, procediéndose á esta revisión por una Comisión nombrada en conformidad a lo dispuesto en el artículo 34 y siguiendo los trámites prescritos en los artículos 35, 36 y 37*".
[542] Real Orden de 30 de mayo de 1885, aprobando el petitorio y tarifa farmacéuticos oficiales. *Gaceta de Madrid* nº 165 de 14/06/1885.
[543] Rodríguez, J.S.: Petitorio y Tarifa farmacéuticos. *La Farmacia Española*. 1885; 17(29):449-454.
[544] Sanmartín Mínguez, J. S. y Brasa Arias, B.: "Los planes de estudio". *En: De pharmaceutica scientia: 150 años de la Facultad de Farmacia (1857-2007)*. Universidad de Santiago de Compostela: J. Santiago Sanmartín Mínguez (Ed.); 2007: pp27-53.
[545] Ley de Instrucción pública de 9 de septiembre de 1857, autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península e Islas adyacentes. *Gaceta de Madrid* nº1710 de 10/09/1857

Claudio Moyano Samaniego, por medio de la cual se dispuso un nuevo plan de estudios para la Facultad de Farmacia.

Los estudios de facultad se realizaban en tres periodos, que habilitaban respectivamente para los tres grados académicos de Bachiller, Licenciado y Doctor, no pudiendo los alumnos pasar de un periodo a otro sin haber recibido el grado correspondiente. El nuevo plan de estudios de Farmacia incluía los estudios de Química, Análisis químico, Mineralogía, Botánica, Zoología, Historia natural aplicada a la Farmacia, con su práctica farmacéutica, Farmacia químico-inorgánica, Farmacia químico-orgánica, Análisis químico aplicado a la Farmacia, Práctica de las operaciones farmacéuticas e Historia critico-literaria de la facultad.

Una vez completado el periodo de aprendizaje académico de cuatro años, los alumnos recibirían el título de bachiller en Farmacia, que tras un periodo de probada práctica, podía obtenerse el título de Farmacéutico habilitado y que daba derecho para ejercer la profesión en pueblos que no pasasen de 5.000 habitantes. Para obtener el título de Licenciado era indispensable aprobar los dos años de práctica en una farmacia privada, los cuales podían ser simultaneados con los tres cursos anteriores. A ellos, habría que añadir otro año más de práctica en operaciones farmacéuticas y en principios generales de la analítica química más otro de práctica en un establecimiento u oficina de farmacia el cual se podría simultanearse con el anterior año de carrera. En total para ser licenciado en Farmacia se necesitarían cursar seis años. Para la obtención del título de Doctor en Farmacia sería necesario cursar dos años más de estudio.

Los avatares políticos surgidos especialmente en este periodo afectaron a todos los órdenes de la vida y los estudios de farmacia se vieron afectados en buena medida. En el año **1866** se produjo una nueva modificación del plan de estudios, de corte economicista, de la mano del Ministro de Fomento D. Manuel de Orovio a través de un Decreto[546] posterior a la reorganización que se produjo del Consejo de Instrucción Pública. En este Decreto se abogó por reducir el número de Facultades con objeto de reducir los gastos en el presupuesto.

El nuevo plan de estudios no afectó a los contenidos docentes que siguieron prácticamente iguales: Botánica Farmacéutica estudios de Química, Análisis

[546] Real decreto de 7 de noviembre de 1866, reformando los estudios de las Facultades de Medicina y Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº 312 de 08/11/1866.

químico, Mineralogía, Materia Farmacéutica mineral y animal, Materia Farmacéutica correspondiente a partes y productos vegetales, Farmacia químico-inorgánica, Farmacia químico-orgánica, Práctica de las operaciones farmacéuticas, Ejercicios prácticos de determinación y clasificación de objetos de materia farmacéutica y plantas medicinales, Análisis químico aplicado a las Ciencias Médicas e Historia de la Farmacia; pero sí a la distribución por cursos, donde se acortaría un año al suprimirse el preparatorio.

Una vez superados los tres primeros cursos, los alumnos podrían optar al grado de Bachiller. Aprobado el cuarto curso y junto con dos años de práctica en una oficina de farmacia, de los cuales uno se podría realizarse con anterioridad de la obtención del título de bachiller, los alumnos podrían recibir el grado de licenciado.

Este Decreto duró poco tiempo, pues tras la revolución de 1868, se produjo la derogación del mismo en el año **1868** a través de otro Decreto[547], reestableciéndose la legislación de Claudio Moyano que regía al publicarse el Decreto de 1866 en lo que no se opusiese a las disposiciones contenidas en él; añadiendo el reconocimiento de la libertad de enseñanza[548] como un derecho de todos y facultando a cualquier español a fundar establecimientos de enseñanza. Este Decreto dio origen a una proliferación de Escuelas de Farmacia que adoptaron el nombre de "facultades libres", si bien solo les habilitarían para el ejercicio privado de la profesión, no para el desempeño de los empleos públicos y servicios especiales mientras no fuesen rehabilitados[549]. Unos meses más tarde se aprobó un Decreto[550] por el que se atribuía a los Rectores, a los Claustros universitarios y a los Jefes de los establecimientos de enseñanza la facultad de expedir los títulos académicos o profesionales.

[547] Decreto de 21 de octubre de 1868, declarando libre la enseñanza y derogando los decretos relativos á instrucción pública que se cita. *Gaceta de Madrid* nº 296 de 22/10/1868.
[548] Hubo que dictar dos decretos para definir con claridad la forma de ejercer la libertad de enseñanza. Decreto de 29 de julio de 1874, regularizando el ejercicio de la libertad de enseñanza (Gaceta de Madrid nº211 de 30/07/1874) y Decreto de 29 de septiembre de 1874, regularizando los estudios de segunda enseñanza hechos en los establecimientos privados (*Gaceta de Madrid* nº273 de 30/09/1874).
[549] Artículo 3 del Decreto de 28 de septiembre de 1869, dictando reglas para la validez de los estudios de asignaturas y de grados de Bachiller probados en los establecimientos libres de enseñanza sostenidos por las Diputaciones y Ayuntamientos (*Gaceta de Madrid* nº 293 de 20/10/1869), al igual que lo establece el apartado 2º de la Real Orden de 27 de agosto de 1872, dictando reglas para la Exposición de títulos procedentes de los establecimientos libres de enseñanza sostenidos por las Diputaciones y Ayuntamientos (*Gaceta de Madrid* nº 244 de 31/08/1872).
[550] Decreto de 21 de diciembre de 1868, dictando varias disposiciones sobre expedición de títulos académicos desde 1º de Enero próximo. *Gaceta de Madrid* nº357 de 22/12/1868.

En **1880**, el Ministro de Fomento D. Fermín de Lasala y Collado intentó arreglar "*la decadencia en los estudios que introdujo una libertad desnaturalizada"*, a través del Real Decreto de 13 de agosto de 1880[551].

Respecto a los estudios de la Facultad de Farmacia, para matricularse en el primer año de la Facultad se requería haber aprobado los estudios generales de segunda enseñanza y para la admisión a la prueba de curso, haber obtenido el título de Bachiller. El primer año cursarían las asignaturas de ampliación de la Física, Química general e Historia natural en la Facultad de Ciencias, y los demás cursos en alguna de las facultades de Farmacia (Madrid, Barcelona, Granada o Santiago). El resto de asignaturas que abarcarían serían: Materia farmacéutica mineral y animal, Materia farmacéutica vegetal, Farmacia químico-inorgánica, Farmacia químico-orgánica, Ejercicios prácticos de determinación de plantas medicinales y reconocimiento de drogas y Prácticas de operaciones farmacéuticas, completándose con los ejercicios práctica propia en las oficinas de Farmacia. En total se volverían a los cinco años de formación para la licenciatura y las asignaturas de Análisis químico aplicado a las Ciencias médicas e Historia de las Ciencias médicas en el período de doctorado.

Cuatro años después, en **1884**, el Ministro de Fomento D. Ángel Carvajal y Fernández de Córdoba, modificó el Real Decreto para dar entrada a una reforma de los planes de estudio de la facultad de Farmacia, teniendo en cuenta el desarrollo del progreso científico de la época y la dirección que había impuesto al ejercicio profesional el creciente desarrollo de las industrias que de ella se derivaban, así como del desarrollo de los conceptos de la higiene en todo lo referente a las condiciones de la vida y del bienestar de los pueblos y donde se incluiría el análisis químico dentro de la licenciatura y así llenar las funciones que desempeñaban en cuanto a la higiene y toxicología. Se pretendía dar un impulso a la parte experimental y práctica de todas las enseñanzas.

El nuevo Real Decreto[552] establecía como asignaturas, exceptuando el periodo preparatorio: Teoría y práctica de la física, con aplicación a la Farmacia, Fitografía farmacéutica y determinación de plantas medicinales, Mineralogía y

[551] Real decreto de 13 de agosto de 1880, disponiendo entre otras, varias reformas introducidas en la enseñanza. *Gaceta de Madrid* nº 229 de 16/08/1880.
[552] Real Decreto de 16 de enero de 1884, reformando los estudios de la Facultad de Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº17 de 17/01/1884.

Zoología aplicadas a la Farmacia, con las prácticas farmacéuticas correspondientes, Química inorgánica aplicada a la Farmacia y sus prácticas correspondientes, Análisis químico y toxicología, Farmacia galénica y Legislación Sanitaria. A estos cuatro cursos se le sumaría un año de prácticas en farmacia. Se incluiría la posibilidad de completar los estudios con el grado de licenciado o con el grado de doctor.

No duró mucho en vigor este Real Decreto puesto que por la penuria del tesoro fue declarado en suspenso[553]. Posteriormente, el Ministro de Fomento D. Eugenio Montero Ríos, en el año **1886**, volvió a reformar el plan de estudios a través de otro Real Decreto[554], dando lugar a un progreso indudable en la enseñanza de la farmacia, en la parte práctica principalmente y que respondió a las imposiciones del progreso científico y a las necesidades del ejercicio de la profesión. Para ello introdujo el conocimiento del microscopio y sus aplicaciones, el de otros instrumentos y aparatos de la física necesarios para la técnica de su profesión y para las funciones que iban a desempeñar en las Corporaciones sanitarias y de higiene pública, también aumentaban los estudios botánicos y de conocimiento de las plantas medicinales, seguía incluyendo el análisis químico dentro de la licenciatura por lo útil para el ejercicio posterior de su profesión así como la farmacia galénica y la legislación farmacéutica. El plan de estudios establecería como asignaturas, exceptuando el periodo preparatorio: Estudio de los instrumentos y aparatos de física de aplicación a la Farmacia con las prácticas correspondientes, Mineralogía y Zoología aplicados a la Farmacia, con la materia farmacéutica correspondiente, Botánica descriptiva y determinación de plantas medicinales, Química inorgánica aplicada a la Farmacia, Materia Farmacéutica vegetal, Química inorgánica aplicada a la Farmacia, Análisis químico y en particular de los alimentos, medicamentos y venenos, Farmacia práctica o galénica y Legislación relativa a la Farmacia y Prácticas de materia farmacéutica animal, mineral y vegetal. A estos cuatro cursos se le sumaría un año de prácticas en farmacia. Se incluiría la posibilidad de completar los estudios con el grado de licenciado o con el grado de doctor.

[553] Real Orden de 29 de abril de 1899, resolviendo quede en suspenso el Real decreto de 11 de Octubre último para la confección de programas de los exámenes de ingreso en Facultad, y ordenando que para el próximo curso se efectúe la matrícula en la forma establecida con anterioridad al expresado Real decreto. *Gaceta de Madrid* nº 120 de 30/04/1899.
[554] Real Decreto de 24 de septiembre de 1886, reformando los estudios de la Facultad de Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº 268 de 25/09/1886.

El último de los planes de estudios del Siglo XIX se redactó y entró en vigor con el cambio de siglo en el **año 1900** de la mano del Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes D. Antonio García Alix a través de un Real Decreto[555]. Dicha reforma atendió sobre todo a dar un acentuado carácter experimental y práctico a la enseñanza de la farmacia, afianzando el espíritu que dominó el plan de 1886, del cual arrancó la transformación operada en la vieja Escuela de farmacia.

La reforma se llevó a cabo para dotar al farmacéutico de una formación acorde con la ampliación de sus funciones en su ejercicio profesional especialmente en la salubridad pública y en la necesidad de una preparación de mayor contenido práctico. Para llenar dichos fines fue suficiente la ampliación de algunas asignaturas y el aumento en el cuadro de las asignaturas de Microbiología, Técnica bacteriológica y preparación de sueros medicinales y de la de Higiene pública, que se estudiarían en la Facultad de Medicina, durante el periodo de doctorado y solo en la Cátedra de Madrid para así evitar el aumento en el presupuesto.

El plan de estudios de la licenciatura establecía como asignaturas: Técnica física aplicada a la Farmacia, con prácticas por los alumnos, Mineralogía y Zoología aplicada igualmente a la Farmacia y Materia farmacéutica, con sus prácticas, Botánica descriptiva con sus prácticas de determinación de plantas especialmente medicinales y excursiones botánicas, Química inorgánica aplicada a la Farmacia y prácticas de Laboratorio, Materia farmacéutica vegetal con sus prácticas correspondientes, Química orgánica aplicada a la Farmacia y prácticas de laboratorio, Análisis químico y en particular de los alimentos, medicamentos y venenos y prácticas de laboratorio, Farmacia práctica y Legislación relativa a la Farmacia, Prácticas por los alumnos en la preparación de medicamentos y despacho de recetas e Higiene pública. El período del Doctorado lo formarían las asignaturas: Química biológica con su análisis, Microbiología técnica bacteriológica y preparación de sueros medicinales e Historia de la Farmacia y estudio comparativo de las farmacopeas vigentes.

[555] Real Decreto de 31 de julio de 1900, modificando los estudios de la Facultad de Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº 215 de 03/08/1900.

2.2.1.3.2. Causas que contribuyeron a su decadencia

2.2.1.3.2.1. El debate entre remedios secretos, específicos y especialidades farmacéuticas:

> "(…) *Así las cosas, hubo farmacéuticos que estudiaron la sociedad en que vivimos, y empezaron á preparar jarabes, pastillas, purgantes y otros medicamentos análogos, que anunciados llenaron una necesidad que el público ya venia exigiendo se llenara en las boticas, y con esto coincidió la invasión de especialidades extranjeras, que rechazadas por la mayoría de los farmacéuticos enriquecieron á los que las aceptaron, y aunque tarde cayeron en la cuenta, y hoy es muy raro encontrar un farmacéutico que no proporciones especialidades extranjeras á quien se las demande, pues alli donde el farmacéutico las ha resistido, los drogueros ambulantes las llevaban, si no le pedían á los depósitos de las grandes poblaciones. Los subdelegados de Madrid hicieron varias campañas en contra de los específicos, y estos arrollaron á los subdelegados, y los específicos se han anunciado y se han vendido profusamente en los catorce años que llevan vigentes las Ordenanzas y en los veinte años que lleva vigente la ley de sanidad.* ()"[556]

El siglo XIX va a contemplar la transformación del denominado "arte farmacéutico" en "ciencia farmacéutica", fruto del desarrollo que experimentó en esta época los campos de la química y de la medicina y que provocó que el farmacéutico fuese perdiendo poco a poco el monopolio como elaborador de medicamentos y como autoridad científica a favor de la industria química y farmacéutica.

También se va a convertir en testigo del nacimiento de lo que se conocerá a principios del siglo XX como "especialidades farmacéuticas", expresión legal de lo que se conocía a finales del siglo XIX por el nombre de "específico"; que a su vez vendría de los conocidos desde principio del siglo XIX como "remedios secretos" que, si venían de otros países, se les denominaban "medicamentos extranjeros". El paso de un tipo a otro fue lento, lo que motivó que su coexistencia generara muchos problemas y una gran preocupación tanto por parte de los profesionales del sector, apoyados generalmente por la prensa médica, como por los gobernantes que tenían que legislar para poner orden en el ejercicio de las profesiones médicas.

[556] Fernández Izquierdo, P.: "¿Se puede marchar contra la corriente?". *La Farmacia Española*. 1874; 6(46):709-713.

Todo ello dio origen al paso de la preparación artesanal de todos los preparados farmacéuticos en las boticas o farmacias[557] (fórmulas magistrales que elaboraba el farmacéutico según arte y ciencia, de composición conocida y prescritas por el médico o cirujano) al comienzo de una dispensación parcial de preparados fabricados industrialmente[558] (remedios secretos, medicamentos extranjeros, preparados específicos o especialidades farmacéuticas[559]) que provocaría la desaparición paulatina de la tradicional polifarmacia.

Los **remedios secretos** empezaron a experimentar un auge en los siglos XVI y XVII, incrementándose su número en el siglo XVIII especialmente en países como Francia e Inglaterra. Rápidamente se introdujeron en España un cada vez más numeroso número de estas preparaciones farmacéuticas debido a la política liberalizadora respecto a la importación de medicamentos extranjeros, produciéndose la venta de preparaciones compuestas que se expedían sin fórmula facultativa y que se anunciaban impunemente para toda clase de remedios para cualquier enfermedad, vendiéndose sin trabas ni restricciones de ningún género y que provocó durante todo el siglo XIX una lucha continua entre los profesionales del sector[560].

---

[557] El Director de la Revista El Restaurador Farmacéutico veía de este modo el cambio que estaba sufriendo la profesión farmacéutica con la entrada de estas preparaciones: "(…) *Antiguamente la gran mayoría de los farmacéuticos se dedicaba á los trabajos de laboratorio: en el día sucede lodo lo contrario. A. la farmacia pura ha sucedido una especie de industrialismo farmacéutico monopolizado en las manos de algunos hábiles especuladores, cuyos productos presentados con perifollos y colorines, son recibidos por multitudes, asi su distinguida misión de preparadores de medicamentos trocándola por el papel humilde y subalterno de simples vendedores, de acomodadores de drogueros. farmacéuticos que no se avergüenzan de abdicar () No faltan médicos que recomiendan y prescriban sin escrúpulo los remedios llamados especiales cuyo mas común éxito y toda su virtud consiste en su brillante decoración y procedencia de Paris ó de Lóndres. Estos médicos son sin duda los cómplices de los hombres que provocan la decadencia de la farmacia y esta complicidad involuntaria no deja de traer consecuencias*". Ruiz, R.: "Parte editorial". *El Restaurador Farmacéutico*; 1859, 15(19):73-74.

[558]. Para Raúl Rodríguez Nozal y Antonio González Bueno, el nacimiento del medicamento industrial se construye bajo "*tres escalones de límites poco precisos, los remedios secretos, específicos y especialidades farmacéuticas, en una secuencia guiada por los adelantos científicos y técnicos, por las reglas económicas-comerciales propias del sistema capitalista y por la actitud de los profesionales del medicamento hacia estos nuevos planteamientos*". Ibídem 55; pp289-290.

[559] Fonssagrives los llama "*medicamentos industriales, nombre que caracteriza bastante bien esta categoría de productos, que cada día va aumentando, invade las boticas y excluirá de ellas pronto las demás preparaciones, perjudicando en el mismo grado los intereses de la farmacia, que hace que descienda al ramo de los otros comercios, y á los intereses científicos de la medicina, que se desliza por la pendiente de la pereza posológica hacia esta simplificación demasiado cómoda*". García, R.P.: "Los medicamentos industriales". *La Farmacia Española.* 1887; 19(39):264.

[560] El paso que se hacía para transformar una fórmula magistral en un remedio secreto lo describe R.P. García en una revista profesional de la forma: "*El remedio secreto es antiquísimo; en todo tiempo se ha explotado. Los remedios secretos se han explotado siempre; pero si en época ya remota alcanzaron extraordinario éxito los medicamentos más sencillos cubiertos con el velo del misterio, lo*

Para combatir el remedio secreto en España, las disposiciones legislativas empezaron a encaminarse hacia su prohibición[561], si bien la falta de una definición clara de lo que se consideraba remedio secreto dificultaba su aplicación. La Real Orden del 10 de enero de 1851 emitida por el Gobierno, previo informe del Consejo de Sanidad del Reino definió como remedios secretos aquellos cuya composición no habían hecho pública sus inventores, hallándose su venta prohibida por las Leyes.

Para poder vender toda clase de fórmulas introducidas bajo el nombre de específicos en España, se necesitaba una "Real Cédula de privilegio" otorgada por gracia Real previo dictamen del Protomedicato para el caso de medicamentos, ya que era el órgano encargado de reconocer los supuestos específicos y experimentarlos, quedándose con la fórmula para cuando caducase el tiempo por el que se le concedía dicho privilegio. Posteriormente dicho privilegio se otorgaría previo dictamen del Consejo de Sanidad del Reino. Todas aquellas preparaciones extranjeras que no lo tuviesen, se consideraban como secretos, prohibiéndose la entrada en las aduanas[562].

---

cierto es que en nuestro propio tiempo las fórmulas magistrales más conocidas, aquellas que han sido autorizadas por una experiencia secular, se han modificado con más ó menos arte, se han vestido con el ropaje moderno y, como en esas remotas épocas, se elaboran y se expenden como maravillosos productos, fruto esquísito de largas vigilias y de inenarrables desvelos, que la humanidad recompensa sobradamente entregando crecido número de pesetas por un producto que en buena cuenta puede proporcionarse por unos cuantos céntimos en cualquier parte... Y si el remedio secreto en otro tiempo no traspasaba los límites de una determinada comarca, hoy el anuncio, el reclamo, la propaganda en folletos y prospectos, encárganse, no sólo de extenderle por toda la nación, sino que, si esta es afortunada en los tratados de comercio, se extiende y derrama por el mundo, proporcionando al productor pingües ganancias sin más dispendio ni otro trabajo que el sacrificio de unas cuantas pesetas y la labor, ya bien conocida que d a, que impone la propagación de artículos comerciales corrientes". García, R.P.: "Medicamentos industriales (I)". *La Farmacia Española.* 1887; 19(36):264-266.

[561] En España, la imprecisión sobre el remedio secreto era grande: el Real Tribunal del Protomedicato obligaba a sus inventores a revelar el secreto si querían seguir teniéndolo a la venta; luego, las Ordenanzas de 1804 prohibían y señalaban que ninguna persona de cualquier calidad o profesión, podía elaborar ni vender medicina simple o compuesta, ni aún con el pretexto de específico o secreto, pues uno y otro eran privativos a los farmacéuticos aprobados, pero no la inclusión en su texto del remedio secreto no quedaba totalmente encajada; posteriormente, el Real decreto de 8 de enero de 1824 regulaba las atribuciones del Cuerpo de Policía con respecto a los boticarios y drogueros, encomendándoles la destrucción de medicinas deterioradas o perjudiciales, y uso de remedios secretos o pretendidos específicos para curar varias enfermedades; en julio de 1846, la Junta Superior de Sanidad del Reino da una serie de normas para el ejercicio profesional de médicos, cirujanos y farmacéuticos, encontrándose entre ellas la prohibición de uso, aplicación y venta de remedios secretos. Pérez Alegre, Mª E, y Gil Alegre, Mª E.: *La farmacia del siglo XXI*. Colección: Historia de la Ciencia y la Técnica. Ediciones AKAL, 1992; 47.

[562] Según el "*art. 90 de las ordenanzas de Aduanas mandadas observar desde 1857, dice, que los inspectores facultativos concurran al reconocimiento y despacho de los géneros medicinales para que examinen su estado con relación al objeto á que se destinen. La base 1ª de los Aranceles de 1859, espresa que continuará prohibida la entrada en el Reino de las preparaciones farmacéuticas que estuviesen prohibidas por los reglamentos sanitarios, y sabido es que los secretos se hallan en este caso*". Ruiz, R.: "Parte editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1859; 15(21):81-82.

En España y según los debates internos del Colegio de farmacéuticos de Madrid, los farmacéuticos se encontrarían divididos en dos escuelas opuestas, siendo la una contraria a los remedios y la otra partidaria de ellos:

> Por un lado estaría la escuela antigua que diría: "*el farmacéutico elige materiales medicamentosos en el comercio recolecta los que están a su alcance, purifica y conserva y elabora y expende los medicamentos que el médico receta y los que constituyen la medicina doméstica que se piden de palabra por no ser trascendental su aplicación, esto es, ni más ni menos lo que está permitido*»
>
> Y por el otro la escuela contemporánea que diría: "*el farmacéutico, además de lo que marca la escuela antigua, anuncia y expende remedios que no son otra cosa sino conquistas de la ciencia a favor del enfermo, fórmulas que teniendo una acción marcada efectiva se aplican á las enfermedades con buen éxito, fórmulas acaso olvidadas por los médicos, pero que llenan un vacio en las exigencias de una sociedad enferma hasta la plenitud, fórmulas que son una ampliación de la medicina doméstica, fórmulas que constituyen la farmacopea especial hija de la observación y la experiencia de los farmacéuticos*"[563]

Dado el debate que existía entre la propia clase farmacéutica, el sector tenía esperanzas en que con la nueva Ley de Sanidad y con las Ordenanzas de Farmacia que se estaban redactando, se despejaran las dudas de si era o no legal, equitativo y conveniente que el farmacéutico anunciase y expendiese estos productos, ya fuesen de composición desconocida (remedios secretos) o de composición reservada (específicos).

Así, la Ley de Sanidad de 1855, que iba a intentar poner fin a la venta de específicos y remedio secretos, condenaba pero no calificaba los remedios secretos. Estableció en su capítulo XIV la prohibición de la venta de todo remedio secreto y la caducidad y derogación de todos los privilegios o patentes que se hubieran concedido para su elaboración o venta[564]. Dio también las normas para que el que tuviese un

[563] A pesar de que durante muchos años el Colegio de Farmacéuticos de Madrid se mostró partidario de la prohibición de los remedios secretos, el inevitable aumento de los mismos hizo que gran parte de su colectivo se mostrara a favor de ellos, formándose otra corriente de opinión interna la cual haría plantearse al Colegio su postura en relación a los remedios secretos. "*Contada será la botica que deje de tener alguna fórmula secreta de un ungüento, ó de un emplasto, de un jarabe, de unas pildoras y la voz se corre porque efectivamente suele ser medicamento util y esto ha bastado para que con el ejemplo de las especialidades extrangeras los farmacéuticos hayan dado forma á su especialidad, la anuncien y la vendan*". Fernández Izquierdo, P.: "¿Se puede marchar contra la corriente?". *La Farmacia Española*. 1874; 6(46):709-713.

[564] Posteriormente, la Ley de propiedad industrial de 1878 excluiría del derecho de patente a las preparaciones farmacéuticas o medicamentos de toda clase, poniendo fin a muchos años de ambigüedad legislativa, utilizada por fabricantes y vendedores de remedios secretos en su propio beneficio. Ibídem 55; pp304-305.

remedio secreto dejara de ser secreto, obteniendo la publicidad que se necesitaba para su venta legítima. La forma de proceder sería a través de la presentación de la "receta" al Gobierno con una memoria circunstanciada de los experimentos o tentativas que hubiese hecho para asegurarse la utilidad en las enfermedades en que se aplicase. Los documentos serían evaluados por la Academia de Medicina que propondría la recompensa con que creyese que debía premiarse al inventor que, si la aceptaba, se procedería a publicar la fórmula para darle publicidad y pasar a formar parte de la farmacopea oficial.

El objetivo principal de las Ordenanzas de Farmacia de 1860 fue el de acabar con el intrusismo profesional y para ello se estableció la prohibición absoluta de la venta de todo remedio secreto[565], especial, específico o preservativo de composición ignorada, sea cual fuese su denominación, prohibiéndose además la introducción y venta de todo remedio o medicamento galénico o compuesto del extranjero que no se hallase nominalmente consignado en el arancel de aduanas[566]. Asimismo se prohibían los anuncios en periódicos no profesionales del sector.

Pero a pesar de las prohibiciones expresas hacia el remedio secreto y los específicos, la invasión que los productos extranjeros farmacéuticos y no farmacéuticos era cada día más creciente y motivó que los Gobiernos anteriores a la Revolución, dictasen continuas Reales Órdenes recomendando el exacto cumplimiento de dicha prohibición a través de las Reales Órdenes de 5 de febrero y 28 de diciembre de 1861, 12 de julio de 1862, 11 de abril de 1864, 30 de marzo y 12

[565] Seguían las Ordenanzas sin definir lo que significaba remedio secreto. Distintos farmacéuticos realizaban exposiciones al Ministro de Gobernación Posada Herrera en la que se solicitaba que se permitiese provisionalmente la introducción y venta de "medicamentos extranjeros que diariamente les propinan sus médicos desde hace más de veinte años amparándose en la salud pública" y que se sirviese de declarar que "*por remedio secreto se entendiese tan solo aquel cuya composición no fuere posible descubrir , y que de todos los demás que se hallen fuera de este caso se permita la venta por los profesores de Farmacia del Reino y la introducción en España de los que fueren extranjeros, previo el pago de los derechos de aduana asignados en el artículo 991 del arancel vigente*". "Sección Editorial: Copia de las dos exposiciones dirigidas al Excmo. Señor Ministro de la Gobernación en 14 y 26 de junio de 1861 por los Farmacéuticos que suscriben y a las cuales se adhieren diariamente otros muchos de Madrid (1), Í/ de Provincias (2)". *El Restaurador Farmacéutico*. 1861; 17(44):173-174.

[566] Se establecían las formalidades de cómo debía hacerse su introducción en su artículo 18: "*Para que tenga lugar esta consignación en el arancel, que autorizará el Ministerio de la Gobernación, se requiere una instancia de un profesor de Medicina o de Farmacia, acompañada de dos ejemplares de la farmacopea, formulario, obra o periódico de Medicina o Farmacia, en que conste la composición determinada del medicamento extranjero, cuya introducción se desea. Para resolver acerca de estas instancias precederá informe de la Real Academia de Medicina de Madrid y dictamen del Consejo de Sanidad*". Real Decreto de 18 de abril de 1860, mandando el cumplimiento de las Ordenanzas para el ejercicio de la Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales: *Gaceta de Madrid* nº115 de 24/04/1860.

de abril de 1865, 25 de enero y 15 febrero de 1866 y 28 de mayo de 1867[567], aunque su cumplimiento debió ser prácticamente nulo por los las quejas del sector en las revistas profesionales.

Consecuencia de estas quejas por una parte de la clase farmacéutica en las que esgrimían los perjuicios al país, a la salud pública y a los intereses del ramo del comercio que conllevaba la prohibición de la introducción de los productos farmacéuticos galénicos del extranjero debido a la interpretación "estrecha y torcida" de la definición de remedio secreto de la ley de Sanidad, y dado que para descubrir la composición del remedio secreto la ciencia ya se podía y debía analizar y contrastar prudentemente la utilidad o por lo menos la inocencia de todo medicamento, el Ministro de la Gobernación Práxedes Mateo Sagasta aprobó el Decreto de 12 de Abril de 1869[568], en el cual se disponía otra definición legal de lo que debía definirse como remedio secreto para los efectos del artículo 84 de la ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855: "*Se entenderá por remedio secreto tan solo aquel cuya composición no fuese posible descubrir ó cuya fórmula no hubiese sido publicada;*". Además, derogaba todas aquellas disposiciones que tendiesen a impedir la introducción en España de los productos galénicos extranjeros de composición conocida[569].

Esta definición de remedio secreto era favorecedora a los propietarios de los remedios secretos, los cuales podían hacer la introducción libre de las preparaciones farmacéuticas con el pretexto de que los interesados analizarían los productos y publicarían luego la fórmula, habida cuenta de la imposibilidad real de analizar los preparados galénicos de composición indefinida.

---

[567] Estas Reales Órdenes prohibían la introducción y venta en España: el medicamento llamado Boouckan, el extracto pectoral do médula de vaca, las píldoras y el ungüento de Holloway, el Rob depurativo de Gandul, el desinfectante anticolérico del doctor Quesneville, la zarzaparrilla de Bristol y todos los remedios y específicos cuya composición sea un misterio. Marín y Sancho, D.F.: "Medicamentos galénicos extranjeros (1)". *La Farmacia Española*. 1876; 8(36):561-565.

[568] Decreto de 12 de abril de 1869, derogando todas las disposiciones que tiendan a impedir la introducción en España de los productos galénicos extranjeros de composición conocida. *Gaceta de Madrid* nº124 de 04/05/1869.

[569] Sus consecuencias se dejaron sentir enseguida en los aranceles de aduanas que se aprobaron unos meses después a través Decreto de 12 de julio de 1869 (*Gaceta de Madrid* nº 208 de 27/07/1869) y que debían de estar vigentes hasta julio de 1875. Incluía a los productos farmacéuticos de uso exclusivamente medicinal dentro de la Clase 3ª, tercer grupo, la partida 94, del arancel para la exacción de los derechos de entrada, en lugar de consignar nominalmente los medicamentos extranjeros cuya introducción estuviese permitida y en las disposiciones decimotercera para la aplicación del arancel, que es la que consignaba los artículos que no se podían introducir en el Reino, señalaba en el apartado 7° a las preparaciones farmacéuticas o remedios secretos cuya composición no fuese posible descubrir, o cuya fórmula no hubiese sido publicada.

De hecho, esta era la forma de burlar la Ley[570], ya que no se analizaba si el "remedio secreto", que pasaba a denominarse específico, tenía la composición que ponía en la etiqueta, formulario o periódico.

> *"Descubrir la composición de uno de esos medicamentos que por costumbre llamamos galénicos, empresa es dificilísima, como lo saben cuantos tengan alguna noción de análisis inmediata; pero encontrar la fórmula en algún lado, en periódicos, folletos, formularios, etc., tan fácil es que á nadie le habrá, ocurrido que por esa falta pueda prohibirse la venta del más repugnante menjurje. Pues ¡qué! ¿no tiene el expendedor, traficante ó lo que quiera que sea, en su mano bautizar la pócima que pone á la venta con el nombre de una fórmula cualquiera? Y en último caso, ¿le priva alguien del derecho de publicar la de su secreto, aun cuando no sea la verdadera, afirmando él sin embargo que lo es en efecto? Porque, que nosotros sepamos, jamás se averigua la verdad en este asunto; nunca se investiga, dado que se cumpla el decreto de 1869, si el remedio secreto tiene la composición que se le asigna,()[571]"*

Otra forma de burlar la Ley que utilizaban muchos autores de medicamentos galénicos extranjeros, farmacéuticos y no farmacéuticos para no pagar los derechos de aduana que los aranceles determinaban consistía en prepararlos en laboratorios españoles, no haciendo constar esta circunstancia en ninguna parte, para así poder conservar todas las condiciones y beneficios que les daba su carácter de extranjero[572].

Pasaban los años y la clase farmacéutica seguía pidiendo una definición más acorde con sus intereses, consistente en definirlos como aquellos cuya "*composición no conozca el farmacéutico que los expenda o no estuviese garantizada por otro comprofesor*", de esta forma, se introducirían los productos consignados

---

[570] "(…) *Se presenta un secretista pidiendo licencia para vender su secreto; se oye antes á las facultades del arte de curar; éstas dan buen informe, y hete aquí que se da licencia á u n charlatán para que venda su específico dónde, cuándo, cómo quiera y al precio que quiera: permiso de suyo tan peligroso, que ni aun los boticarios le tenemos tan ámplio ni tan absoluto, no digo yo para los específicos de nuestra invención, si no que ni aun para los medicamentos comunes. Con este peligroso privilegio pueden, sin riesgo alguno, mudar, enmendar, alterar, sustituir y aun suplantar á la receta original otra cualquiera ó alguno de sus ingredientes en el todo ó en parte, hasta el infinito, conservando cuidadosamente la forma aparente de secreto ó específico y su nombre, aunque hayan alterado su esencia; y hete aquí un bonito modo de estafar (…).*García, R.P.: "Medicamentos industriales (II)". *La Farmacia Española.* 1887; 19(37):579.

[571] García, R.P.: "Consideraciones sobre los llamados específicos". *La Farmacia Española*. 1879; 11(4):49-53.

[572] Los específicos extranjeros en España: Exposición del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona al Excmo. Señor Ministro de la Gobernación. *La Farmacia Española* 1902; 34(35):545-547.

exclusivamente a los farmacéuticos, que deberían responder ante la ley de las consecuencias de su venta según el Código penal[573].

A partir de la publicación del Decreto de 12 de abril de 1869, se puede decir que fue cuando muchos farmacéuticos se empezaron a dedicar a la preparación de específicos, puesto que hasta esa época temían infringir el artículo 84 de la Ley de Sanidad y el artículo 16 de las Ordenanzas de Farmacia y ser sancionados[574]. Fue a partir de ahí cuando se pudo considerar que cuantos preparados se expedían y se comercializaran ya envasados bajo el nombre de remedios secretos, pasaban a denominarse como específicos[575], clasificándose a su vez en específicos de composición ignorada, de composición difícil de descubrir y específicos de composición conocida, con la característica común de contener todos ellos un agente terapéutico conocido[576].

El requisito para la introducción de los remedios extranjeros en España quedaría regulado de acuerdo a la Orden de 21 de noviembre de 1870 del Ministerio de Hacienda, y bastaba que un Inspector farmacéutico de la aduana certificase que los géneros aforados por la partida 94 del arancel, fuesen admitidos a la importación por haberse publicado su fórmula, o por haberse averiguado su composición por medio del análisis practicado por... (*sea quien fuere*)[577].

---

[573] Chiarlone y Gallego del Rey, Q: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1869; 25(16):245-246.

[574] Strim: "Especialidades en Farmacia". *La Farmacia Española*. 1872; 4(1):1-4.

[575] Martín de Argenta, V: "Los remedios secretos ante la Academia de Medicina". *El Semanario Farmacéutico*. 1874; 2(19):145-147.

[576] García, R.P.: "Consideraciones sobre los llamados específicos". *La Farmacia Española*. 1879; 11(4):49-53.

[577] La clase farmacéutica se quejaba de que mientras antes se requería un informe de la Real Academia de Medicina de Madrid y un dictamen del Consejo de Sanidad para que tuviese lugar la consignación de un medicamento galénico extranjero en el arancel de las aduanas, a partir del Decreto de 12 de Abril de 1869 y la Orden de 21 de Noviembre de 1870 bastaba con el informe de un "*químico que por muy alta que sea su reputación y su habilidad, no reunirá, ni puede reunir, todos los requisitos para fallar sobre tan complexas y complicadas cuestiones*". También se quejaban de los privilegios a favor de los extranjeros y que no iban a poder tener los farmacéuticos españoles, debido a que con la interpretación que dio el decreto de 12 de Abril de 1869 al artículo 84 de la ley de Sanidad, no podía considerarse como medicamentos secretos los preparados que hubiesen sido introducidos por las Aduanas, dando como resultado que no podrían desde aquel momento existir otros remedios secretos que los que se elaboran en España sin haberse sujetado en su confección a fórmula conocida o publicada, provocándose una competencia desigual entre ambos. Marín y Sancho, D.F.: "Medicamentos galénicos extranjeros (1)". *La Farmacia Española*. 1876; 8(36):561-565.

La consecuencia de esa permisividad en la entrada de los medicamentos galénicos extranjeros lo resume un artículo escrito por un farmacéutico en la revista profesional "*La Farmacia Española*":

> *"(…) las aduanas están atestadas de medicamentos galénicos procedentes de muy distintas naciones, y que por lo tanto la nación española respira extranjerismo galénico por todos sus poros; y lo que es más, se prescriben muy formalmente muchos de aquellos medicamentos, y lo que es peor, se expanden por quien no es farmacéutico aprobado ni posee título legal para el ejercicio de la profesión farmacéutica; y lo que es piramidal, se llegan á anunciar no para los farmacéuticos, no para los médicos, sino para los enfermos(…)*[578]*"*.

En 1885, y gracias a una instancia realizada por el Congreso Farmacéutico celebrado en Madrid, se aprobó una Real Orden[579] por la que se prohibía la introducción en España de todo remedio secreto de procedencia extranjera no autorizado por la Real Academia de Medicina; además se impedía la venta de medicamentos, cualquiera que fuese el título con que se ofreciesen al público, a otras personas que no fuesen profesores de Farmacia que dispusiesen de un establecimiento legal donde poder expenderlos. Volvía a ser una institución como la Real Academia de Medicina la que se encargaría de evaluar estos compuestos farmacéuticos.

Mucho se debatió durante esta segunda mitad del siglo XIX de lo que debía entenderse por remedio secreto, específico y especialidad farmacéutica en los distintos Congresos, Asociaciones farmacéuticas y prensa profesional. Si bien las especialidades farmacéuticas trataban de abrirse camino entre sus defensores, los remedios secretos no parecían estar dispuestos a desaparecer y entre medio de los dos se situaban los específicos, que en una primera época tendían hacia los remedios secretos y posteriormente hacia las especialidades farmacéuticas[580].

---

[578] Prats y Grau, F: "Doble ilegalidad de la venta de los medicamentos galénicos extranjeros en España". *La Farmacia Española*. 1877; 9(11):162-165.

[579] Real Orden de 16 de junio de 1885, disponiendo se prohíba terminantemente la introducción en España de todo remedio secreto de extranjera procedencia y no autorizado por la Real Academia de Medicina. *Gaceta de Madrid* nº176 de 25/06/1885.

[580] Un ejemplo de lo expresado por el editorialista que en este caso el específico lo asemeja al remedio secreto y lo diferencia de la especialidad sería: "*Una vez consignada nuestra opinión sobre las especialidades farmacéuticas, es evidente que cuantos preparados se expendan y anuncien con el nombre de remedios secretos, son para nosotros sinónimos de específicos, y por consiguiente, como estos científicamente no existan, y la ciencia lo tiene así demostrado, las panaceas que tan pomposamente se anuncian pasan á la categoría de los primeros. Esto sentado, claro es, que cuanto de unos se consigne es aplicable á los otros, no siendo eficaces cuantas razones se aduzcan para*

A pesar de que la palabra "**específico"** apareciese en las Ordenanzas de Farmacia de 1860, no se aceptó legalmente la existencia de estos preparados hasta la promulgación, vía impositiva, de la Ley del Timbre de 1892[581], por la que se grababan fiscalmente determinados artículos destinados al consumo o a otros menesteres y donde se especificaba que "*todos los específicos y aguas minerales de cualquier clase deberán llevar, cuando sean puestas a la venta, un sello de 0,10 pesetas por frasco, caja o botella*"[582].

En 1893, el Real Consejo de Sanidad propuso la primera definición oficial de específico a instancia del Colegio de Farmacéuticos de Madrid y otras corporaciones profesionales: *"Los medicamentos de composición ó preparación desconocidos en todo ó en parte, dispuestos en cajas, frascos, paquetes ó cualquier otro envase con etiquetas, prospectos ó anuncios explicativos de sus propiedades curativas y usos"*[583] que, tras ser modificada por el Gobierno, aparecería publicada a través de la Real Orden de12 de Junio de 1893[584] de la forma:

> "*se entenderá por específico, á los efectos del párrafo octavo del art. 179 de la vigente ley del timbre del Estado, aquel medicamento, nacional ó extranjero, designado con el nombre de sus componentes y el del autor que lo ideó ó confeccionó, no inscrito en la farmacopea oficial, ó que, aun estándolo, se expende por unidad de envase (frasco, botella, caja, paquete, etc.) que lo contiene con etiqueta impresa ó prospecto, consignando aquellos particulares, usos ó dosis.*"[585]

---

confundirlos con las especialidades que nosotros admitimos, que si se refieren á medicamentos compuestos, han de ser de fórmula conocida y consignada en las farmacopeas oficiales ó formularios de reconocido crédito". Martín de Argenta, V.: "Los remedios secretos ante la Academia de Medicina". *El Semanario Farmacéutico*. 1874; 2(19):145-147.

[581] Artículo 179 Apartado 8.° de la Ley de 30 de junio de 1892, mandando que se redacte y publique por el Gobierno de la ley definitiva del Timbre del Estado dentro de tres meses, sujetándose a las bases que se expresan. (*Gaceta de Madrid* nº 183 de 1/07/1892), siendo el Real decreto de 15 de septiembre de 1892 el aprobatorio del reglamento para el cumplimiento de la ley del Impuesto de Timbre del Estado (*Gaceta de Madrid* nº 275 de 01/10/1892)

[582] Rodríguez Nozal, R. y González Bueno, A.: De objeto de consumo a producto sanitario: primeros proyectos sobre el control sanitario del medicamento en España. *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas.* 2004; 27(58):147-164.

[583] García, R.P.: "El timbre móvil de los específicos". *La Farmacia Española*. 1893; 25(26):401-404.

[584] Real orden de 12 de junio de 1893, resolutoria de una instancia del Colegio de Farmacéuticos de esta Corte sobre el uso del timbre móvil de 10 céntimos en la venta de específicos. *Gaceta de Madrid* nº174 de 23/06/1893.

[585] Un estudio de la legislación española sobre el timbre para específicos y especialidades farmacéuticas puede consultarse en: Folch Jou, G & Francés, M.C.: "Especialidades farmacéuticas y los timbres del Estado y sanitarios". *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*. 1970; 83:97-109.

A pesar de su reconocimiento legal, la clase farmacéutica identificaba el específico con el remedio secreto, preparado por profesionales no farmacéuticos y, en opinión de éstos, elaborado sin las garantías científicas, higiénicas y sanitarias necesarias y se instaba a diferenciarlo de la especialidad[586].

El término **especialidad** también se empleó en toda la segunda mitad del siglo XIX, si bien con distintos significados[587].

Así, en 1871 ya se intentaba diferenciarlo del término específico: "(...) *no distingue nadie la palabra especialidad, que es la perfección de una cosa, de la especifico, que es la esperanza de una idea figurada (...)"*[588]. Durante dicho año, el Colegio de farmacéuticos de Madrid admite las especialidades en Farmacia, comprendiendo entre éstas, las nuevas formas farmacéuticas novísimas en la preparación de los medicamentos, que eran de utilidad en la Medicina y un verdadero progreso en la ciencia de los medicamentos, diferenciándolas de los específicos como los entendía la Sección de vigilancia del Colegio de farmacéuticos de Madrid y de los específicos de los llamados especifiquistas entre los farmacéuticos[589]. Consideraba que al farmacéutico le pertenecía la especialidad en la preparación, porque de ella dependían los resultados que esperaba el médico, indicados por "*el raciocinio de la ciencia, y no por los anuncios de fórmulas, que nadie aplica de otro modo con perfecto conocimiento*"[590].

---

[586] "*Para los farmacéuticos del segundo tercio del siglo XIX, específico era sinónimo de secretismo, ilegalidad, arbitrariedad terapéutica, mercantilismo e ineficacia; mientras que la especialidad farmacéutica lo era de antisecretismo, legalidad, eficacia y criterio científico*". Rodríguez Nozal, R.: "Orígenes, desarrollo y consolidación de la industria farmacéutica española (ca. 1850-1936)." *Asclepio*. 2000; 52(1):127-160.

[587] Para la revista "E*l Semanario Farmacéutico"*, se entiende por especialidad farmacéutica, "*la preparación de una ó varias fórmulas consignadas en farmacopeas ó formularios, así como la práctica de toda operación que conduzca á aquella y se relacione con los medicamentos químicos, ó los materiales y productos destinados á obtener unos y otros, y á que se dedique un Profesor constantemente*". Martín de Argenta, V: "Especialidades Farmacéuticas". *El Semanario Farmacéutico*. 1873; 5(24). A esta definición le contestó Strim en: "Especialidades Farmacéuticas". *La Farmacia Española*. 1873; 5(24):328-330. Unos años más tarde, los definía según se había dado en el convencionalismo como: "*Especialidades á todas aquellas preparaciones de fórmula magistral ó no magistral, elaborada exclusivamente por el farmacéutico, de composición inscrita en la etiqueta y expendida por unidades"*. "Especialidades y específicos": El Semanario Farmacéutico, Inserto en: "Un voto en contra": *La Farmacia Española.* 1893; 25(16):246-248.

[588] Texidor y Cos, J.: "Sección Editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1871; 27(19):289-290.

[589] El Colegio farmacéutico de Madrid tomó un acuerdo muy parecido al que se consignó en las actas de la Asociación general farmacéutica de Bélgica sobre estas nuevas formas farmacéuticas debido a los progresos de la ciencia. Texidor y Cos, J.: "Sección Editorial". *El Restaurador Farmacéutico.* 1871; 27(19):561-562.

[590] Strim: "Especialidades en Farmacia". *La Farmacia Española*. 1872; 4(1):1-4.

El Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, en sesión del 15 de Noviembre de 1897, aprobó la definición de especialidad como "*todo medicamento cuya preparación representa estudios particulares, exige una técnica especial y demuestra un adelanto en terapéutica*"[591]. Para Raúl Rodríguez Nozal, la diferencia más importante entre específico y especialidad farmacéutica era su presentación externa, su forma, su estética, la utilización preferente de nuevas formas, en definitiva, la consagración del medicamento industrial, de fórmula declarada y dispuesto al gusto del gran público[592].

Ante el triunfo tan rotundo del comercio de los específicos y de las especialidades, de clara vocación industrial, el sector farmacéutico trataría de reglamentar la fabricación y venta de este tipo de compuestos con la esperanza de asegurarse su monopolio comercializador[593].

En el año 1919 aparecerá la primera definición oficial de especialidad farmacéutica, entendiéndose como: "*todo medicamento de composición conocida, distinguido con el nombre del autor o denominación convencional, dispuesto en envase uniforme y precintado para la venta en la farmacia de aquel y fuera de ella*"[594], modificándose en el año 1924[595] de la forma: *todo medicamento de composición conocida, distinguido con el nombre del autor o denominación convencional, dispuesto en envase original, uniforme y precintado para la venta al público, y en cuyas etiquetas, envoltorios o impresos se trate de sus virtudes curativas*".

[591] Gelpí, F.: "Elaboración y venta de las especialidades". *La Farmacia Española*. 1903; 35(22):337-340.
[592] Ibídem 586; pp127-160.
[593] "*Si es cierto que las especialidades se imponen, sean cuales fueren las causas; si por unos ú otros motivos los profesores las aceptan, las piden y las despachan, no cabe duda que es necesario reglamentar, si es posible, este nuevo orden de cosas que rompe con la legislación farmacéutica, pero que, en último término, nadie desconoce que lleva á la clase por nuevos rumbos que la obligan á salir de los moldes en que está contenida la farmacia científica, aquella honrosísima profesión que lograron dignificar en fuerza de portentosos trabajos nuestros ilustres predecesores*". García, R.P.: "El desorden especifiquero". *La Farmacia Española*. 1889; 21(35):546-549.
[594] Real decreto de 6 de marzo de 1919, aprobando el Reglamento para la elaboración y venta de las especialidades farmacéuticas. *Gaceta de Madrid* nº 72 de 13/03/1919.
[595] Real decreto de 9 de noviembre de 1924, aprobando el Reglamento para la elaboración y venta de las especialidades farmacéuticas. *Gaceta de Madrid* nº 44 de 13/02/1924.

2.2.1.3.2.2. El sistema impositivo a los farmacéuticos:

El impuesto del Descuento en el sueldo a los farmacéuticos titulares. (El debate: ¿son funcionarios o contratados?):

> "(...) *Porque á la postre resulta que cuando puede ser para ellos favorable el concepto de empleado se les niega esta cualidad, y cuando por considerarlos como tales les alcanza alguna gabela, entonces como empleados se les tiene y se les aplica la ley* (…)."[596]

Uno de los impuestos que tenía que soportar la ya maltrecha economía de los profesores titulares de los Ayuntamientos, fue el impuesto de descuento en sus sueldos, al igual que lo sufrían también los funcionarios del Estado, de las provincias y de los municipios.

A raíz del artículo 3 de la ley de presupuestos de 29 de Julio de 1867[597], se implantó un sistema impositivo a nivel nacional que estableció una imposición del 5% sobre las rentas, sueldos, haberes y asignaciones personales y corporativas y que debían satisfacerse de los fondos del Estado, provinciales o municipales, entre los que se incluían el de los funcionarios y clases remuneradas en cualquier concepto por los presupuestos provinciales y municipales. Posteriormente, y a partir de la ley de 8 de Junio de 1870[598], habría que aumentar al 5% establecido un 2'5% adicional cuando el sueldo llegase o excediese de las 1.500 pesetas anuales.

Unos años más tarde y por la necesidad del Gobierno de disminuir sus gastos debido a la precariedad de la economía nacional, se exigió un nuevo sacrificio a los empleados públicos[599] de tal manera que se produjo un incremento en la rebaja de sus haberes y asignaciones para las clases dependientes del Estado, de tal forma que a partir de Octubre del año 1871, la imposición aumentaría al 12% en los sueldos que no excediesen de 2.000 pesetas; un 15% en las que importaran entre 2001 y 10000 pesetas y un 20% para las que excediesen de la suma de 10000 pesetas. En enero

[596] García, R.P.: "El impuesto sobre la dotación municipal". *La Farmacia Española*. 1895; 27(25):385-388.
[597] Ley de 29 de junio de 1867, de presupuestos para el del año económico de 1867 a 1868. *Gaceta de Madrid* nº181 de 30/06/1867.
[598] Ley de 8 de junio de 1870, presupuesto de ingresos del Estado para el año económico de 1870-71. *Gaceta de Madrid* nº160 de 09/06/1870.
[599] Decreto de 28 de septiembre de 1871, aumentando el impuesto sobre sueldos y rentas de las clases dependientes del Estado en la proporción que se indica. *Gaceta de Madrid* nº274 de 01/10/1871.

1873[600] se estableció un gravamen del 20% sobre los sueldos, haberes y asignaciones que devengasen los funcionarios y clases remuneradas en cualquier forma y concepto por los presupuestos provinciales o municipales.

De todas estas Leyes se deduce que lo primero que hizo el Gobierno fue determinar a quiénes alcanzaba el impuesto para después ir acomodándolo a las modificaciones en su escala gradual año tras año[601].

El colectivo de los facultativos titulares consideró este impuesto como una injusticia que se cometía hacia ellos al descontarles un tanto por ciento alzado a las bajas dotaciones que cobraban por el desempeño de unas plazas tan importantes. Además, lo veían falta de equidad frente al resto de empleados del Estado, de las provincias y de los municipios, al considerar que los titulares, además de pagar este impuesto, pagaban también ya la cuota de subsidio industrial que les correspondía conforme a las tarifas de su clase en razón a las utilidades que su ejercicio profesional les rendía, por lo que el descuento sería una segunda contribución por unas mismas utilidades[602].

> *"(...) los facultativos titulares pagan su contribución industrial, como la pagan cuantos ejercen una profesión, un arte ó una industria, y desde el momento en que cumplen con este deber, quedan autorizados para ejercerla, para prestar sus servicios lo mismo al particular, que al municipio, á la provincia y al Estado. No pueden, por consiguiente, equipararse para este efecto con los empleados, únicos á quienes alcanza el descuento, precisamente porque no pagan otra contribución, ni por otro estilo, lo mismo que los anteriormente citados, ayudan a levantar las cargas del país (...)."*[603]

Desde aquí y hasta el final del siglo XIX, el colectivo de los titulares trató de conseguir que se les eximiera de dicho descuento en sus haberes justificándolo a su entender en el erróneo concepto de su clasificación como "empleados del municipio" por parte del Gobierno como motivo de inclusión para el pago de dicho impuesto.

---

[600] "Reglamento provisional de 11 de enero de 1873, para la administración, liquidación y cobranza del impuesto transitorio sobre rentas, sueldos y asignaciones". Inserto en *La América: Crónica Hispano-Americana*. 1873; 17(2):5-6.

[601] En el año 1893 los empleados de los Ayuntamientos contribuirían con el 5 por 100 de sus haberes cuando éstos no excediesen de la cantidad de mil pesetas y con el 11 por 100 cuando dicha cantidad fuera mayor de la expresada. Ley de Presupuestos para el año económico de 1893-94. *Gaceta de Madrid* nº 218 de 06/08/1893.

[602] Martín de Argenta, V: "Dictámenes presentados por las Comisiones y aprobados en el último Congreso médico-farmacéutico: Proyecto de Reglamento para el servicio médico-farmacéutico municipal". *Semanario Farmacéutico*. 1871; 7(31):273-276.

[603] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Resolución injusta". *La Farmacia Española*. 1874; 6(45):689-691.

Alegaban que según lo dispuesto en la ley de Sanidad de 1855[604] y en el reglamento de 11 de Marzo de 1868 en ella encarnado, las relaciones del facultativo titular con la corporación municipal nacían de un contrato especial, hecho con las formalidades que en la referida ley se determinaban y que por lo tanto no se les podían considerar como empleados del municipio sino como contratistas. A su vez, el Gobierno interpretaba el artículo 73 de la Ley Municipal[605] en el sentido contrario dada la capacidad de los Ayuntamientos para el nombramiento y separación de todos los empleados y dependientes pagados de los fondos municipales. De esta forma se provocó el debate de considerar o no a los profesores titulares como empleados municipales, ya que su distinta interpretación provocaba el pago o la dispensa del impuesto del descuento ha dicho colectivo.

A raíz de distintos procesos en los que se solicitó al Consejo de Estado informes al respecto, éste declaró que no debía ni podía considerarse a los facultativos titulares como empleados, y que hacer otra cosa sería proscribir los artículos de la Ley de Sanidad que se referían a los contratos de los profesores con los Ayuntamientos y dar una interpretación torcida á el artículo 73 de la ley municipal forzando su letra. Así, el Consejo de Estado, en un dictamen[606] aprobado

[604] Según el art. 67 de la ley de Sanidad de 1855: "*La asignación anual de los referidos titulares será objeto de un contrato verificado con los ayuntamientos y proporcionado al número de familias pobres á quienes los facultativos se comprometan á auxiliar con los recursos científicos"*. Si el servicio facultativo es objeto de un contrato, parécenos que merece el nombre de contratista el profesor que contrata ese servicio, y no se podría considerar como funcionario del municipio por el desempeño de un servicio que ha sido objeto de contrato especial que señala los deberes y los derechos, y que fija una cantidad como remuneración, y el número de familias á quienes deberá dispensarse el mencionado servicio científico. García, R. P.: "¿Contratistas o empleados municipales?". *La Farmacia Española*. 1883; 15(23):353-357.

[605] Según el artículo 73: "*Es atribución exclusiva de los Ayuntamientos el nombramiento y separación de todos los empleados y dependientes pagados de los fondos municipales y que sean necesarios para la realización de los servicios que están a su cargo. Los funcionarios destinados a los servicios profesionales tendrán la capacidad y condiciones que en las leyes relativas a aquellos se determine*". Ley Municipal de 20 de agosto de 1870, términos Municipales y de sus Habitantes. *Gaceta de Madrid* nº 233 de 21/08/1870.

[606] Anteriormente, se emitió otro informe del Consejo de Estado, aprobado por el Gobierno, en el cual se declara una vez más que los facultativos titulares no son empleados: "(...) *Los Facultativos titulares no son empleados de los Municipios: por eso el Regente del Reino resolvió en 2 de Diciembre de 1869, de conformidad con lo consultado por el Consejo en pleno en 3 de Noviembre anterior, que prestados sus servicios en virtud de un contrato no procedía exigírseles el juramento de la Constitución, ni por consiguiente separarlos de sus cargos si una vez exigido se negasen á prestarlo. Si los Facultativos titulares no son empleados de los Municipios, no les son aplicables las disposiciones del Real decreto de 28 de Noviembre de 1851 y de la Real orden de 17 de Diciembre del mismo año. Su título es el que les autoriza para ejercer su profesión, y sus servicios empiezan el dia que señale el contrato (..).".* Dictamen de la Sección de Gobernación y Fomento del Consejo de Estado en los recursos de alzada interpuestos por

el Ministro de la Gobernación a través de la Real Orden de 4 de Junio de 1872[607], estableció que a los facultativos titulares no se debía ni podía, aun forzando la letra del art. 73 de la ley municipal, considerárseles como empleados ni como dependientes asalariados del municipio,:

> " (…) *Como se vé todo el razonamiento empleado por el Ayuntamiento en apoyo de su acuerdo se funda en que el articulo 73 de la ley municipal declara de su exclusiva atribución, el nombramiento y separación de todos los empleados y dependientes pagados de los fondos municipales que sean necesarios para la realización de los servicios que están á su cargo; pero á poco que se reflexione, se comprende que los facultativos titulares no pueden, bajo ningún concepto, considerarse como empleados ni dependientes asalariados del Ayuntamiento, pues que sus relaciones con la corporación nacen de un contrato que solo puede ser anulado en la forma y con los requisitos al efecto establecidos en las disposiciones vigentes. Esto sentado, es indudable que la ley municipal, ni implícitamente ni explícitamente ha derogado las prescripciones que respecto del particular contiene la ley de Sanidad en sus artículos 70 y 71, para que no puedan ser anuladas las escrituras de los médicos sino por mútuo convenio de estos y de las municipalidades, etc.*"[608].

Pero a pesar de este dictamen, los municipios seguían descontando este impuesto a la mayoría de los facultativos médicos y farmacéuticos titulares, si bien con alguna resistencia por parte de estos. Por este motivo, se produjeron gran cantidad de reclamaciones por parte de la prensa médica, de las Corporaciones facultativas y de algunos particulares, dirigidas unas a la representación nacional y otras al Gobierno, para que se consiguiese una resolución favorable en el asunto del descuento que sufrían los facultativos titulares de sus reducidas dotaciones.

La prensa médica aconsejaba que a quienes se les exigiera el impuesto recurriesen al administrador económico y en caso necesario al Ministro de Hacienda o a los tribunales de justicia para manifestar que, a juicio de los querellantes, estaban

---

D. Manuel Otero García, relativo a la multa que le impuso la Comisión provincial. *La Farmacia Española*. 1874; 6(5):166-170.

[607] Sentencia del Consejo de Estado de 4 de Junio de 1872, dictada con motivo del recurso de alzada interpuesto por el Ayuntamiento de Salamanca contra un acuerdo de aquella Comisión provincial sobre destitución de los médicos titulares de aquella ciudad, y en la cual se resolvió que a los médicos titulares no se les debía considerar en concepto de empleados. Carta del Dr. Castorizes a la redacción de El Genio Médico Quirúrgico, inserta en: "El Doce por ciento". *La Farmacia Española*. 1876; 8(12):181-184.

[608] Strim: "El descuento a los facultativos titulares". *La Farmacia Española*. 1874; 6(5):68-71.

siendo víctimas de un abuso, apoyando su pretensión no solo en las razones poderosas que la abonaban, sino también en el criterio del Consejo de Estado[609].

En contestación a los distintos recursos planteados, la Dirección General de Contribuciones, en completa contradicción con lo manifestado por el alto Cuerpo Consultivo, entendió que aunque según la Real Orden de 4 de Junio no debían ser considerados empleados ni dependientes asalariados del municipio los facultativos titulares, no por eso se podía prescindir del carácter de funcionario renumerado de fondos que salen del presupuesto municipal para retribuir un servicio personal, y que por esta causa estarían sujetos al impuesto las cantidades que por ese concepto percibiese, aunque su abono se verificara en virtud de un contrato[610]. Fue por ese motivo por lo que consideró dicha Dirección que tendrían los titulares carácter de funcionario y por tanto el deber de pagar el impuesto de descuento.

Unos años después, en 1883, sería el propio Tribunal Supremo de Justicia el que atribuiría al profesor titular el carácter de empleado o funcionario municipal:

> *"(...) Es una de las primeras obligaciones del médico titular de un pueblo la asistencia facultativa á los vecinos del mismo con el solo aviso de éstos, y mucho más interviniendo para que lo realice el alcalde, que es jefe suyo, bajo el concepto del carácter de funcionario municipal que tiene (...)"*[611].

---

[609] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Los facultativos titulares no son empleados". *La Farmacia Española*. 1874; 6(13):196.

[610] "(..) *.fundándose en que por real orden de 4 de Junio de 1872, expedida por el Ministro de la Gobernación y otra disposición posterior se declara que los médicos y cirujanos titulares no pueden ser considerados como empleados ni dependientes asalariados del municipio, pues sus relaciones con la corporación nacen de su contrato.…Puesto que aquella única y exclusivamente se encamina á determinar las relaciones entre los Ayuntamientos y los médico-cirujanos titulares en virtud de un contrato y restringir y limitar las facultades de los primeros para destituir á los segundos.…según el caso 4.°., artículo 2.° del Reglamento del 11 de Enero de 1873, el impuesto recae sobre los sueldos, haberes y asignaciones que devengan funcionarios y clases remuneradas y en cualquier forma y concepto por los presupuestos provinciales ó municipales…la citada real órden de 4 de Junio, no deba ser considerado empleado ni dependiente asalariado del municipio, no por eso puede prescindir del carácter de funcionario renumerado de fondos que salen del presupuesto municipal para retribuir un servicio personal, y por esta causa sugetas al impuesto las cantidades que por este concepto perciba, aunque su abono se verifique por virtud de un contrato* (..)". Orden de 31 de agosto de 1874 de la Dirección General de Contribuciones en contestación a un recurso interpuesto por un médico-cirujano titular de Alicante, para que declarándose exento del impuesto y se le devuelva la cantidad que ha satisfecho por dicho concepto. Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Resolución injusta". *La Farmacia Española*. 1874; 6(45):689-691.

[611] Sentencia del recurso de casación por infracción de ley, interpuesto por D. Gabriel Hernández y López contra la sentencia que dictó la sala de lo criminal de la Audiencia de esta capital en causa seguida en el juzgado de Ávila por desobediencia. García, R. P.: "¿Contratistas o empleados municipales?". *La Farmacia Española*. 1883; 15(23):353-357.

En 1895, las diversas interpretaciones que se daban a las órdenes de la Dirección de Contribuciones por parte de las Delegaciones de Hacienda para la observancia del precepto legal motivó por parte del Ministro de Hacienda, el Sr. Navarro Reverter, la aclaración de que los médicos y farmacéuticos titulares, cuyos sueldos figuraban en los presupuestos municipales, se seguirían considerando como empleados del Municipio y sujetos al pago del impuesto de descuento según la Ley de presupuestos vigente, pero con una salvedad, que todo lo que se refiriese a la cantidad que cobrasen los médicos y farmacéuticos por la asistencia a los enfermos que fuesen pobres, es decir, la iguala, no constituiría parte del sueldo y, por tanto, ni podría ni debía considerarse como base y fundamento del impuesto[612].

El impuesto del timbre:

Otro de los nuevos impuestos que debía de afrontar la clase farmacéutica fue el impuesto del timbre móvil, al que consideraron como "*injusto a todas luces, inadecuado, perturbador y en todos sentidos impropio"*[613].

La Ley del Timbre de 1892, en su doble aspecto de impuesto y de renta, grababa fiscalmente a determinados artículos destinados al consumo o a otros menesteres y entre los relacionados con el sector farmacéutico a: "*todos los específicos y aguas minerales de cualquier clase deberán llevar, cuando sean puestas a la venta, un sello de 0,10 pesetas por frasco, caja o botella*"[614]. La transcendencia de esta Ley radicó precisamente en el término "específico", ya que a partir de este momento se aceptaría legalmente. Sin embargo, la falta de una definición clara del mismo motivó que el Gobierno los tuviera que definir a través de una Real Orden en el año 1893 de la siguiente forma:

> "*se entenderá por específico, á los efectos del párrafo octavo del art. 179 de la vigente ley del timbre del Estado, aquel medicamento, nacional ó extranjero, designado con el nombre de sus componentes y el del autor que lo ideó ó confeccionó, no inscrito en la farmacopea oficial, ó que, aun estándolo, se expende por unidad de envase (frasco,*

[612] García, R.P.: "El impuesto sobre la dotación municipal". *La Farmacia Española*. 1895; 27(25):385-388

[613] García, R. P.: "El timbre móvil de los específicos: La Real Orden aclaratoria". *La Farmacia Española*. 1893; 25(26):401-404.

[614] Artículo 179 Apartado 8.° de la ley de 30 de junio de 1892, mandando que se redacte y publique por el Gobierno de la ley definitiva del Timbre del Estado dentro de tres meses, sujetándose a las bases que se expresan. (*Gaceta de Madrid* nº183 de 1/07/1892), siendo el Real decreto de 15 de septiembre de 1892 el aprobatorio del reglamento para el cumplimiento de la ley del Impuesto de Timbre del Estado (*Gaceta de Madrid* nº275 de 1/10/1892)

botella, caja, paquete, etc.) que lo contiene con etiqueta impresa ó prospecto, consignando aquellos particulares, usos ó dosis" [615].

También tuvo que definir el concepto de "*puestos a la venta*" como el momento en que se exponen en el local o locales destinados al efecto. [616]

La clase farmacéutica, que no estaba de acuerdo con esta interpretación, elevó multitud de protestas y reclamaciones al Gobierno pidiendo la supresión del artículo de la Ley del timbre basándose en una serie de circunstancias como eran: que no era equitativo imponer igual gravamen a artículos de precio muy diferente y que siendo la mayoría de los artículos del valor de una peseta, resultaría excesivo el recargo que sufrirían del diez por ciento; además y dado que eran productos de primera necesidad, la mayor parte de los cuales servían para las clases más desvalidas, serían estas las menos indicadas para imponerle estos recargos; que la recaudación del impuesto representaría para el Tesoro una cantidad tan pequeña que no compensaría, en modo alguno, el malestar que ocasionaba[617]; que también se exigiese el impuesto a aquellos específicos que estuviesen en la farmacia sin vender todavía, ya que todo impuesto debería recaer sobre las ganancias, no sobre lo que no lo son y acaso resultasen pérdidas y que no se diere a la palabra específico el significado que propiamente debía de tener, metiendo el impuesto a todo medicamento que fuese encerrado en una caja o frasco y que llevase una etiqueta[618].

[615] Esta Real Orden se realizó para responder al Colegio de Farmacéuticos de Madrid sobre lo que debía entenderse por específicos, cuándo se consideraría puestos a la venta, así como si los expendedores al por mayor de los mismos y de aguas minerales estaban obligados a poner en los respectivos envases el timbre móvil de 10 céntimos. Real orden de 12 de junio de 1893, resolutoria de una instancia del Colegio de Farmacéuticos de esta Corte sobre el uso del timbre móvil de 10 céntimos en la venta de específicos. *Gaceta de Madrid* nº174 de 23/06/1893.

[616] A su vez, la clase farmacéutica lo interpretaría como que deberían de pagar el impuesto de 10 céntimos todos los específicos y especialidades, además de los medicamentos oficinales consignados en la Farmacopea española que se expendiesen por unidad de envase, con tal de que en estos fuese adherida etiqueta impresa que dijera los componentes y el nombre del autor que lo ideó o confeccionó y los usos o dosis. Además consideraban que lo que decía la ley que había gravado, no era el acto de vender específicos y aguas minerales, sino el de ponerlos a la venta, lo cual se realizaba en el momento que se exponían en el local o locales destinados al efecto. De modo que se pagaría el impuesto sobre un objeto que no se sabe si hubiere de llegar a manos del consumidor y si se vendería ese año u otro. García, R. P.: "El timbre móvil de los específicos: La Real Orden aclaratoria". *La Farmacia Española*. 1893; 25(26):401-404 y Ortega, G.: "La cuestión del día". *La Farmacia Española*. 1893; 25(27):417-419.

[617] Proyecto de exposición dirigido a la Cortes elaborado por la Comisión del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona para pedir la derogación del el apartado 8° del art. 179 de la ley del timbre del Estado. El timbre móvil en los específicos. "Proyecto de exposición a las Cortes". *La Farmacia Española*. 1894; 26(4):49-51.

[618] Defensa que realizó el Sr. Ávila en el Congreso de la adición al art. 33 del proyecto de ley de presupuestos para 1895-96 presentada en el Congreso, pidiendo la supresión del timbre de diez

Consecuencia de todo ello resultó una modificación en la Ley del Timbre[619] de tal forma que el art. 7º base 2ª quedó de la siguiente forma: "*El timbre que en la actualidad devengan los específicos y las aguas minerales solo será exigible en el acto de la venta*". A raíz de aquí, los farmacéuticos no vendrían ya obligados a tener que adherir el sello de 10 céntimos en cada uno de los ejemplares de específicos y de aguas minerales que tuviesen en sus oficinas para el despacho, sino que solamente debían de ponerlo en el acto de la demanda[620]. Unos meses después se publicó una nueva Ley del Timbre incorporando dicha modificación en el texto[621].

El impuesto de subsidio industrial y de comercio

Otro de los impuestos al que tuvieron que hacer frente el colectivo farmacéutico de la época fue al impuesto de subsidio industrial y de comercio que gravaba a todo español, no favorecido por la exención, que ejerciese cualquier industria, comercio y profesión, arte u oficio.

En el caso de los farmacéuticos se les incluyó en el epígrafe séptimo de la tarifa cuarta junto al resto de profesionales del orden civil, no exigiéndoles otra cuota por la venta de aguas medicinales al por menor ni por la de aparatos, enseres u objetos de inmediata aplicación curativa[622].

También podían, sin pago de otra cuota, elaborar los medicamentos de composición no definida y practicar análisis químicos y bacteriológicos para facilitar los diagnósticos de las enfermedades, siempre que se realizasen ambas operaciones en los laboratorios anejos a sus respectivas oficinas y se limitasen a vender en ellas al por menor, los expresados medicamentos.

Sin embargo, aquellos Laboratorios farmacéuticos anejos a las oficinas de farmacia, en donde se obtuviesen productos de composición no definida o

---

céntimos en los específicos medicinales y aguas minerales. "El timbre de 10 céntimos". *La Farmacia Española*. 1895; 27(26):403-404.

[619] Ley de 30 de agosto de 1896, modificando los impuestos del presupuesto ordinario de ingresos. *Gaceta de Madrid* nº244 de 31/08/1896.

[620] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: modificación de la Ley del Timbre". *La Farmacia Española*. 1896; 28(37):585.

[621] Real decreto de 25 de septiembre de 1896 autorizando la publicación de la ley del Timbre. *Gaceta de Madrid* nº 271 de 27/09/1896 y Artículo 69 del Real decreto de 11 de octubre de 1896, aprobando el reglamento relativo al impuesto del Timbre. *Gaceta de Madrid* nº288 de 14/10/1896.

[622] Reglamento provisional de 22 de noviembre de 1892 para la imposición, administración y cobranza de la contribución industrial y de comercio (*Gaceta de Madrid* nº 332 de 27/11/1892) y Reglamento de 28 de mayo de 1896 para la imposición, administración y cobranza de la contribución industrial y de comercio (*Gaceta de Madrid* nº 152 de 31/05/1896).

específicos medicinales que se expendiesen al por mayor al comercio, pasarían a incluirse en un epígrafe de la tarifa tercera por considerarlos como industria aparte de lo que supondría el ejercicio de la profesión de farmacéutico, teniendo que pagar la cuota correspondiente a dicha tarifa. De igual forma pasaba con el resto de Laboratorios químicos o farmacéuticos en donde se obtuviesen productos o específicos medicinales que se expendiesen al comercio o suministrasen al por mayor a otros farmacéuticos, los cuales se incluirían también en el epígrafe 179 de la Sección de Fábricas de productos químicos, incluidos igualmente en la tarifa tercera[623].

2.2.1.3.2.3. Las pensiones sanitarias y los haberes pasivos de los farmacéuticos titulares

Las pensiones sanitarias:

"(...) *si fuese á referir cuantas particularidades contiene cada uno de esos expedientes, que con tanto detenimiento como satisfacción ha estudiado. Ellos encierran una historia tan triste como consoladora á la vez para la sociedad afligida por uno de esos azotes que de tiempo en tiempo diezman las poblaciones esparciendo el terror y la angustia en las familias.*

En esos momentos en que el pavor absorve todas las facultades, en que el egoísmo suele sobreponerse á toda consideración, en que las afecciones mas caras se ven relajadas á impulso del deseo de propia conservación, es cuando los profesores de la ciencia de curar han prodigado, no solo los consuelos de su ciencia, sino que como custodios y salvadores de sus enfermos, han luchado á brazo partido con la epidemia, renunciando á su natural descanso, prescindiendo de sus familias, y olvidándose de las propias dolencias de que se veian acometidos, hasta que la fria parca les arrebataba despiadadamente del lecho de los moribundos, en cuyo obsequio se inmolaban (...)".[624]

En el año 1854 se va a produjo en la Península Ibérica la segunda acometida del cólera asiático y, mientras la mayoría de los pueblos solicitaron facultativos para encargarse de la asistencia a los enfermos, el Gobierno dictó órdenes para intentar contener la epidemia prohibiendo al mismo tiempo a los facultativos titulares el abandono de su residencia en dichas épocas de epidemia o contagio, ofreciendo

[623] Real Orden de 31 de marzo de 1902, resolutoria de un expediente sobre modificación del epígrafe 179 de la tarifa 3ª de industria. *Gaceta de Madrid* nº105 de 15/04/1902.

[624] Preámbulo del Real decreto de 22 de enero de 1862, aprobando el reglamento para la concesión de las pensiones establecidas por los artículos 74, 75 y 76 de la ley de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 37 de 06/02/1862.

recompensas a aquellos facultativos médicos y farmacéuticos que se prestasen en tan críticos momentos a dispensar sus servicios profesionales prometiéndoles que si, por desgracia sucumbían, "*la patria agradecida no abandonaría a las familias de los profesores que muriesen en tiempo de epidemia por su extremado celo en el cumplimiento de sus deberes*" [625].

Cumpliendo su promesa el por entonces Ministro de la Gobernación Francisco Santa Cruz, incluyó en el proyecto de Sanidad enviado a las Cortes seis artículos que regulaban esas pensiones sanitarias, los cuales fueron modificados durante la tramitación parlamentaria de la Ley de Sanidad de 1855. En ellos, se establecía que los profesores titulares que en tiempo de epidemia o contagio se inutilizasen para el ejercicio de su facultad por haber desempeñado su profesión, serían recompensados por las Cortes, a propuesta del Gobierno, con una pensión anual por el tiempo que causase su inutilización, así como a las familias de los profesores titulares que falleciesen en el desempeño de sus funciones facultativas[626]. De igual forma también disfrutarían del mismo beneficio aquellos facultativos no titulares que ofrecieran sus servicios en una epidemia o contagio y se inutilizasen para su ejercicio profesional.

---

[625] García, R.P.: "Las pensiones sanitarias". *La Farmacia Española*. 1895; 27(21):321-325.

[626] Ley de 28 de noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº1068 de 07/12/1855:

"*Artículo 74: Los profesores titulares que en tiempo de epidemia o contagio se inutilicen para el ejercicio de su facultad, a causa del extremado celo con que hayan desempeñado su profesión en beneficio del público, serán recompensados por las Cortes, a propuesta del Gobierno, con una pensión anual que no baje de 2,000 rs., ni pase de 5,000, por el tiempo que cause su inutilización , teniendo para esto presente los servicios prestados por los aspirantes a esta gracia, y los méritos que anteriormente tengan contraídos. Para optar a esta pensión, es preciso que estén comprendidos en algunos de los casos que determinará la disposición especial que forme el Gobierno, oyendo al Consejo de Sanidad.*

Art. 75. De igual beneficio disfrutarán los facultativos no titulares que, al presentarse una epidemia ó contagio en determinada localidad, ofrezcan sus servicios á las autoridades en obsequio de los invadidos de la población y se inutilicen para el ejercicio profesional á consecuencia de su celo facultativo en el desempeño de sus funciones, y los profesores que voluntariamente, ó por disposición del Gobierno y sus delegados, pasea de un ponto no epidemiado á otro que lo esté , sin perjuicio de que á unos ,y otros se les abonen las dietas que estipulen con los Ayuntamientos o los vecinos.

Art. 76. Las familias de los profesores comprendidos en los artículos 74 y 75, que falleciesen en el desempeño de sus funciones facultativas, disfrutarán de una pensión de 2 a 5,000 rs. concedida en los términos ya expresados.

En todos los casos para optar a pensión ha de preceder la justificación de hallarse comprendidos en alguno de los casos que determinará la disposición especial del Gobierno, donde constará también qué individuos de la familia y por qué tiempo tendrán derecho a la pensión por fallecimiento de los facultativos".

Para optar a dicha pensión, tendrían que justificar hallarse comprendidos en alguno de los casos que determinase una disposición especial del Gobierno, y posteriormente ser aprobado por las Cortes a petición del Gobierno. Como dicho reglamento no se dictó hasta el año 1860[627], todos los expedientes de pensión solicitados por los inutilizados y por las familias de los fallecidos a consecuencia de la epidemia colérica de aquel bienio quedaron retenidos por el Gobierno a expensas de enviarlos a las Cortes para su aprobación[628].

Aunque se dictó el Reglamento para la concesión de las pensiones en el año 1860, no fue hasta la modificación de éste dos años después a través de otro Real Decreto[629] y a cargo también del Ministro de la Gobernación Posada Herrera, cuando se tramitaron los primeros proyectos de ley a las Cortes para las concesiones de las pensiones. La diferencia sustancial con el anterior fue la incorporación de los profesores de Farmacia al derecho a la recompensa de la pensión, dado el profundo malestar que su "olvido" había causado en dicho colectivo hasta que fue subsanado el error. En dicho Reglamento se regulaba a los profesores de medicina, cirugía y farmacia que tendrían derecho a solicitar la pensión[630], así como el de sus viudas e hijos nacidos en legítimo matrimonio y se establecía el contenido del expediente[631] y el procedimiento para su tramitación[632].

---

[627] Real decreto de 15 de junio de 1860, aprobando el reglamento para la concesión de las pensiones establecidas por los artículos 74, 75 y 76 de la ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855. *Gaceta de Madrid* nº 173 de 21/06/1860.

[628] Con motivo de una pensión solicitada por la viuda de un médico-cirujano fallecido por el cólera mientras asistía en hospitales de Badajoz, preguntó un diputado en el Congreso al Gobierno si estaba vigente la Ley de Sanidad y si se habían dado los reglamentos para su ejecución, a lo que se alegó ya por el año 1855 y 1856 se habían reunido todos los antecedentes para saber qué familias de profesores o qué profesores inutilizados se hallaban en el caso de poder optar la recompensa y que pensaba el gobierno remitir a las Cortes un proyecto general que abrazase todos los casos especiales que debieran estar incluidos en él, formando al mismo tiempo los reglamentos para dar cumplimiento exacto a esta ley, pero con el cambio de Cortes no se continuó la publicación del reglamento. El Ministro de Gobernación Posada Herrera aseguró que "*era justo que a las viudas de los profesores que han fallecido prestando importantes servicios al Estado en las epidemias se les conceda una pensión, y que el gobierno se ocupa de preparar el proyecto que traerá á las Cortes sobre esta materia*". Ruiz, R.: "Parte editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1859; 15(5):17-18.

[629] Real Decreto de 22 de enero de 1862, aprobando el reglamento para la concesión de las pensiones establecidas por los artículos 74, 75 y 76 de la ley de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 37 de 06/02/1862.

[630] En cuanto a los farmacéuticos titulares y según los artículos 4 y 5, optarán a la pensión de 5,000 reales los facultativos que se inutilicen desempeñando las plazas de titulares, o prestando sus servicios a invitación o por mandato de la autoridad con la retribución correspondiente. Si el profesor es soltero se le concederá la pensión de 2,000 rs. anuales.

[631] Según el artículo 8: El expediente, a instancia de los interesados ante el alcalde del pueblo donde hayan prestado los servicios que hubieren ocasionado su inutilización, constará de los siguientes documentos:

1º. *Certificación de tres facultativos, legalizada, en que se acredite que el aspirante á la pension ó su causante se hallaba libre, antes de empezar la epidemia ó contagio á que se atribuya su inutilidad ó*

A raíz de los proyectos de Ley presentados por el Gobierno se aprobaron tres leyes en las Cortes (5 de Marzo, 4 de Mayo y 4 de Junio de 1862) concediéndose hasta ciento veintiuna pensiones sanitarias[633-634].

Como consecuencia de la discusión de la última de estas leyes en el Senado, se dictó la Real Orden de 23 de Mayo de 1862[635], la cual fijaba un plazo de treinta días para solicitar la concesión de las susodichas pensiones en la Península y de cuatro meses en Ultramar, con el objetivo de no dejar un plazo indefinido para reclamar y también fijar el mismo plazo a la hora de reclamar en las siguientes situaciones de epidemia o contagio desde que falleciese o se inutilizase para el ejercicio de su profesión.

Posteriormente[636], el Ministro de la Gobernación Sagasta, emitió otra Orden[637] recordando a los Gobernadores de las provincias que no admitiesen

---

muerte, de todo padecimiento físico que haya podido ocasionarla, y que falleció ó quedó inútil á consecuencia de la enfermedad epidémica ó de otra contraída durante el azote; espresando en este último caso, basta donde la ciencia lo permita, si la epidemia pudo influir ó nó en el termino del padecimiento.

2º. Los títulos y diplomas ó testimonios legalizados de ellos en que se acredite el grado del interesado en la profesión, condecoraciones, méritos y servicios estraordinaríos que haya prestado en la facultad.

3º. Una información de 12 testigos, vecinos del pueblo, mitad pobres y mitad acomodados, en la que depongan cuanto sepan acerca de la conducta facultativa observada por el profesor durante la existencia de la epidemia ó contagio basta el momento en que quedó inutilizado, á cuya información acompañarán los informes del procurador síndico. Junta municipal de Sanidad y un atestado del cura párroco.

[632] Una vez completado el expediente, el alcalde se lo remitiría con un informe al Gobernador de la provincia que, una vez oído el dictamen del Consejo y Junta de Sanidad provinciales lo elevaría al Ministro de la Gobernación para su resolución por el Gobierno oyendo previamente al Consejo de Sanidad del Reino. A su vez lo elevaría a las Cortes como proyecto de Ley para su concesión definitiva.

[633] García, R.P.: "Las pensiones sanitarias". *La Farmacia Española*. 1895; 27(21):321-325.

[634] A raíz de estas concesiones se produjo una felicitación por parte de los principales periódicos de medicina, cirugía y farmacia a los diputados que formaron parte de las comisiones nombradas en el Congreso para emitir los dictámenes sobre pensionar a los facultativos y sus familias por los servicios prestados en las epidemias. Chiarlone y Gallego del Rey, Q: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1862; 18(20):77-78.

[635] Real Orden de 23 de mayo de 1862, fijando un término improrrogable dentro del cual acudirán los Facultativos inutilizados y las viudas y huérfanos de Profesores que murieron á consecuencia de alguna epidemia prestando los auxilios de su facultad. *Gaceta de Madrid* nº 151 de 31/05/1862.

[636] Los representantes de los periódicos médicos solicitaron al Gobierno la derogación de la Real Orden de 1862 porque el plazo para solicitar las pensiones era tan breve que hacía ilusorio el derecho consignado en la ley y anulaba los buenos propósitos del legislador para premiar modestamente a las familias de los profesores victimas del cumplimiento de sus deberes en tiempos de epidemia. Marín y Sancho, F.: "Sección editorial: Las pensiones sanitarias". *La Farmacia Española*. 1885; 17(47):737-741 y 1886; 18(21):323-25 y León y Cascante, M.: "Las pensiones de la Ley de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1885; 17(47):737-741.

[637] Orden de 20 de julio de 1869, disponiendo que no se admita instancia sobre pensiones a las viudas o huérfanas de Facultativos fallecidos á consecuencia de servicios prestados durante las épocas de epidemia. *Gaceta de Madrid* nº 204 de 23/07/1869.

instancia alguna cuyo objeto fuese el reconocimiento de derechos que habían caducado por no haberlos solicitado en el plazo oportuno.

A partir de 1862, los interesados en que se les reconociese dicha pensión tenían que reunir los documentos y pruebas en acatamiento a lo que disponía el reglamento, luego tendría que recorrer el expediente oficinas, juntas y consejos superiores y, cuando se hallaba ya completo y favorablemente informado y aun resuelto, se dejaba "*dormir el sueño del olvido*", juntándose con el de sus compañeros de infortunio que esperaban un año y otro a que el ministro se enterase de que había una ley de sanidad, y de que esa ley le imponía el deber de llevar a las Cortes los proyectos de pensión. De hecho, en lo que restó de siglo XIX no se llevó a las Cortes ningún proyecto de Ley por parte del Gobierno para las concesiones de las pensiones sanitarias, excusándose en:

> "(...) *Que las pensiones son muchas y que se impone al Tesoro una carga excesiva; que los expedientes se forman con facilidad extraordinaria por lo mismo que los pueblos no ven inconveniente en exajerar los méritos del causante; que la votación de pensiones se obtiene pocas veces de las Cámaras; que en todo caso se impone la necesidad de un examen atento é imparcial de los expedientes; que las Cortes mostráronse en otro tiempo poco dispuestas á decretar estas recompensas; (...).*"[638]

A pesar de ello, no faltaron los intentos de algunos diputados de llevar dichos expedientes ya aprobados a las Cortes como proyectos de ley, aunque estos intentos resultaron estériles como consecuencia de las circunstancias de pobreza del erario público[639] o bien de los continuos cambios políticos de la época que motivaban que cuando estaba a punto de tramitarlos a las Cortes, éstas se disolvían[640].

---

[638] Marín y Sancho, F.: "Los anuncios del día: anuncio de un proyecto de ley". *La Farmacia Española*. 1888; 20(11):161-163.

[639] Sobre la pregunta que realizó el Sr. Arias de Miranda al Ministro de Gobernación Silvela en el Congreso por el motivo de incluir el artículo 30 sobre las pensiones sanitarias en el nuevo Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos de 1891 para dos días después quitar toda esperanza de cobro a los que lo solicitaron, manifestó que: "*Hay que resignarse á ser soberanamente injusto*", que "(...)*las circunstancias del presupuesto y del Tesoro son tales, que en materia de economías y, sobre todo, tratándose de contener los gastos, no hay que pensar en la justicia ó en la injusticia, hay que resignarse á ser soberanamente injusto; porque la primera de las justicias es la de poder pagar nuestras*(..) y que "(..) *la resolución es irrevocable, mientras duren las actuales angustiosas circunstancias de nuestra Hacienda, si bien no quiero borrar de la ley ese precepto, por si, considerando como yo lo considero justo, fuera posible cuando cambien las circunstancias de nuestro Tesoro, atender á esa cuestión*". Marín y Sancho, F.: "En el Congreso: Otra vez las pensiones sanitarias". *La Farmacia Española*. 1891; 23(28):433-438.

[640] En 1888 fue el diputado Romero Gilsanz el que pidió al Ministro de la Gobernación que presentará un proyecto de ley para que se consignara el crédito necesario para abonar las pensiones concedidas a

En total, se estimaron en 212 los expedientes resueltos favorablemente por el Ministerio de la Gobernación hasta Julio de 1896 y que debieron haber sido objeto de proyecto de ley, de los cuales sólo tres correspondieron a facultativos inutilizados, y los restantes a viudas o huérfanos, 21 a familias de farmacéuticos y 91 a las de profesores de Medicina y Cirugía, siendo el importe anual de las 212 pensiones de 166.500 pesetas[641].

En 1903, el Director General de Sanidad, Carlos María Cortezo, con objeto de recopilar los datos relativos a las pensiones, remitió un anuncio[642] solicitando a los facultativos inutilizados en el servicio durante las epidemias, o de las viudas y huérfanos de los que en igual servicio hubiesen fallecido, que hubiesen solicitado tales pensiones y que tuviesen conclusos sus respectivos expedientes con arreglo a las disposiciones del reglamento de 22 de enero de 1862, las instancias y documentos que justificasen el encontrarse todavía en las condiciones requeridas por los referidos artículos de la ley y del reglamento,

---

las viudas y familias de médicos muertos en tiempo de epidemia, a lo que respondió el Ministro Albarada que antes de llegar a la aprobación por las Cámaras del proyecto de ley que implicaba un nuevo gasto para el Estado, tendría que ponerse de acuerdo con el Ministro de Hacienda. Marín y Sancho, F.: "Los anuncios del día: anuncio de un proyecto de ley". *La Farmacia Española*. 1888; 20(11):161-163. En 1889, el Sr. Reina y Montilla pregunta al Ministro de la Gobernación: Ruiz Capdepón cuando iba a presentar el Gobierno los proyectos de Ley referentes a las pensiones, a lo que alegó que estaba dispuesto a presentar al Congreso un proyecto de ley redactado en la época en que el señor D. Venancio González se encontraba al frente del mismo. Marín y Sancho, F.: Las pensiones sanitarias. La Farmacia Española. 1889; 21(12), pp181-182. En 1895, el diputado Llorents presentó una enmienda al presupuesto del Ministerio de Gobernación pidiendo que se consignara un crédito de 100.000 pesetas para satisfacer las pensiones otorgadas a los hijos de médicos y cirujanos muertos a consecuencia de epidemias. Terminaba su enmienda de la siguiente forma "*me basta con que el país se entere de lo que sucede con las concesiones que hacen los ministerios á favor de las familias de los que pierden la vida en cumplimiento del deber, y con pedir que, ya que no se pague, no se dé muestra de generosidad en pedazos de papel dictando reales órdenes que no han de tener cumplimiento"*. García, R.P.: "Las pensiones sanitarias". *La Farmacia Española*. 1895; 27(21):321-325. En 1897, el Senador Manuel Iglesias y Díaz presentó dos días antes de que se cerrasen las Cortes una proposición de Ley para que los facultativos inutilizados y las familias de los fallecidos a consecuencia de su excesivo celo en la asistencia de los pueblos azotados por la epidemia mortífera cobraran las modestas pensiones sanitarias. Marín y Sancho, F: "Dos proposiciones de Ley: Las pensiones sanitarias". *La Farmacia Española*. 1897; 29(23):353-356. En 1895 y 1890 se intentó regular el tema de las pensiones sanitarias a través de proyectos de reforma de la Ley de Sanidad del año 1855, pero los cambios ministeriales impidieron su discusión en el Congreso. García, R.P.: "La Ley de Sanidad en Proyecto y las pensiones sanitarias". *La Farmacia Española*. 1900; 32(6):81-83.

[641] Fue la relación pedida al Ministro de la Gobernación por el Sr. Dr. D. Manuel Iglesias y Díaz, y remitida al Senado. Marín y Sancho, F: "Pensiones a facultativos inutilizados en epidemias, y a las familias de los fallecidos por la misma causa". *La Farmacia Española*. 1897; 29(21):331.

[642] Dirección General de Sanidad. Anuncio relativo a la remisión de instancias en solicitud de pensión por los facultativos inutilizados para el ejercicio de su profesión en tiempo de epidemia. *Gaceta de Madrid* nº174 de 23/06/1903.

"*La patria agradecida, decía el Sr. Santa Cruz en 1854, no abandonará á las familias de los facultativos que mueran prestando sus servicios á los pueblos en las épocas calamitosas de epidemias mortíferas; y la patria se cansó pronto de cumplir la promesa que hiciera, á nombre suyo y en momentos críticos, el citado ministro de la Gobernación, de muy grata memoria para las clases médicas, pues, haciendo honor á su palabra, consignó en el proyecto de ley, que fué sancionado por la Corona y que rige desde 1855, las pensiones de que hablan sus artículos 74, 75 y 76.*

Y ese olvido perdura... con circunstancias agravantes".

Al final, la Ley de las pensiones sanitarias no se aprobó hasta el año 1912[643], aduciendo los distintos Gobernantes la falta de presupuesto para no tramitar lo que reconocían todos como un derecho, publicándose finalmente su reglamento de ejecución en el año 1915[644]. [645]

Los haberes pasivos de los farmacéuticos titulares

"(...) *no existe clase social que exceda á la médica y farmacéutica en sacrificios personales, pues que ninguna otra ciencia de aplicación reclama con igual vehemencia constante laboriosidad, cultivada inteligencia y abnegación rayana en el heroísmo en épocas y casos determinados (...).*

(...) Se impone impedir el tristísimo hecho, por desgracia ocurrido ya, de que alguno de esos heróicos soldados de la ciencia de curar ó sus familias, se vean precisados á demandar una limosna después de sacrificarse en bien de la humanidad doliente (...)."[646].

[643] Ley de 11 de julio de 1912, declarando con derecho a pensión a los funcionarios que se hayan inutilizado o se imposibiliten en lo sucesivo a causa de haber prestado los servicios que se indican. *Gaceta de Madrid* nº195 de 13/07/1912.

[644] Real decreto de 5 de enero de 1915, aprobando con carácter definitivo el Reglamento para la aplicación de la ley sobre pensiones del Estado a los Facultativos inutilizados o que se inutilicen con motivo de los servicios extraordinarios que presten en época de epidemias, y a sus viudas y huérfanos. *Gaceta de Madrid* nº 12 de 12/01/1915.

[645] Hasta la aprobación de la Ley de las pensiones sanitarias de 1912, solo se aprobaron por ley 48 pensiones más a viudas y huérfanos de facultativos fallecidos como consecuencia de epidemias (Ley de 5 de enero de 1909, concediendo pensiones a viudas y huérfanos de los facultativos fallecidos a consecuencia de epidemias. *Gaceta de Madrid* nº 6 de 06/01/1909).

Sobre las pensiones sanitarias, léase en la revista *La Farmacia Española*: 1904; 29(36):453-455, 46(36):729-730 y 47(36):741-743; 1905; 1(37):10 y 25(37):393; 1906; 6(38):89-90; 1907; 32(39):505-506; 1908: 11(40) pp165-166, 45(40) p714, 48(40) p762 y 53(40) p836; 1909: 2(41) pp25-26 y 6(41) pp85-86; 1910; 50(42):794; 1911; 14(43):217-218 y 22(43):337-339, 1912; 30(44):473 y 45(44):713-714, 1914; 21(46):330 y 1915; 3(47):38-40.

[646] "Proyecto de Ley, concediendo derechos pasivos a los facultativos titulares", inserto en: *La Farmacia Española*. 1895; 27(6):81-83.

Como consecuencia de las bajas retribuciones que tenían los facultativos y farmacéuticos titulares por la asistencia a las familias pobres y a los enfermos desvalidos que les hacía imposible cualquier ahorro, el Gobierno quiso recompensar a dicho colectivo, al igual que lo hizo previamente con los maestros, maestras y auxiliares de 1ª enseñanza, aprobando en el año 1895 un Proyecto de Ley[647] para conceder derechos pasivos a los médicos, farmacéuticos y facultativos de segunda clase que fuesen titulares de los municipios, así como a sus viudas y huérfanos y de esta forma compensar de alguna manera sus grandes y notorios servicios prestados con el fin de que les sirviera de consuelo para que en la vejez no careciesen de lo necesario para vivir, ni cuando ellos falleciesen a sus viudas y a sus hijos[648].

La Comisión del Senado encargada de emitir el dictamen relativo al proyecto de ley presentado por el Ministro de la Gobernación Trinitario Ruiz y Capdepón, informó favorablemente del mismo introduciendo algunas modificaciones dirigidas a asegurar el éxito de la Ley. Tendrían derecho a jubilación desde el 1 de enero de 1896 todos aquellos farmacéuticos titulares que hubiesen estado más de 20 años de servicio en propiedad como farmacéutico municipal, estableciéndose la escala en función de los años prestados en periodos de cada cinco años (25, 30, 35 y 40 años); de igual manera tendrían derecho a pensiones las viudas y a orfandad los hijos legítimos de aquellos. Además, se fijarían los fondos para atender el pago de las jubilaciones y pensiones y se exigiría la edad de 65 años para solicitar la jubilación, salvo el caso de imposibilidad física.

Pasó con modificaciones el proyecto de Ley y llegó al Congreso, nombrándose la Comisión correspondiente para emitir dictamen, pero dicha Comisión no se ocupó siquiera en dar el dictamen que le había encomendado la Cámara porque de nuevo un cambio de Gobierno y de política, en el que dejó la

[647] Así opinaba el Gobierno respecto de la clase médica y farmacéutica para justificar la necesidad de otorgarle los derechos pasivos a dicho colectivo. Real decreto de 29 de enero de 1895 autorizando al Ministro de la Gobernación para presentar á las Cortes un proyecto de ley concediendo derechos pasivos a los Médicos, Farmacéuticos y Facultativos de segunda clase que sean titulares. *Gaceta de Madrid* nº 33 de 02/02/1895.

[648] Con fin también de ayudar a los profesionales y a sus familias se crearon a nivel privado como Sociedades Benéficas los Montepíos, siendo el más importante durante la segunda mitad del siglo XIX a nivel del colectivo sanitario médico y farmacéutico principalmente el Montepío Facultativo. Éste se creó a través de la Real Orden de 29 de octubre de 1858 con el objeto la protección de sus socios a través de la adquisición del derecho a pensión una vez que se jubilasen o bien las familias en caso de que falleciese. Sobre el Montepío Facultativo léase: *La Farmacia Española*. 1878; 10(16):249-252, 1884; 16(21):327-329, 1890; 22(36), p570 y 1895; 27(36):561-565. Sobre el Montepío Farmacéutico creado en 1897 léase: "Montepío Farmacéutico (Asociación de protección mutua entre la clase farmacéutica)". *La Farmacia Española*. 1897; 29(32):505.

presidencia del Consejo de Ministros el Sr. Sagasta reemplazándole en el poder el Sr. Cánovas del Castillo, hizo que las Cortes dieran prioridad a leyes económicas y de Gobierno, dejando aparcadas otras tan importantes para la clase farmacéutica como fueron el proyecto de Ley de Sanidad y el proyecto de Montepío de titulares[649],

En 1902, el marqués de la Hermida presentó en el Senado otra proposición de ley muy parecida a la presentada en el Senado el Ministro de Gobernación D. Trinitario Ruiz Capdepón en 1895, concediendo derecho a la jubilación a los médicos y farmacéuticos titulares en propiedad de los Municipios las viudas, y a orfandad los hijos legítimos de aquéllos, con la diferencia de prescindir de la Junta central que debía de constituirse a semejanza de la que dirige el Montepío de los maestros de instrucción primaria, y de encomendar a la Dirección general de Sanidad y a las Juntas provinciales del ramo la recaudación, administración de fondos, distribución y pago de jubilaciones y pensiones[650].

La Comisión del Senado que tenía que emitir el dictamen sobre dicho proyecto de Ley justificaba esa necesidad que tenía el colectivo de los facultativos municipales de la siguiente forma:

> *"(...) Porque es sabido que el rudo, incesante y humanitario trabajo de los facultativos municipales en la inmensa mayoría de los pueblos de España, tiene tan exigua dotación, que si les llega para mantener, aunque sin holgura, á sus familias, no les alcanza para procurarse el ahorro con el cual sus viudas y huérfanos puedan atender á las necesidades de la vida en el porvenir, y esta amarga preocupación forzosamente influye en el modo de ejercer su ministerio, amenguando la energía y eficacia de su labor penosa (...)".*

A pesar de que se leyó el dictamen sobre la proposición de Ley el 25 de noviembre de 1902[651] en el Senado, una nueva crisis política provocó la disolución de las Cortes, impidiendo nuevamente la aprobación del citado proyecto de montepío de titulares[652].

[649] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: El cambio político". *La Farmacia Española*. 1895; 27(14):217 y "Crónicas: Comisión parlamentaria". *La Farmacia Española*. 1895; 27(15):234.
[650] Real Orden de 25 de febrero de 1902. Inserta en: Marín y Sancho, f.: "Otro proyecto de Montepío de titulares". *La Farmacia Española*. 1902; 34(12):177-179.
[651] Inserto en: "El Montepío de Titulares". *La Farmacia Española*. 1902; 34(49):771-773.
[652] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Trabajos perdidos". *La Farmacia Española*. 1902; 34(51): p809.

2.2.1.3.2.4. Los Intrusos en la profesión de farmacia

> "(...) *los farmacéuticos, atribuyendo con razón al intrusismo uno de sus más profundos males, le han combatido con mayor ó menor energía, empleando las nobles armas de la ley y resultando vencedores siempre en el terreno legal, pero vencidos en el terreno de los hechos (...)*"[653]

Uno de los mayores acosos a los que se enfrentó el colectivo farmacéutico en la segunda mitad del siglo XIX, muy especialmente los farmacéuticos del medio rural y entre ellos los farmacéuticos titulares, fue el sufrido como consecuencia del intrusismo en la profesión de farmacia.

Reglamentariamente, fue a través de la Ley de Sanidad de 1855[654] y de las Ordenanzas de Farmacia de 1860[655], cuando el Estado concedió a los farmacéuticos la exclusividad en la preparación y dispensación de medicamentos, estableciéndose así el monopolio de la farmacia al mismo tiempo que se reglamentó rígidamente la actividad de los farmacéuticos incluyendo sus responsabilidades en el Código Penal[656], encargándose de controlar también el intrusismo profesional[657]. Sin embargo, y a pesar de la claridad y determinación de estas leyes, fueron innumerables los intrusos que incesantemente y a todas horas usurpaban los derechos de los profesores de farmacia.

[653] García, R.P.: "Un aplauso merecido". *La Farmacia Española*. 1875; 7(48):753-757.
[654] Según el artículo 81 de la Ley de Sanidad de 1855, se establece que "*Solo los farmacéuticos autorizados con arreglo a las leyes podrán expender en sus boticas medicamentos simples o compuestos, no pudiendo hacerlo sin receta de facultativo, de aquellos que por su naturaleza lo exijan*".
[655] Según el artículo 2 de las Ordenanzas para el ejercicio de la Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales de 1860, se establece que: "*La elaboración y venta de los medicamentos corresponde exclusivamente a los Farmacéuticos aprobados y con título legal para el ejercicio de su profesión*".
[656] El Código Penal consideraba delito el fingirse profesor de una facultad que requiere título; el elaborar o vender, sin estar autorizado, sustancias nocivas a la salud o productos químicos que puedan causar daños; el suministrarlos faltando a los reglamentos, y el facilitarlos deteriorados por los boticarios o sustituidos unos por otros. Circular nº315 de 21 de agosto de 1868 del Gobernador de la provincia de Navarra D. Manuel Moreno González, inserta en: "Sección Varia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1868; 24(36):572-573.
[657] Sobre el intrusismo en el código penal léase: Martínez-Pereda Rodríguez, J.M.: "Intrusismo Punible y conflictos en las distintas especialidades médicas". *Derecho y salud*. 1997. 5(1):1-17.

La competencia en la persecución y castigo de las intrusiones correspondía a los Tribunales de Justicia[658], por hallarse comprendidos estas infracciones dentro de las sanciones establecidas para delitos y faltas según los artículos del Código penal, sin perjuicio de las atribuciones que tenían los Gobernadores de velar muy especialmente por el cumplimiento de las leyes sanitarias o higiénicas de sus Provincias.

Los Gobernadores podrían instruir por sí mismos o por sus delegados las primeras diligencias en aquellos delitos cuyo descubrimiento se debiese a sus disposiciones y a sus agentes e imponer multas, tanto a los intrusos que hubiesen desobedecido sus requerimientos, como a los alcaldes que consintieran los abusos o a los Subdelegados de medicina, farmacia y veterinaria que por apatía, tolerancia o debilidad no hubiesen cumplido sus obligaciones[659].

Los Subdelegados de Sanidad, serían a su vez los encargados de vigilar y reclamar el cumplimiento de las leyes, ordenanzas, decretos, reglamentos, instrucciones y órdenes relativas a todos los ramos de Sanidad, en el cual estaría comprendido el ejercicio de la farmacia; la elaboración, introducción, venta y aplicación de las sustancias que pudieran usarse como medicinas, o ser consideradas como venenos[660].

Pero a pesar de las Reales Órdenes y Órdenes que aprobaba el Gobierno para evitar las intrusiones y de las continuas Circulares[661] que emitían los Gobernadores hacia los alcaldes y muy especialmente a los Subdelegados de Sanidad para que

[658] La doctrina de que la persecución y castigo de las intrusiones correspondía a los Tribunales de justicia la fijaba unánimemente las reales órdenes de 30 de Marzo y 11 de Octubre de 1882, en cuanto a las intrusiones en el ejercicio de la veterinaria; la Jurisprudencia sentada por el Tribunal Supremo en 27 de Setiembre de 1888, 21 de Octubre y 10 de Noviembre de 1889, el Real Decreto de 9 de Marzo de 1890, resolviendo a favor de la autoridad judicial una competencia y las reales órdenes de 4 de Marzo y 11 de Abril de 1891. Real Orden de 10 de octubre de 1894, dictando disposiciones para evitar abusos en perjuicio de la salud pública en el ejercicio de las profesiones médicas. *Gaceta de Madrid* nº 285 de 12/10/1894.

[659] Eran tan repetidos los abusos en el ejercicio de las profesiones médicas con perjuicio de la salud pública que se denunciaban, que el Ministerio de Gobernación tuvo que sacar una Real Orden para fijar el criterio que debían mantener los gobernadores civiles y sus delegados administrativos, como los alcaldes y Subdelegados de medicina, farmacia y veterinaria frente a las intrusiones. Real orden de 10 de octubre de 1894, dictando disposiciones para evitar abusos en perjuicio de la salud pública en el ejercicio de las profesiones médicas. *Gaceta de Madrid* nº 285 de 12/10/1894.

[660] Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino, aprobado por S.M. en 24 de julio de 1848. *Gaceta de Madrid* nº 5076 de 6 de agosto de 1848

[661] Como ejemplo de las mismas se podrían citar la "Circular del Gobernador de Valencia de 17 de julio de 1868", inserta en *El Restaurador Farmacéutico*. 1868, 24(34):541-542 y la "Circular nº315 de 21 de agosto de 1868 del Gobernador de la provincia de Navarra D. Manuel Moreno González", inserta en: Sección Varia. *El Restaurador Farmacéutico*. 1868; 24(36):572-573.

denunciasen, en el pleno uso de sus atribuciones, a cuantos se intrusasen en el ejercicio de las clases médicas, y especialmente en la de farmacia, e imponerles el debido correctivo por sus actos, no debió dar muy buen resultado a juzgar por las continuas quejas que realizaban los profesores de farmacia y que no dejaban de publicar las revistas profesionales.

Las distintas clases de intrusiones en farmacia que se cometían habitualmente se podían dividirse en tres tipos: el primero tipo comprendía a las personas completamente legas, ignorantes y ajenas a todo lo relativo a la Facultad de Farmacia; el segundo grupo lo constituían los drogueros, herbolarios y toda clase de comerciantes que añadían a su industria lo que pudiesen abarcar ilegalmente y el tercero lo formaban personas científicas o facultativas de la misma profesión o de los otros dos ramos de las ciencias de curar. Como ejemplos del primer grupo se podrían incluir a los curanderos, labradores, barberos, sacristanes o maestros de escuela; del segundo grupo se podrían encontrar determinados drogueros, herbolarios; especieros, confiteros, peluqueros o perfumistas; y del tercer grupo a ciertos médicos, cirujanos o veterinarios. Todos estos tipos de intrusismo se daban a pesar de las disposiciones reglamentarias que se habían dictado con el fin de evitarlo[662].

A todo ello habría que añadir la competencia desleal en el suministro de medicamentos a la beneficencia y/o al público que sufrían los farmacéuticos con botica abierta legalmente a través de los servicios de farmacia[663] de los hospitales[664], farmacias municipales[665] o de algunas mal llamadas sociedades benéficas médico-farmacéuticas[666].

---

[662] Entre ellas; las Ordenanzas de Farmacia de 1804 y las de18 de Abril de 1860; la Real Cédula de 10 de Diciembre de 1828; la Ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855, los Decretos de 8 de Enero, 2 de Abril y 20 de Mayo de 1845; el Reglamento de Subdelegados de Sanidad del Reino de 24 de Julio de 1848; las Reales órdenes de 27 de Noviembre de 1845, 7 de Enero de 1847, 10 y 25 de Febrero de 1859 y los artículos correspondientes al Código Penal vigente. Aparicio, R.: "Sección editorial". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 21(38):297-300.

[663] Sobre las dudas de si las Corporaciones administrativas estaban autorizadas para establecer otras farmacias que las destinadas exclusivamente al servicio de sus hospitales, se estableció con carácter general: "*1º.Que en todo hospital podrá haber una farmacia, siempre que su despacho se limite al servicio interior de aquél y estuviere regentada por un farmacéutico; y 2. ° Que los Ayuntamientos, si bien pueden utilizar esa facultad cuando sostuvieren algún hospital, no son personas autorizadas para establecer ninguna otra farmacia*". Real Orden de 11 de mayo de 1903, resolutoria de un expediente sobre creación de Farmacias municipales. *Gaceta de Madrid* nº 132 de 12/05/1903.

[664] Ejemplo de farmacia de hospital que suministraba medicamentos no sólo para los asilados enfermos, sino que también para los que dentro y fuera de la población acudían a ella. Prieto Primitivo: "Cúmplase la Ley". *Semanario Farmacéutico*. 1881; 9(52):409-411.

[665] Petición que los farmacéuticos de Sevilla elevaron al Ayuntamiento de Sevilla para que se revocara el acuerdo por virtud del cual se instalasen allí dos farmacias municipales para el servicio de la

Un resumen del estado profesional farmacéutico de la provincia de Murcia del año 1868, en el cual se detallaba el nivel de intrusión que existía en la provincia, lo presentó el profesor D. José Moreno a la redacción del periódico "*El Restaurador Farmacéutico"*:

> *"La provincia consta de 42 ayuntamientos, que son los siguientes:*
> *Abanilla, de 1.187 vecinos, tiene un intruso. — Abarán, de 609, un intruso. — Aguilas, de 1.111, un profesor.— Alanía, de 1.289, con establecimiento de baños minerales de gran importancia, dos boticas, la una por un maestro de escuela y la otra por un barbero.— Albudeite, de 500, botiquín por un barbero.—Alcantarilla, de 986, botica por intruso.— Aledo, de 581, sujeta á Totana- — Alguazas, de 500, sin nada.—Almazarran, de 1.054, botica con intruso, puerto de mar.— Archena, 610, celebres b a ñ o s , intruso. —Beniél, de 517, intruso. — Blanca, de 605, intruso. — Bullas, de1.561, intruso. — Calasparra, de 979, intruso. — Campos, de 510. Intruso. — Caravaca, de 5.258, dos farmacéuticos. —Cartagena, de 16.629, algunas boticas sin regente. — Cehejin, de 1.975, nada.— Ceuto, de 408, intruso.— Ciezar, de 2 589, un farmacéutico.—Cotillas, de 500, intruso.—Fortuna, de 1.558, intruso, baños minerales.— Fuente-Alamo; de 1.645, intruso.— Garbanzal," de 1.700, dos profesores.—Jumilla, de 2.505, dos profesores.—Librilla, de 559, intruso, hijo del único médico.—Lorca , 11",051, que hay cinco profesores.—Lorqui, de 559, intruso.—Molina, de 1.488, dos intrusos.— Moratálla, de 2.480, intruso.—Mula, de 2.281, dos profesores.— Murcia , 21,168, seis oficinas con profesor, una viuda sin regente y la botica del hospital provincial, que la desempeña una hermana de la Caridad.—Ojos, de 255, intruso — Pacheco, de 1.575, intruso.—Priego, de 9'14, intruso.—San Javier, de 691, un profesor.—San Pedro Pinatecor, de 541, intruso.—Totana, de 1.997, dos profesores. — Ulea, de 217, intruso. — Villanueva, de 217, intruso. —Yecla, de 2.589, un profesor.*
> *Este es el estado de la farmacia en la provincia, advirtiendo que la mayor parte de los intrusos son barberos y mozos que han estado en botica uno ó dos años.*
> *En cuanto á la capital haré también una ligera reseña: se consideran como calles de Murcia los pueblos Espinardo, Ñora, Jabalí, Palmar,*

Beneficencia domiciliaria. "Sección editorial: Las farmacias de Sevilla". *La Farmacia Española*. 1891; 23(33):513-517.

[666] Más que sociedades de socorros, cuyo carácter residía en el apoyo mutuo entre los asociados, sin que mediase empresa que se propusiera el lucro, respondían más a las sociedades mercantiles acometidas por uno o varios individuos, a cuyo beneficio quedaban los ingresos. Sobre las sociedades benéficas médico-farmacéuticas léanse: Marín y Sancho, F.: "El negocio de las llamadas Sociedades benéficas". *La Farmacia Española*. 1896; 28(2):19-22; "Exposición del Colegio de Farmacéuticos de Málaga al Gobernador Civil de la Provincia: Contra las Sociedades benéficas Médico-Farmacéuticas". *La Farmacia Española*. 1896; 28(31):481-484; "Proposición de Ley del Sr. Calleja al Senado sobre reglamentación de las llamadas Asociaciones médico-farmacéuticas". Inserto en: "Las llamadas Benéficas médico-farmacéuticas". *La Farmacia Española*. 1896; 28(36):564-565 y "Dictamen de la Junta General de Málaga de 10 de agosto de 1897, acordando la disolución de las sociedades médico-farmacéuticas de la capital". Inserto en: "Contra las sociedades llamadas benéficas". *La Farmacia Española*. 1897; 29(14):211-213.

Algezarez, Beniajan, Garres, Alberea y otros caseríos, y en las tiendas de alimentos, condimentos y bebidas tienen su botiquín, lo mismo que sucede en esta; pero donde se ve el desentreno, el escándalo de los escándalos es en las droguerías: lo mismo despachan que las boticas, para ellas no hay freno, no hay ley; lo mismo despachan una dracma de láudano que dos adarmes de seda; media dracma de ioduro de potasio, que un cuarto de clavos; ocho cuartos de opio, dos granos de quinina, que dos cuartos de flor de malvas; todo lo que maneja la medicina desde lo mas insignificante hasta lo demás interés , por pequeñas que sean las dosis.

Todo esto lo saben los subdelegados, les consta, lo ven, también participan de los grandes perjuicios que estos abusos ocasionan á los farmacéuticos, pero nada han hecho, nada hacen y nada harán en provecho y decoro de la clase; no se concibe tanto abandono, tanta indiferencia (...)".[667]

2.2.1.3.2.5. La competencia de las farmacias militares

"(...) *La reforma, pues, no puede ser más censurable. Por una parte se extiende lo mismo al capitán general que cobra un crecido sueldo, que al modesto cabo que obtiene un haber mezquino; por otra se limita á los que residan en las ocho poblaciones que cuentan con hospitales militares, estableciendo así una desigualdad verdaderamente lamentable; se lesionan derechos muy respetables, y se abre de par en par la puerta á los abusos de tal manera que bien puede suceder que los amigos, parientes, conocidos y recomendados de los generales, jefes, oficiales y clases del ejército disfruten del suministro de medicamentos a precio de coste* (...)"[668].

La instalación a partir del año 1884 de farmacias en los hospitales militares para el abastecimiento de medicamentos a precio de coste a determinados miembros del ejército y a sus familias para compensar sus bajas retribuciones y abaratarles de este modo su nivel de vida, supuso para las farmacias civiles un gran perjuicio económico fruto del continuo abuso que se realizaba en las mismas, lo que llevó al sector a quejarse de los privilegios que gozaban.

[667] Moreno, J.: "Sección editorial: del estado profesional farmacéutico de la provincia de Murcia". *El Restaurador Farmacéutico*. 1865; 21(38):297-300.
[668] Así se manifestaba y anticipaba el Sr. García sobre el proyecto de suministro de medicamentos por las oficinas de farmacia de los hospitales militares a los jefes y oficiales del ejército. García, R.P.: "El suministro de medicamentos a militares". *La Farmacia Española*. 1884; 16(37):577-580.

Estos acontecimientos surgieron a raíz de la propuesta del general Salamanca (jefe del ejército del Norte) que, teniendo en cuenta la escasez de los haberes de las clases del ejército y la imposibilidad de aumentarlas, ordenó en 1884[669] que las farmacias militares facilitasen a los jefes y oficiales del ejército y a sus familias los medicamentos que necesitasen en sus enfermedades, siendo indispensable que los medicamentos se prescribiesen por médicos militares, que serían a su vez los responsables de que no se cometiesen abusos en este punto; autorizándose al Director General de Sanidad Militar a que propusiese las medidas y reglas que debían adoptarse para la práctica de este servicio.

En su cumplimiento, la Dirección de Sanidad Militar redactó las instrucciones y tarifa correspondientes, que fueron aprobadas por Real Orden de 22 de Julio[670]. En esas instrucciones, se establecía lo que debía entenderse por familia; la forma de las recetas; las atribuciones de los médicos militares; cómo debían de prepararse los medicamentos magistrales; donde debía verificarse su despacho; las formalidades de su expendición y las circunstancias que tenían que observarse en su contabilidad. Para poder llevarlo a cabo se dispuso, a través de la Real Orden de 9 de agosto de 1884, que se aumentase el número de farmacéuticos militares en los hospitales militares cuyas boticas suministraran medicamentos a los jefes y oficiales y a sus familias[671].

Posteriormente y debido a las notorias ventajas que este servicio proporcionó a los jefes y oficiales del ejército y a sus familias, se resolvió a través de una Real Orden[672] extender este privilegio a las demás farmacias de todos los hospitales militares de la Península e islas adyacentes. Además de esto, la Dirección de Sanidad Militar dispuso también que los beneficios alcanzasen a los generales y todas las clases del ejército y que las recetas autorizadas por médicos civiles se despachasen también en los hospitales militares, siempre que fuesen firmadas por el cabeza de familia[673].

---

669 "Real Orden de 28 de junio de 1884", Inserta en: *La Farmacia Española*. 1886; 18(51):807-808.
670 "Real Orden de 22 de julio de 1884", Inserta en: *La Farmacia Española*. 1886; 18(51):808.
671 Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Farmacéuticos militares". *La Farmacia Española*. 1884; 16(36):p570.
672 "Real Orden de 29 de septiembre de 1884". Inserta en: *La Farmacia Española*. 1886; 18(51):808-809.
673 García, R.P.: "El suministro de medicamentos a militares". *La Farmacia Española*. 1884; 16(37):577-580.

Montado perfectamente este servicio, la clase farmacéutica se levantó contra esta medida que empezaba a causar un gran perjuicio al libre ejercicio de la profesión privada de la farmacia. Así, el cuerpo de subdelegados de farmacia de Madrid, el Colegio de farmacéuticos de Barcelona y la Academia médico-farmacéutica de Barcelona pidieron a través de un expediente al Ministerio de la Gobernación, el cual lo remitió al de Guerra, la revocación de la Real Orden expedida en referencia a la venta de medicamentos por las farmacias militares. A su vez, el Colegio de farmacéuticos de Madrid presentó una demanda contencioso administrativa que llegó a la sala correspondiente del Consejo de Estado, a lo que se unió una petición a las Cortes para que no aprobara el art. 5° del proyecto de ley de presupuestos para el año económico de 1885-86, que incluía el suministro de medicamentos a los generales, jefes y oficiales en activo. El resultado de todo este proceso fue la improcedencia de la vía contenciosa respecto de la demanda formulada[674], la no anulación de las Reales Órdenes y la aprobación finalmente del artículo 7[675] de la Ley de presupuestos, dándole consagración legal al suministro de medicamentos a los jefes y oficiales del ejército y a sus familias[676].

Así, las farmacias militares terminaron estableciéndose con mucho éxito, pues éstas expendían los medicamentos mucho más baratos del valor que alcanzaban en las farmacias civiles en las poblaciones donde aquellas existían. Pero por lo mismo que el comprador obtenía un beneficio tan enorme, se abrió paso al abuso y comenzaron a surtirse de estos medicamentos cuantos tenían a un amigo o pariente militar que se los facilitase. La forma adoptada para acreditar la identidad del jefe o del oficial que mandaba una receta a la farmacia consistía en una chapa ó medalla que la Administración militar facilitaba y que constituyó la vía por la cual se

[674] Real Orden de 7 de mayo de 1885, desestimando la demanda presentada en nombre del Colegio de Farmacéuticos de Madrid sobre suministro de medicamentos a los militares y sus familias. *Gaceta de Madrid* nº130 de 10/05/1885.

[675] El artículo 7 de los presupuestos generales del Estado establecía que: "*La Administración Militar podrá suministrar á los generales, jefes y oficiales en activo servicio los artículos de subsistencia, utensilios y medicamentos, pero sin utilizar para este objeto los créditos de la sección cuarta del presupuesto de gastos, y asegurando el cobro, sobre el precio de coste, del importe de los deméritos sufridos con ocasión de este suministro por el material del Estado. El Gobierno dictará un reglamento que determine las responsabilidades de los militares ó individuos de administración militar que, abusando de su carácter ó de sus funciones, hagan partícipes de los beneficios que concede el anterior artículo á clases no comprendidas expresamente en el mismo*". Inserto en: "Crónicas: El artículo 7". *La Farmacia Española*. 1885; 17(23):360-361.

[676] Sobre este proceso de autorización del suministro de medicamentos a través de las farmacias militares, léase: *La Farmacia Española*. 1884; 16(28, 36 y 37); 1885; 17(5, 8, 13, 17, 19, 20, 23 y 27) y 1886; 18 (1).

producía el abuso al pasarse de mano en mano y servir en un mismo día para muy distintas personas[677].

Para remediar estos abusos, el general Weyler, que sustituyó al general Salamanca en la dirección de Administración y Sanidad militar, estableció que se despacharán únicamente las recetas que estuviesen autorizadas con la firma de los médicos castrenses y con el sello a que se refieren las mencionadas instrucciones, en cuyos documentos deberían expresarse además, el nombre y apellido, empleo, cuerpo o situación a que perteneciese el jefe de familia. Las chapas o medallas quedarían sin valor al menos para este suministro, adoptando la forma de una tarjeta en la debería constar el nombre del oficial a quien se expedía, dando así carácter personal a lo que venía sirviendo de un modo anónimo para ejercitar un derecho personalísimo. Pero aunque esta tarjeta se debía renovar cada tres meses para evitar que volviera a ser motivo de abuso, lo cierto es que seguían de mano en mano, sirviendo a todo el mundo y provocando incalculables perjuicios a los farmacéuticos legalmente establecidos[678].

Además de abastecer de medicamentos casi a precio de coste a los militares y a sus familias, a amigos[679] y a toda aquella persona que dispusiese del privilegio de conseguir una chapa o medalla o una tarjeta, con el consiguiente perjuicio económico que suponía para aquellas farmacias situadas en las provincias donde existía la farmacia militar, la clase farmacéutica tuvo que ver como la farmacia militar pretendía abastecer a los establecimientos penales[680] a través del laboratorio central y depósito de medicinas del ejército o dirigir y gobernar las boticas de los hospitales civiles y suministrar medicamentos a los enfermos pobres de Madrid[681]. También se

---

[677] Anónimo: "Las farmacias militares. Periódico La Justicia". Inserto en: *La Farmacia Española*. 1889; 21(13):197-1999.

[678] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: ¿Será verdad? Las chapas". *La Farmacia Española*. 1886; 18(35):554 y "Crónicas: En buen camino". *La Farmacia Española*. 1886; 18(39):617.

[679] En la sesión del Congreso de los Diputados de 19 de abril de 1890, el diputado Muro le contesta al Ministro de la Guerra Bermúdez Reina, sobre si las farmacias militares expedían medicamentos a las clases civiles: *"(...) el militar que tiene en su poder una tarjeta que le faculta para comprar á bajo precio los medicamentos en esas farmacias, no puede sustraerse á la influencia del parentesco, de la amistad ó de otros motivos, y la tarjeta asi va á poder de amigos, de vecinos y de todo el mundo, resultando de esta suerte que las farmacias exclusivamente creadas en beneficio del ejército se convierten en daño y perjuicio de la clase farmacéutica civil (...)*".Marín y Sancho, F.: "Las farmacias militares en el Congreso". *La Farmacia Española*. 1890; 22(17):257-263.

[680] A través del Real Decreto de 5 de junio de 1887 se autoriza al ministro de la Gobernación para hacer el servicio de suministro de medicamentos a-las enfermerías de los establecimientos penales, adquiriéndolos directamente de las farmacias militares. *Gaceta de Madrid* nº162 de 11/06/1887.

[681] García, R.P.: "Los asuntos del día: nuevas aspiraciones de la farmacia militar". *La Farmacia Española*. 1886; 18(29):445-454.

hizo extensivo a los jefes y oficiales de los distintos cuerpos de la armada, como igualmente a sus familias, en las mismas condiciones y bajo las mismas reglas establecidas para los del ejército[682].

Otro problema que surgió con respecto a las farmacias militares fue el de si estaban o no exentas del pago del impuesto de contribución industrial de acuerdo al reglamento de 13 de Julio de 1882; fruto por un lado de la demanda del gremio de farmacéuticos de Madrid para que se les rebajara la cuota que pagaban de contribución industrial, fundándose en los graves perjuicios que se les habían producido el suministro de medicamentos por parte de las farmacias militares y por otro lado, la reclamación del gremio de farmacéuticos de Cataluña sobre la duda de si debían o no contribuir por el concepto del impuesto de contribución industrial dichas farmacias. Había que tener en cuenta los perjuicios de intereses privados de los farmacéuticos, los cuales no podían competir en manera alguna con establecimientos eximidos del pago de contribución industrial.

Instruido el expediente por el Ministerio de Hacienda se resolvió a través de una Real Orden[683] que: "*las farmacias y demás tiendas establecidas por la Administración militar en virtud de la ley de 24 de Junio de 1885, están obligadas al pago de la contribución correspondiente, en la forma y condiciones que las de los particulares"*.

Pero a los días de jurar el cargo el nuevo Ministro de Guerra, el General Manuel Cassola, que no estaba de acuerdo con dicha resolución porque entendía que no estaba o no era ajustada a derecho, generó un conflicto de intereses entre los Ministerios de Hacienda y de Guerra, el cual se tuvo que resolver a través del Consejo de Ministros que dictó otra Real Orden[684] contraria a la opinión del Ministro de Hacienda y en la que se establecía que "*no pagaran la contribución industrial las expendedurías y farmacias militares"* por entender que dichas farmacias militares no tenían carácter público, respondiendo única y exclusivamente a una necesidad del ejército, toda vez que en las mismas no podían comprar los ciudadanos, estando por exentas del pago de dicho impuesto[685].

---

[682] "Real Orden de 12 de noviembre de 1884", inserta en: *La Farmacia Española*. 1887; 19(2):24.
[683] "Real Orden de 29 de diciembre de 1886", inserta en: *La Farmacia Española*. 1887; 19(6):87-89.
[684] Real Orden de 10 de marzo de 1887, disponiendo que no paguen contribución industrial las expendedurías y farmacias militares. *Gaceta de Madrid* nº 72 de 13/03/1887.
[685] El debate sobre el por qué se le dio la razón al Ministerio de Guerra en lugar de al Ministerio de Hacienda continuó en el Senado. Marín y Sancho, F.: "En el Senado: Las expendedurías militares". *La*

Otra de las quejas de la clase farmacéutica respecto a las farmacias militares fue el hecho de que éstas ya no se limitaban a la expedición de los medicamentos incluidos en el formulario de los hospitales militares sino que empezaron a expender a gran escala los medicamentos denominados "especialidades", los cuales iban a sustituir a las fórmulas magistrales, dejando en el más completo abandono las tareas de los laboratorios y de las oficinas de farmacia[686].

A pesar de todas las quejas del colectivo farmacéutico por los abusos que se cometían con las farmacias militares, no cesaron los intentos de aumentar el número de farmacias y expendedurías militares a nivel nacional como de reformar el servicio de dichas farmacias sacando a oposición plazas de farmacéuticos para aumentar sus plantillas y así atender mejor a sus necesidades cada vez más acusantes[687].[688]

2.2.1.3.2.6. Los títulos de Farmacia:

> *"(...) Con delirio y risa de báquico festín acogían algunos fatuos estudiantes de poco fuche y amigos de la holganza, los primeros decretos de la revolución setembrina, y con delirio y risa de convulsivo ser tendrán ahora que exhibir sus falsos títulos los que creían que sin asistir a las aulas y con andar siempre zanganeando de café en café, de lupanar en lupanar habían de ser notabilidades científicas, eminencias literarias jurisconsultos, ilustres o farmacéuticos insignes. Bueno es, que al cabo de siete años de errores, de crasa ignorancia y de inmoralidad suma, se ponga un correctivo y se inquiera por todas partes a los poseedores de títulos falsos, á los indignos individuos que los hayan espedido, que por ganar un poco de oro no han tenido inconveniente en habilitar verdugos de la humanidad doliente, que no otro nombre merecen, los que, llamándose médicos y farmacéuticos de veinticuatro horas, están ocupando indignamente partidos facultativos que debieran ceder á los que, á fuerza de estudios y privaciones, han conseguido llegar á la meta de su carrera*. (...)"[689].

Farmacia Española. 1887; 19(12):181-182 y "Variedades: Senado sesión de 19 de marzo de 1887". *La Farmacia Española*. 1887; 19(13):198-203.

[686] Marín y Sancho, F.: "Sección editorial: La próxima campaña". *La Farmacia Española*. 1889; 21(38):594-596.

[687] García, R.P.: "Más farmacias militares". *La Farmacia Española*. 1890; 22(16):241-245; Marín y Sancho, F.: "Sección editorial: Las farmacias militares en el Congreso". *La Farmacia Española*. 1890; 22(17):257-263 y 22(26):401-406.

[688] A pesar de que se dictaron distintas Reales Órdenes para impedir el abuso que se estaba cometiendo (Real Orden de 10 de febrero de 1906, Real Orden de 13 de marzo de 1906 o la Real Orden de 22 de enero de 1919), no debieron de tener mucha eficacia a tenor de las continuas quejas de la clase farmacéutica en la prensa especializada. "Sobre las farmacia militares", léase en la Revista *La Farmacia Española*: 1904: 43(36):673-675, 1906; 3(38):42, 8(38):122, 13(38):119 y 16(38):241-244, 1907; 10(39):153-154, 1919; 35(51):52 y 1920; 5(52):73.

[689] Así se manifestaba una persona que bajo el pseudónimo del "Pope Tito" mandó un remitido a la Farmacia Española en referencia a los títulos falsos y donde criticaba a aquellos que obtuvieron el

En referencia a los títulos de Farmacia durante este periodo, la clase farmacéutica se quejaba del excesivo número de farmacéuticos que se había producido fundamentalmente a raíz de la revolución de 1868, en la que se reconoció la libertad de enseñanza como un derecho de todos y que dio origen a proliferación de Escuelas de Farmacia que adoptaron el nombre de Facultades Libres.

Además, se atribuyó a los Rectores, a los Claustros universitarios y a los Jefes de los establecimientos de enseñanza la facultad de expedir los títulos académicos o profesionales, privando a la Administración central de la facultad y eximiéndola del deber de expedir los títulos de Licenciado o Doctor en todas las carreras académicas y de las que habilitaran para el ejercicio de una profesión[690], lo que favoreció la falsificación a nivel nacional de dichos títulos "libres".

Durante estos años se denunciaba constantemente por parte de la prensa médica, por las Corporaciones profesionales y por los propios particulares, los abusos que se producían en relación a los títulos de Farmacia, como fueron: diplomas falsos o de ilegítima procedencia, extralimitaciones en las facultades por los legítimos concedidas, suplantaciones de nombre y aprovechamiento de los títulos de los profesores fallecidos, y frente a los cuales se pedían que actuasen los tribunales de justicia, tanto contra los poseedores de los mismos como contra los traficantes de los títulos[691].

Para intentar corregir estos excesos, el Gobierno encargó a la Junta de inspección y estadística de la instrucción pública "*investigar los medios de suprimir el grave daño y criminal hecho que la falsificación de los títulos académicos o profesionales, así como distinguir los legítimos de los falsificados, procediendo si se*

título en la época donde se decretó la libertad de enseñanza. "Los títulos falsos". *La Farmacia Española*. 1876; 8(3):38-39.

[690] Real decreto de 11 de febrero de 1876, derogando el decreto de 21 de diciembre de 1868, por el cual se atribuyó a los Rectores, a los Claustros universitarios o a los Jefes de los establecimientos de enseñanza la facultad de expedir los títulos académicos o profesionales, ya que se entendía que títulos que habilitaban para el ejercicio de una profesión en toda la Monarquía no debían ser expedidos por Autoridades que, como los Rectores o en su caso los Claustros universitarios, no ejercían jurisdicción sino sobre solo un distrito. *Gaceta de Madrid* nº43 de 12/02/1876. A partir de aquí, los títulos de licenciado y los de las enseñanzas superiores serían expedidos por la Dirección general de Instrucción pública y los de Doctor por el Ministro de Fomento.

[691] Marín y Sancho, F.: "Sección profesional: Crónica". *La Farmacia Española*. 1874; 6(14):209-212 y 1877; 9(9):141-142 y Ruiz de Salazar, E.: "Sociedad falsificadora". *La Farmacia Española*. 1877; 9(3):36-37.

juzgase necesario a la revisión de los expedidos desde el 1 de septiembre de 1868 hasta el 31 de diciembre del año 1875"[692].

[692] Martín de Argenta, V.: "Disposición acertada". *El Semanario Farmacéutico*. 1876; 4(14):129 y Marín y Sancho, F.: "Sección profesional: Actividad loable". *La Farmacia Española*. 1876; 8(2):20-23.

2.2.2. LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL SIGLO XX:

2.2.2.1. LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL SIGLO XX: *PRIMERA ETAPA: 1904-1936*

2.2.2.2.1. INTRODUCCIÓN:

La primera etapa de la historia de la Salud Pública española durante el siglo XX estuvo marcada por su evolución política y social en la medida en que la sociedad española reaccionó frente a la crisis que se produjo por la pérdida de las colonias[693]; correspondiéndose con un *período político* que englobaría el régimen político de la Restauración, construido a partir del regreso al trono de la dinastía borbónica, con Alfonso XIII como Rey (1902-1931) y un sistema político bipartidista, la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1931), la II República (1931-1936) hasta el estallido de la Guerra Civil (1936).

Esta primera etapa comenzó bajo la resaca de la pérdida de las últimas colonias ultramarinas tras la derrota de España frente a Estados Unidos en 1898 y que dio lugar a un acrecentamiento de la crisis del sistema de la Restauración que provocaría un movimiento regeracionista, reformista y modernista buscando la renovación de un país atrasado con el objetivo de equipararlo al nivel de los países más avanzado de Europa. Este movimiento ideológico español que comenzó en torno al año 1890 y que se reforzó y propagó a partir del desastre colonial de 1898 se le denominó "regeneracionismo".

Desde el *punto de vista legislativo*, en España regía todavía la inoperante Ley de Sanidad de 1855, pese a los intentos de reforma que se habían ido producido a partir de la Restauración Borbónica de 1875 a través del Proyecto de Ley de Sanidad Civil de 1882, del Proyecto de Ley de Bases de 1894 y del Proyecto de Ley de Bases de Sanidad de 1899, los cuales resultaron inútiles debido a la imposibilidad manifiesta de superar las discrepancias entre los partidos políticos de turno en su

[693] La historia de la salud pública española durante el siglo XX, se dividiría en tres etapas de acuerdo a la evolución político y social, correspondiendo a la primera etapa al periodo comprendido a lo largo de la monarquía, con la Dictadura de Primo de Rivera y la II República hasta la Guerra Civil, una segunda etapa ocupada por el régimen franquista y otra tercera, desde la recuperación de la democracia. Ibídem 4; pp25-47.

trámite parlamentario. Aun así, se modificaron algunos aspectos puntuales a través de Reglamentos.

Desde el *punto de vista científico*, la incorporación del cambio en la visión de los riesgos sanitarios, fruto de la incorporación del concepto de la etiología biológica procedente del desarrollo de la bacteriología e inmunología a las nociones de etiopatogénicas de corte ambientalista y químico, produjo una reevaluación de los instrumentos de defensa frente a las grandes epidemias clásicas, incorporando nuevos principios preventivos y terapéuticos[694], pasando de actuaciones de carácter esporádico marcadas principalmente por episodios epidémicos, a actuaciones de carácter prolongado.

Desde el *punto de vista sanitario*, la situación era alarmante. La bajísima esperanza de vida media daba una idea de las difíciles condiciones de vida de los españoles, las "vergonzosas" tasas de mortalidad, especialmente infantil que se registraban en España, tenían que ver sobre todo con la falta de medidas higiénicas y sanitarias, con una alimentación deficiente y con las epidemias periódicas, a las que habría que sumar la mortalidad provocada por enfermedades endémicas como la viruela, el sarampión, la disentería, el tifus, la tuberculosis o las infecciones intestinales.

Ángel Pulido, Director General de Sanidad en el año 1902, señalaba al referirse a las altas tasas de mortalidad en España causadas por enfermedades infecciosas que representaban "*un verdadero desastre y una grandísima deshonra*" propios de un "*pueblo abandonado y sin defensa*"[695], pues al ser consideradas por los médicos las enfermedades transmisibles como evitables, revelaban el atraso de la administración sanitaria, dando pie a que esta situación desembocara en la necesidad de que se produjese la "*regeneración sanitaria*" [696].

[694] Ibídem 38; pp11-27.
[695] Pulido Fernández, Á.: *Sanidad Pública en España y ministerio social de las clases médicas*. Establecimiento Tipográfico de Enrique Teodoro, 1902.
[696] Rodríguez Ocaña, E.: "La Salud pública en España en el contexto europeo, 1890-1925". *Revista Española de Salud Pública*, 2008, vol. 68, pp11-27.

Las condiciones de salubridad urbana y rural eran deplorables[697] debido principalmente a las deficientes infraestructuras sanitarias y a la insuficiencia de servicios sanitarios que incidían directamente sobre las cuestiones de salud y enfermedad de los ciudadanos, destacando los pésimos servicios de suministro de agua potable y los problemas con las aguas residuales causados por la falta de una red moderna de alcantarillado, tanto en las ciudades como en las zonas rurales.

Este diagnóstico de la precaria situación sanitaria del país, imponía con urgencia una regeneración equiparable a la invocada para otros aspectos de la vida española, donde la sanidad y la salud pública formaban parte de ese amplio proyecto regeneracionista, debiendo de incidir prioritariamente en aspectos claves como: mejorar la crítica situación de las condiciones de vida de los ciudadanos; redimir el papel de los técnicos o expertos sanitarios para mejorar los graves problemas sanitarios del país, otorgándoles un estatus privilegiado al profesional de la medicina y apartando de la política los asuntos sanitarios para poder desarrollar con eficacia la organización de la Salud Pública y por último, desarrollar una educación sanitaria que afectase a todos los estamentos sociales[698].

Estas medidas se llevaron a cabo en este primer periodo a través de una modernización de la Administración Pública y consecuentemente, la Sanitaria, una consolidación del Cuerpo de los funcionarios sanitarios y la creación de la Escuela Nacional de Sanidad para la enseñanza de la Higiene. Pilares básicos de las actuaciones políticas en materia sanitaria que se llevaron a cabo durante el comienzo del siglo XX fueron la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas y las campañas sanitarias, muchas de ellas de carácter caritativo y promovidas desde la iniciativa privada.

---

[697] Ángel Pulido, describiría la situación de la salud pública en España con tintes dramáticos, donde este estado de salud lo asemejaba más a los países africanos que al resto de países europeos: "«*La vivienda carcelaria, estrecha y obscura [...]; el ambiente confinado, infecto y corrompido; la letrina y la poza negra comunicando con el hogar y envenenándole a la continua; la barriada laberíntica, densa, irrespirable [...]; el subsuelo legamoso, fecal, donde las excreciones fermentadas de la urbe se mezclan con las venas de agua circulantes destinadas a la bebida, [...] convirtiendo en viveros de gérmenes morbosos las tierras negras y apestadas; los ríos convertidos en cloacas [...]*". Pulido Fernández, Á.: "La sanidad pública en España y ministerio social de las clases médicas". *El Siglo Médico*, 49: 2550-2556. En: García Guerra, D. y Álvarez Antuña, V.: "Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902)". *Dynamis. Acta Hispanica ad Medin'nae Sciatiarumque Histonam Illustrandam*. 1994; 14: 23-41.

[698] Jiménez-Lucena, I.: La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medin'nae Sciatiarumque Histonam Illustrandam*. 1998; 18: 285-314.

La puesta en marcha de diversas medidas legislativas e institucionales de distinta índole permitió el nacimiento y el desarrollo de la salud pública propiamente dicha en España. Todo ello, bajo la influencia de la firma de importantes convenios sanitarios internacionales[699] entre las principales naciones, en beneficio de la salud pública y del comercio internacional[700].

Como *hechos normativos* en este período destacaron la publicación de la Instrucción General de Sanidad de 1904, el Reglamento de la Sanidad Municipal de 1925, el Reglamento de la Sanidad Provincial de 1925 y la Ley de Coordinación Sanitaria de 1934.

Durante la etapa de la monarquía borbónica destacó la publicación de la **Instrucción General de Sanidad de 1904**, cuyo modelo organizativo de modernización y descentralización de la política sanitaria supuso la organización de un servicio sanitario permanente de higiene y prevención en el interior y donde se estructuró la administración sanitaria bajo tres campos de acción: el ejecutivo (político administrativo), el consultivo (comisiones asesoras) y el técnico (la inspección). Como principal aportación destacó la creación, a nivel de la inspección, de un organismo técnico representado por los inspectores de sanidad en cada uno de los niveles administrativos general, provincial y municipal, cuya misión fue el vigilar el estado de la salud pública y sustentar técnicamente los acuerdos y decisiones de los otros órganos. También se estipuló que los Ayuntamientos debían de hacerse cargo de la salubridad urbana, se generalizó la obligación de establecer los Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación y se reguló la recogida de estadísticas demográfico-sanitarias.

Durante la etapa de Dictadura de Primo de Rivera destacó la publicación del **Reglamento de la Sanidad Municipal de 1925,** donde se establecieron las competencias que tenían que asumir los Ayuntamientos en materia sanitaria, perdiendo los municipios el residuo de autonomía que en dicha materia les quedaba. De este modo, el Estado reguló las materias que habían sido propias de los

[699] Destaca el convenio firmado con la Fundación Rockefeller en el año 1924, que contemplaba el envío a España de personal técnico y la dotación de becas en salud pública para titulados españoles. Con ello se quiso facilitar la extensión de la salud pública al ámbito rural, el suministro de becas para la formación especializada y la dedicación completa al servicio público. Rodríguez Ocaña, E.: "La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74(Mon): 27-34.
[700] Ibídem 38; p51.

reglamentos y ordenanzas municipales, solucionando definitivamente la tensión entre el poder local y el poder central en materia sanitaria. Introdujo como novedad el tener que disponer de un laboratorio municipal destinado a los análisis de alimentos, bebidas, drogas y productos similares y una o más estaciones de desinfección y que todos los Ayuntamientos, independientemente de su población, tuviesen que sostener los servicios de asistencia médico-farmacéutica para las familias pobres. La función sanitaria se seguía asignando íntegramente al inspector municipal de Sanidad, teniendo el Ayuntamiento la responsabilidad de sostenerlo como personal técnico de la administración local. El **Reglamento de Sanidad Provincial de 1925** fusionaría en el Instituto Provincial de Higiene todos los organismos sanitarios de ámbito provincial.

Durante la 2ª República se publicó la **Ley de Coordinación Sanitaria de 1934** y sus Reglamentos para su desarrollo en 1935, donde se creó una infraestructura sanitaria con voluntad preventivista, que combinaba a su vez las actuaciones curativas y asistenciales con las preventivas y promotoras de la salud y que pretendió acabar con el desordenado sector sanitario del país. Se intentó establecer una mejor organización de los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios llevados a cabo por los Ayuntamientos y por las Diputaciones a través de la integración de sus servicios sanitarios, creándose para ello en cada Provincia un organismo administrativo para afrontar los problemas sanitarios que se denominó "Mancomunidad de Municipios de la Provincia". Se intentó con ello garantizar una adecuada coordinación de los servicios y una fusión de los recursos económicos para dar una mayor eficacia a sus funciones, facilitando al mismo tiempo a las corporaciones locales una cierta autonomía de funcionamiento destinada a agilizar su gestión, aunque siempre bajo la dirección técnica y administrativa del Estado. En consecuencia, se aumentó el intervencionismo del Estado tanto en términos administrativos, como técnicos y económicos, pasando los municipios a ser meros agentes subordinados del Estado en relación con la Sanidad. A través de esta Ley, los inspectores sanitarios municipales, médicos, farmacéuticos y veterinarios consiguieron su vieja aspiración de pasar a ser funcionarios técnicos del Estado, garantizándose así la independencia en el ejercicio de sus funciones y la seguridad en el cobro por sus servicios.

El posterior estallido de la Guerra Civil en el año 1936 supuso la ruptura del proceso de construcción de la salud pública española iniciado a principios del siglo XX.

2.2.2.2.1.1. Los Inspectores Municipales de Sanidad

> *"(…) En la función inspectora se da á los médicos más de lo que podrán dirigir; á los veterinarios, como era natural, la inspección de carnes; á los farmacéuticos nada, absolutamente nada; como si carecieran de toda competencia especial: preferencias y pretericiones injustas, que contribuirían, si no estuviera para impedirlo el buen sentido de los preferidos y preteridos, á distanciar y divorciar elementos, que deben, por conveniencia de todos, marchar siempre acordes y unidos (…).*[701]

Uno de los aspectos más innovadores que incorporó la *Instrucción General de Sanidad de 1904*[702], apareció en orden a la nueva inspección sanitaria local que se llevó a cabo a través de los "Inspectores Municipales de Sanidad", los cuales tuvieron que entender de los proyectos y obras de establecimientos benéficos, construcción y reformas de cementerios, vías públicas, fuentes, lavaderos, conducciones de agua, alcantarillados, mataderos, locales para espectáculos o establecimientos dedicados a la concurrencia del público, fábricas o talleres insalubres y cualquier asunto que hubiera de dar dictamen la Junta Municipal de Sanidad. Además, tendrían que practicar una visita al menos mensual a las escuelas públicas o privadas de su Distrito, consignando por escrito las deficiencias de higiene que advirtiesen en los locales, mobiliario o régimen educativo de las mismas. Serían también los encargados de visitar los mercados, tiendas y demás lugares donde se vendiesen o almacenasen sustancias alimenticias al igual que deberían disponer periódicamente del reconocimiento de las aguas potables. Tendrían que promover la extirpación de los focos infecciosos y cumplir todas las funciones asignadas en lo referente a la higiene municipal, epidemias, epizootias y enfermedades infecciosas e informar sobre la habilitación higiénica de las viviendas particulares que se construyesen en poblaciones de más de15000 vecinos y en cualquier pueblo respecto

[701] Baraguan, J.: Crítica de la reforma de la Sanidad Pública. *La Farmacia Española*. 1903; 35(35): 546-548.
[702] Real Decreto de 12 de enero de 1904, por el que se aprueba la Instrucción General de la Sanidad Pública. *Gaceta de Madrid* nº 22 de 22/01/1904.

a escuelas, casinos, teatros, locales de reuniones y establecimientos de comidas y bebidas.

La dotación de esta figura establecida en todos los municipios sería de al menos un inspector municipal de Sanidad, teniendo en cuenta que para aquellos municipios de más de 40000 vecinos censados en la población, tendría que haber tantos como cuantas veces superase dicha cantidad y uno más si el censo superase en fracción mayor de 20000 vecinos. En los Ayuntamientos cabeza de partido sería inspector municipal el Subdelegado de Medicina, siendo en los demás Ayuntamientos el médico titular. Los inspectores municipales serían además los secretarios de las juntas correspondientes y los jefes del personal adscrito a la sanidad del municipio.

La remuneración de los servicios sanitarios e higiénicos prestados por estos funcionarios[703] se realizaría a través de una tarifa[704] publicada en el año 1908, dando así cumplimiento a lo estipulado en la Ley de 3 de enero de 1907[705].

Hubo que esperar hasta la publicación del *Reglamento de la Sanidad Municipal de 1925* para que se constituyese el "Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad", incorporando al mismo a todos aquellos facultativos médicos que se encontrasen inscritos en el Cuerpo de Médicos Titulares, los cuales pasaron a adquirir automáticamente la doble condición de inspector municipal y médico titular. Autorizaba también a dicho Cuerpo a constituirse en una Asociación con carácter nacional[706] para la defensa de sus intereses, debiendo habilitar una Sección de

[703] Según la Real Orden de 13 de junio de 1908 (*Gaceta de Madrid* nº177 de 29/06/1908), se debía entender como funcionarios, a todos los médicos, farmacéuticos y veterinarios a quienes les estuviese encomendada la práctica del servicio detallado en la tarifa; y en su defecto el inspector municipal del ramo, si está comprendido entre los servicios que detalla como de la higiene municipal y lo ejecute el inspector provincial, cuando hubiere de practicarse fuera del término de su residencia legal. Unos años más tarde se incluirían a través de la Real Orden de 20 de febrero de 1924 (*Gaceta de Madrid* nº54 de 23/02/1924) a los Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria en el concepto de autoridades sanitarias a efectos de las tarifas por los servicios sanitarios.

[704] A través del Real Decreto de 24 de febrero de 1908 (*Gaceta de Madrid* nº57 de 26/02/1908), modificado por el Real Decreto de 28 de febrero de 1922 (*Gaceta de Madrid* nº61 de 02/03/1922), se dictaron las tarifas comprensiva de los servicios sanitarios prestados por los inspectores provinciales, municipales, subdelegados y laboratorios, que debían ser retribuidos. Las disposiciones necesarias para la cobranza, administración y liquidación de los ingresos sanitarios se dictarían a través a través de la Real Orden de 6 de abril de 1908 (*Gaceta de Madrid* nº98 de 07/04/1908).

[705] Según el artículo 1 de la Ley de 3 de enero de 1907 (*Gaceta de Madrid* nº10 de 10/01/1907) se establecía que con arreglo a lo dispuesto en los artículos 196 y 197 de la Instrucción de Sanidad de 1904, se tendrían que formar en el plazo de un mes las tarifas de honorarios exigibles por los servicios sanitarios del interior.

[706] A través de la Real Orden de 29 de abril de 1926, se constituyó la "Asociación de Médicos Titulares". Unos meses después, a través de la Real Orden de 21 de Julio de 1926 se aprobaría el

Titulares en los respectivos Colegios Profesionales Médicos de cada provincia[707]. Mientras tanto, la clase farmacéutica titular, seguía excluida nuevamente de la función sanitaria de la inspección, reservada en exclusividad a la clase médica.

A pesar de que el ingreso al Cuerpo de los nuevos miembros se establecía a través del sistema de oposición, sujeto a unas condiciones[708] y a un programa elaborado por el Real Consejo de Sanidad, la provisión de las plazas de titulares por parte de los Ayuntamientos se realizaba por concurso entre los facultativos pertenecientes al Cuerpo de Inspectores municipales de sanidad, debiendo de consignar el Ayuntamiento en sus presupuestos las cantidades necesarias para dotar dichas inspecciones, siendo independientes de las que figuraban para el pago de las titulares y sin merma de las igualas. Esta remuneración adicional por su actividad inspectora equivaldría al menos al 10% de la que cobraba como titular.

La distribución de estos inspectores municipales de sanidad se realizaba de tal forma que en las cabezas de partido judicial y en las capitales de provincia serían los dos Subdelegados de Medicina los inspectores municipales de sanidad[709], en los Municipios mayores de 15000 almas habría un inspector municipal por distrito y en los de menor número de almas, el titular desempeñaría el cargo de inspector.

Reglamento provisional de la "Asociación Nacional de Médicos titulares, Inspectores Municipales de Sanidad", aprobándose con carácter definitivo a través de la Real Orden de 23 de julio de 1927. En 1934, se aprobaría el Reglamento de la "Asociación Nacional de Médicos titulares, Inspectores Municipales de Sanidad". *Gaceta de Madrid* nº94 de 04/04/1934.

[707] Con motivo de la Orden de 24 de abril de 1931, se dispuso que no podían pertenecer a las Directivas de los Colegios Oficiales Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios, quienes por su cargo oficial tuviesen jurisdicción provincial, como los Inspectores de Sanidad, Jefes de los Servicios, Inspectores de Higiene pecuaria, etc., para que los Colegios no pudieran sentir trabas o coacciones morales de ningún tipo que dificultase la gestión de los que los utilizasen. *Gaceta de Madrid* nº115 de 25/04/1931.

[708] Apéndice: Reglamento de ingreso y provisión de plazas de inspectores municipales de sanidad. Real Decreto de 9 de febrero de 1925, aprobando el Reglamento de Sanidad Municipal. *Gaceta de Madrid* nº48 de 17/02/1925

[709] Ante las quejas de los representantes de los titulares inspectores de sanidad de dotar a los Subdelegados con dicho cargo para darle mayor amplitud a las actividades sanitarias que tenían asignadas, el Gobierno tuvo que sacar una Real Orden rectificando el artículo 46 del Reglamento de Sanidad Municipal, disponiendo que: "*Todos los médicos titulares serán inspectores municipales de Sanidad en sus respectivos distritos, incluso en las cabezas de partido judicial y en las poblaciones y capitales de provincia que no excedan de 30000 almas…"* Real Orden de 5 de diciembre de 1925, determinando quiénes han de desempeñar las funciones de inspectores municipales de Sanidad. (*Gaceta de Madrid* nº340 de 06/12/1925). Unos años más tarde, se dictaría el Decreto de 3 de septiembre de 1933 (*Gaceta de Madrid* nº249 de 06/09/1933), por el que se extinguiría el Cuerpo de Subdelegados de Medicina y Farmacia, transfiriéndose a los inspectores municipales del partido judicial los servicios que tenían asignados de competencia municipal, siendo esta una legítima aspiración de los Ayuntamientos en cuanto a la situación creada por estos Subdelegados al desempeñar servicios de la exclusiva competencia municipal estando éstos independizados de las Corporaciones locales.

Los inspectores municipales dependían inmediatamente de los alcaldes y del Inspector Provincial que les correspondiese y serían al mismo tiempo los Jefes de la Oficina de Sanidad del Ayuntamiento y los Secretarios de las Juntas Municipales de Sanidad, debiendo de disponer de un local de higiene en el Ayuntamiento adecuado para su oficina y dotado del material y personal auxiliar que se considerase indispensable para realizar sus cometidos.

Además de las obligaciones impuestas por el Estatuto Municipal de Sanidad, a los inspectores municipales les correspondían el cuidado del cumplimiento de las leyes, reglamentos y demás disposiciones sanitarias, la vigilancia del estado sanitario de la municipalidad o circunscripción municipal, la cooperación y asistencia al alcalde en la ejecución de todas las determinaciones sanitarias adoptadas, el parte de todo caso de infección que existiese o tuviese conocimiento, la imposición de las medidas profilácticas individuales, familiares y locales en los casos de enfermedades infecciosas o infecto-contagiosas, el empadronamiento sanitario de las viviendas y la remisión del registro mensual de estadística de morbosidad y mortalidad infecciosa registrada en el municipio y de la memoria anual sobre la situación sanitaria del municipio junto con las reformas que sus deficiencias requiriesen.

A pesar de que los inspectores municipales de sanidad gozaran de la inamovilidad dada por el Reglamento de empleados municipales de 1924 y del carácter de autoridad sanitaria dado por el Reglamento de Sanidad Municipal de 1925, el hecho no tener la independencia suficiente como para poder llevar a cabo sus obligaciones sanitarias al seguir dependiendo directamente de los alcaldes de los municipios e indirectamente de los caciques de los pueblos[710], unido a la excesiva dilación en el tiempo de asumir por parte del Estado los presupuestos necesarios para transformar este colectivo en funcionarios del Estado, les generó una continua frustración a dicho colectivo.

[710] El licenciado "Verdades" se refería a este hecho en el trato diferenciado que recibían en los pueblos rurales los funcionarios sanitarios de los guardias forestales, Guardia Civil,…: Mientras a los primeros no los respetaban y no podían aunque quisieran hacer cumplir las leyes, a los segundos, que no dependían económicamente de los alcaldes ni de los caciques, les daba una autoridad tan grande que todo eran halagos y lisonjas para tenerlos contentos. Consideraba que la condición de autoridad que las leyes les habían concedido a los médicos y a los veterinarios era ficticia e imaginaria, ya que, en realidad, no existía más que en las columnas de la Gaceta, debido al hecho de que gobernadores, debido a su cargo político, se ponían la mayor parte de las veces a favor del cacique dueño de los votos y, en cambio, al sanitario rural nadie le hacía caso. "Problemas Sanitarios: Autoridad e independencia económica". *La Farmacia Española*. 1930; 62(17): 327-328.

Unos años más tarde, en el año 1928[711], se haría extensivo a los veterinarios titulares el carácter de Inspectores Veterinarios municipales y el de autoridad sanitaria, igual que el otorgado a los Inspectores Médicos, para el desempeño de sus funciones de inspección de alimentos de origen animal, frutas y verduras, así como en los casos de zoonosis transmisibles, dejando nuevamente el Gobierno excluidos a los farmacéuticos titulares al no tener todavía reconocida la condición de inspector municipal.

Posteriormente se publicaría el reglamento[712] para la inspección sanitaria de los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público,... dirigido exclusivamente a los cargos considerados autoridades sanitarias como eran los Gobernadores, los alcaldes, los inspectores provinciales de Sanidad, los Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria, a los Inspectores sanitarios de Distrito y a los Inspectores médicos y veterinarios municipales de Sanidad, donde se iba a regular la desinfección, desinsectación y desratización, indicando qué locales y vehículos estaban sujetos a la norma, las condiciones sanitarias de éstos y los productos químicos que debían de usarse. Correspondía a los inspectores municipales de sanidad la vigilancia del cumplimiento de los Reglamentos y realizar las visitas a los siguientes establecimientos: *Fondas, hoteles, restaurantes, pensiones, casas de huéspedes y de viajeros, paradores, posadas, casas de dormir prostíbulos y hoteles; cafés, bares, chocolaterías, lecherías, cervecerías y horchaterías, colmados, cantinas, tabernas y demás establecimientos de comidas y bebidas; casinos, círculos, teatros, cinematógrafos, salones de baile, salas de recreo y, en general, todos los locales de reunión o esparcimiento, bien sea de sociedades o de carácter público; escuelas o internados oficiales y privados y academias particulares; peluquerías y barberías, establecimientos de baños y locales insalubres; casas de compraventa y almacenes de ropas, prendas o depósitos de muebles usados, traperías y almacenes de trapos; almacenes de substancias alimenticias, principalmente salazones y ultramarinos; vehículos de servicio público, tranvías, autobuses metropolitanos, ferrocarriles subterráneos, automóviles y coches de alquiler, carros de mudanzas de*

[711] Real Orden de 13 de septiembre de 1928, haciendo extensivo a los Inspectores Veterinarios municipales el carácter de autoridad sanitaria otorgado a los Inspectores municipales de Sanidad, con el carnet de identidad acreditativo. *Gaceta de Madrid* nº 261 de 17/09/1928.

[712] Real Orden de 22 de mayo de 1929, aprobando del reglamento la inspección sanitaria de los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público, etc… *Gaceta de Madrid* nº148 de 28/05/1929.

muebles y vehículos análogos; en general todos los locales y medios de transporte que pudiesen facilitar la propagación del contagio de las enfermedades transmisibles. Correspondía a los inspectores veterinarios municipales de sanidad *las cuadras, establos, paradores, porquerizas y albergues animales de todas clases, así como los locales destinados a almacenamiento y transformación de productos animales; mataderos particulares, chacinerías, carnicerías, pescaderías, tenerías, jiferías, etc,.. o de bajos productos, astas, pezuñas, residuos orgánicos, etc,..y los crematorios de animales*. Estas visitas no tendrían devengo de ninguna clase salvo el pago por la expedición de los certificados que acreditaban las condiciones higiénicas y la práctica de las operaciones de desinfección, desinsectación y desratización. Esta norma no afectaba a los farmacéuticos, puesto que continuaban siendo considerados como elementos completamente "*extraños a la función sanitaria*" y ello a pesar de que su Reglamento contemplara actividades de su competencia como eran las desinfecciones.

Finalmente, en agosto de 1930[713], se correlacionó la denominación del término inspector farmacéutico municipal con el de farmacéutico titular, pasando éstos a tener carácter de autoridad sanitaria en el desempeño de sus funciones, para lo cual se les proporcionó su carnet de inspector, debiendo ostentar sus farmacias el emblema de la Sanidad Nacional para diferenciarse de las demás.

Recuperaron así la doble misión que tenían asignada desde la Instrucción General de Sanidad de 1904 y su Reglamento de aplicación de 1905 tanto benéfica, a través del despacho de medicamentos a los pobres como sanitaria, a través de sus funciones como inspector municipal de sanidad, incluyendo su labor de análisis químicos y biológicos en aquellos municipios que no tuviesen implantados los laboratorios municipales de sanidad, pasando a ser considerados los inspectores farmacéuticos municipales como los "químicos municipales". A través del Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos municipales de 1935 se volverían a ampliar sus funciones sanitarias.

[713] Real Decreto de 16 de Agosto de 1930, aprobando el Reglamento de Servicios farmacéuticos del Ministerio de Gobernación e Inspectores farmacéuticos municipales (Farmacéuticos titulares). *Gaceta de Madrid* nº232 de 20/08/1930.

El esfuerzo legislativo de la Segunda República en materia sanitaria culminaría con la aprobación de la Ley de Bases de Coordinación Sanitaria de 1934[714] en la cual los inspectores sanitarios municipales, médicos, farmacéuticos y veterinarios conseguirían su vieja aspiración de pasar a ser funcionarios técnicos del Estado, garantizándose así la independencia en el ejercicio de sus funciones y la seguridad en el cobro por sus servicios.

2.2.2.2.1.2. Las juntas municipales de sanidad

La nueva reforma sanitaria llevada a cabo por la *Instrucción General de Sanidad de 1904* contaría nuevamente con la presencia de las juntas provinciales y municipales como órganos consultivos que, presididas por el Gobernador Civil de la Provincia o del Alcalde del Municipio respectivamente, tendrían un perfil más científico-técnico y pasarían de tener un carácter esporádico sujetas a epidemias causadas por enfermedades infecto-contagiosas, a un carácter permanente.

Respecto a **las juntas municipales**, en aquellos municipios de más de 25000 almas, estarían formadas y funcionarían de la misma manera que las juntas provinciales, debiendo sostener un laboratorio municipal de análisis y desinfección pero eximiéndolas del sostenimiento de un Instituto de vacunación.

En poblaciones de menos de 2500 almas, las juntas estarían compuestas por el alcalde como presidente, el secretario que sería el nuevo inspector municipal de Sanidad o el Subdelegado de Medicina en las capitales de partido[715], como vocales natos el secretario del Ayuntamiento, el farmacéutico y el veterinario municipales y dos vecinos designados por el Alcalde.

A las juntas municipales se les atribuyó como novedad la obligación de redactar un Reglamento de higiene para la población y término municipal donde se recogiesen las prescripciones de higiene local relativos a los recursos propios del Municipio, especificando además los deberes y funciones de las autoridades y corporaciones y de los vecinos en caso de epidemia y epizootia. Pertenecía a la

[714] Ley de 11 de julio de 1934, referente a servicios sanitarios. *Gaceta de Madrid* nº196 de 15/07/1934.

[715] Rodríguez Ocaña, E., estimaba que el hecho de ser el secretario de las Juntas el inspector de sanidad, constituía el nexo de continuidad y la garantía en los trabajos de vigilancia sanitaria, estableciéndose por primera vez en la legislación sanitaria española la prioridad del estado habitual de la salud pública respecto a la amenaza externa. A pesar de ello consideraba dudoso que desempeñasen algún papel significativo los inspectores municipales de sanidad en las Juntas antes de los años treinta. Ibídem 38; pp11-27.

higiene municipal: el suministro de aguas y vigilancia de su pureza, en depósitos, cañerías y manantiales; la limpieza, trazado, anchura y ventilación de las vías públicas y desinfección de los lugares próximos a ellas o a la vivienda; la evacuación de aguas y residuos; la capacidad, ventilación y demás condiciones sanitarias de las viviendas y establecimientos municipales o privados; la construcción, ampliación, reparación, sostenimiento y régimen sanitario de los cementerios; la construcción y el régimen de los mataderos; la vigilancia higiénica de escuelas públicas y privadas; la prevención contra el paludismo, las precauciones y medidas para evitar enfermedades epidémicas, contagiosas o infecciosas, desinfecciones, aislamientos y demás análogas; la supresión, corrección o inspección de establecimientos o industrias nocivas a la salud pública; la vigilancia contra las adulteraciones de substancias alimenticias, con inspección de mercados y establecimientos de venta de comidas y bebidas; el régimen higiénico de espectáculos públicos y las condiciones higiénicas de todo local de reunión; la inspección de fondas, hoteles, casas de huéspedes o de dormir, posadas y tabernas; la vigilancia higiénica de hospitales, asilos y cualesquiera otros establecimientos benéficos, municipales o particulares; la asistencia domiciliaria y la especial higiene de la lactancia y de las embarazadas o paridas pobres.

La publicación del *Reglamento de la Sanidad Municipal de 1925* apenas aportó novedad respecto a lo ya regulado por la Instrucción General de Sanidad de 1904, manteniendo y potenciando el perfil científico-técnico de las mismas de acuerdo a los nuevos preceptos legislativos que se iban definiendo.

Atendiendo a este perfil más técnico, las funciones de las juntas municipales de sanidad consistieron en redactar nuevamente el Reglamento de Sanidad para la población y término municipal, informar sobre los asuntos de su competencia, vigilar el estado higiénico sanitario de la circunscripción y proponer las medidas y reformas que considerase conveniente para mejorarlos.

Dependiendo del número de habitantes, las juntas de sanidad se constituían por distinto personal, de tal forma que para municipios menores de 15000 habitantes, las juntas estarían compuestas por el alcalde como presidente, el secretario que sería el inspector municipal de Sanidad o el Subdelegado de Medicina en las capitales de partido y como vocales natos el secretario del Ayuntamiento y los funcionarios técnicos profesionales del municipio (un farmacéutico, un veterinario, un médico, un

arquitecto, un ingeniero), el cura párroco, un maestro de escuela y el director del laboratorio municipal si existiese. Las Juntas de aquellos municipios de más de 15000 habitantes estarían formadas por el alcalde como presidente y como vocales, el Subdelegado de Medicina, Farmacia o Veterinaria más antiguo, el director del laboratorio municipal o el jefe de las instituciones higiénico-sanitarias del Ayuntamiento, el arquitecto y el ingeniero municipal el médico de sanidad militar, el secretario de Ayuntamiento y dos vecinos elegidos por el alcalde (uno pudiente y otro obrero). En aquellos municipios de más de 100000 habitantes se incorporaría a la junta un bacteriólogo del laboratorio o del Instituto de Higiene si lo hubiera y un abogado del Estado. Todas las juntas tendrían una Comisión permanente.

2.2.2.2.1.3. Los laboratorios de higiene municipal:

La Instrucción General de Sanidad de 1904 también contemplaría la generalización a todas las capitales de provincia de los laboratorios de higiene y de los Institutos de vacunación, los cuales habían surgido a iniciativa particular en las grandes ciudades a finales del siglo XIX como consecuencia de la intensificación de las acciones higiénico-sanitarias con la incorporación de los postulados de la higiene pública. Establecía además que todos aquellos Ayuntamientos de más de 15000 almas debían de facilitar y subvencionar la instalación de un laboratorio municipal que respondiese del servicio de desinfección y de las necesidades de reconocimiento de aguas, sustancias alimenticias adulteradas y análisis de productos patológicos y de medios de desinfección del Municipio, dando la opción a agruparse para el sostenimiento del mismo a aquellos Ayuntamientos de menor vecindario, siendo el sistema de ingreso del personal técnico de dichos laboratorios por oposición. Se establecía que, para aquellos Ayuntamientos de menos de 15000 almas que no dispusiesen de Laboratorio debidamente montado, debían de tener al menos un local a disposición del inspector municipal de sanidad con el material mínimo para llevar a cabo las tareas de desinfección para los casos de enfermedades epidémicas, infecciosas y contagiosas en tanto en cuanto no se dictase por el Real Consejo de Sanidad el correspondiente Reglamento relativo a los Laboratorios, Institutos y medios de desinfección, que incluyese la designación precisa de los medios que

tendrían que tener con arreglo a sus poblaciones y recursos[716]. La remuneración de los servicios sanitarios e higiénicos prestados por estas entidades de la administración sanitaria se realizaría a través de una tarifa[717] publicada en el año 1908, dando así cumplimiento a lo estipulado por la Instrucción General de Sanidad.

A finales del año 1908 se publicaría un Real Decreto[718] para dar una respuesta al "*aumento de los delitos sanitarios perpetrados por medio de una alimentación artificial ó sofisticada, que conduce á engañar al comprador*" a través "*de las falsificaciones de los alimentos, realizadas por industriales de mala fe, que utilizan para su fraudulenta labor los propios conocimientos científicos que sirven para descubrirlas*", cuyo objetivo final era extender el modelo de Laboratorio municipal debidamente organizado, encomendando a dichas instituciones la misión de descubrir los delitos contra la salud pública tan extendidos en aquella época. Dicho Real Decreto establecía ineludiblemente que aquellos municipios que fuesen capitales de provincia y los Ayuntamientos con una población mayor a 10.000 almas, debían de disponer obligatoriamente de Laboratorios convenientemente instalados y dotados de personal y medios que les permitiesen realizar, independientemente de los demás servicios sanitarios que le estuviesen encomendados, toda clase de reconocimientos y análisis químicos, físicos, micrográficos y bacteriológicos de sustancias, productos u objetos que se relacionasen directa o indirectamente con la alimentación. También obligaba a aquellos municipios de menos de 10.000 almas o

[716] La clase farmacéutica solicitaba que aquellas poblaciones que careciesen de laboratorio municipal fuese el farmacéutico titular de la población el que asumiese esta función sanitaria a la que se le sumaría la otra función benéfica y que consistiría en "(..) *la preparación y conservación de los desinfectantes del que habla la Instrucción en la determinación de las condiciones de las aguas para uso doméstico e industrial, en el reconocimiento de los principales alimentos y bebidas, en algunos análisis relacionados con el diagnóstico médico y demás trabajos de este índole que confiasen al farmacéutico las Juntas de Sanidad y los Ayuntamientos, (..)"*. Marín y Sancho, F.: "El Cuerpo de Farmacéuticos Titulares". *La Farmacia Española*. 1904; 36(20): 313.

[717] Real Decreto de 24 de febrero de 1908, aprobatorio de la adjunta tarifa, comprensiva de los servicios sanitarios prestados por los Inspector provinciales, municipales, Subdelegados y Laboratorios. *Gaceta de Madrid* nº 57 de 26/02/1908.

[718] Real Decreto de 22 de diciembre de 1908, dictando las disposiciones convenientes a fin de evitar el fraude en las sustancias alimenticias. (*Gaceta de Madrid* nº358 de 23/12/1908) y Real Orden de 25 de agosto de 1909, disponiendo que no era preciso el análisis de las substancias alimentarias en los Laboratorios Municipales, cuando llevasen el certificado de haber sido analizadas en el de la capital donde la fábrica radique (*Gaceta de Madrid* nº245 de 02/09/1909). El empleo de nuevos medios de adulteración y falsificación que era preciso conocer y evitar hizo que unos años después se publicase el Real Decreto de 14 de septiembre de 1920, aprobando las instrucciones técnicas que han de servir de base para la calificación de los alimentos y de los papeles, aparatos, utensilios y vasijas que se relacionan con la alimentación (*Gaceta de Madrid* nº273 de 29/09/1920).

que no tuviesen grupo de población con ese número, a asociarse para costear, entre todos, un Laboratorio municipal[719].

Los Laboratorios municipales debían de funcionar bajo la dirección y responsabilidad de un director técnico, del cual dependería el resto de personal que estaría constituido a su vez por doctores o licenciados en medicina, farmacia o ciencias, y por profesores veterinarios. Estos funcionarios iban a ser también los encargados de la inspección sanitaria, teniendo que acreditar su personalidad siempre que fuese necesario a través de una tarjeta de identificación y debiendo llevar a todas las visitas un sello para lacrar, impresos para extender las actas, más los medios necesarios para recoger las muestras y practicar un examen preliminar de las mismas, a fin de evitar, en cuanto fuese posible, el envío a los Laboratorios de muestras de alimentos que se encontrasen en buenas condiciones.

Los servicios encomendados a los Laboratorios municipales serían:

> *"(...) La investigación, mediante el análisis, de las alteraciones, adulteraciones, etc., de las sustancias alimenticias en general, bebidas y condimentos, todas aquellas que tengan más ó menos relación con aquéllos; perfumería, juguetes, investigación de venenos en determinados casos, ó sea análisis toxicológico, todas, en una palabra, que tengan relación directa ó indirecta con la higiene y salubridad públicas, teniendo como complemento un servicio de inspección técnica, alimenticia y de higiene en relación con los Laboratorios, dentro, dicha inspección, naturalmente, de la legítima competencia, indiscutible para dicho fin, y a la vez única de las profesiones sanitarias.*
>
> *Es también función de estos Laboratorios el servicio municipal público de la desinfección con todo lo que en sí lleva adherente de saneamiento, cuya dirección y aplicación exige conocimientos que sólo existen dentro de la cultura de las profesiones sanitarias.(...)"*[720]

[719] La clase farmacéutica pedía el reconocimiento de los servicios de los titulares farmacéuticos en todos los municipios que careciesen de laboratorios oficiales para el desempeño de las funciones relacionadas con la salud pública, análisis, desinfecciones, etc., puesto que temían que si se agrupaban los municipios de menos de 10.000 habitantes para sostener un laboratorio de análisis, desaparecería el Cuerpo de Farmacéuticos titulares, por dejar de tener finalidad, como no la tenían ya en las poblaciones donde había un laboratorio municipal; y donde comentaban que "*lo más lamentable del caso, es que a esas plazas de esos laboratorios, podrán concursar, a más de nosotros, los médicos, veterinarios y licenciados en ciencias*". Ruiz Jiménez, J. y Fernández, F.: "Información de la Junta de patronato de farmacéuticos titulares a los Señores de la Comisión parlamentaria designada para dictaminar en el proyecto de ley de bases para la organización de los servicios de la Sanidad pública del Reino". *La Farmacia Española*. 1911; 43(26): 402-404 y García Novoa, P.: "La Asamblea de Titulares". *La Farmacia Española*. 1928; 60(16): 279-280.

[720] Informe del Real Consejo de Sanidad en referencia a la petición de ingenieros industriales para que pudiesen formar parte preferentemente entre el personal destinado a los Laboratorios municipales, en la que finalmente se desestima dicha petición. Real Orden de 11 de octubre de 1909, inserta en: "Sección oficial". *La Farmacia Española*. 1909; 41(43): 677-679.

Dicho Real Decreto también regularía las competencias en cuanto a la inspección de las sustancias, productos u objetos que se relacionasen directa o indirectamente con la alimentación entre los inspectores veterinarios y los inspectores químicos[721], correspondiendo a estos últimos:

> "*La inspección y vigilancia en las fábricas de alimentos y bebidas en cuanto concierne a éstos. La inspección y vigilancia en los almacenes, tiendas y puestos donde se venda toda clase de productos alimenticios, excepto las carnes, aves, pescados y demás alimentos procedentes del reino animal, de las frutas y de las verduras. La inspección y vigilancia de las fondas, cafés, cafetines, cervecerías, horchaterías, establecimientos de gaseosas y de bebidas refrescantes. La inspección de la fabricación y venta de utensilios de cocina por lo que respecta a los barnices y esmaltes, así como de las fábricas de papel de estaño, cápsulas metálicas, utensilios, vasijas y envases metálicos. La vigilancia de la potabilidad y pureza de las aguas en las fuentes públicas*"

También se sentarían las bases para el procedimiento oficial de tomas de muestras y análisis de las sustancias, productos u objetos alimentarios y que, salvo algunas modificaciones, prácticamente coincidiría con el que subsiste en la actualidad[722].

Unos meses después y para facilitar el cumplimiento de este Real Decreto, especialmente en lo referente al establecimiento de los laboratorios de higiene por los municipios para la inspección de los alimentos, se aprobaría una Real Orden[723] donde se establecía el catálogo o lista de los aparatos y reactivos mínimos necesarios de los que tendrían que estar dotados los laboratorios municipales para la inspección de alimentos, así como las condiciones de su personal técnico, el cual debía ser elegido por cada Ayuntamiento por el procedimiento de la oposición o concurso, o bien por cualquier otro método que garantizase su idoneidad, teniendo en cuenta los recursos de los que dispusiese.

---

[721] Este equiparación fue motivo de queja por parte del colectivo farmacéutico, puesto que se declaraban aptos para desempeñarlos dicha función de inspección sanitaria con el mismo derecho tanto a los farmacéuticos como a los licenciados y doctores en ciencias.

[722] Real Decreto 1945 de 22 de junio de 1983, por el que se regulan las infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y de la producción agro-alimentaria. *Boletín Oficial del Estado* nº168 de 15/07/1983.

[723] Real Orden de 12 de mayo de 1909, aprobando el catálogo o lista de aparatos de que deben estar dotados los Laboratorios municipales, y dictando reglas sobre las condiciones que debe reunir el personal técnico de estos Laboratorios. *Gaceta de Madrid* nº135 de 15/05/1909.

La clase farmacéutica no estaba de acuerdo con lo reglamentado puesto que no solamente se reducían hasta el mínimum sus atribuciones, sino que además, desconociendo su especialización, se les obligaba a compartirlas con otros profesionales, de los que algunos ni siquiera pertenecían al orden sanitario. Fue por ello que solicitaban continuamente al Ministerio de Gobernación, bien a través de la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares o de la Unión Farmacéutica Nacional, que les otorgase el puesto que legítimamente les correspondía en la organización sanitaria, tanto en los Laboratorios de higiene e Institutos de vacunación como en los laboratorios municipales de sanidad, en base a la competencia técnica que poseían en materia de higiene y salubridad, solicitando, además de la prioridad de los farmacéuticos para desempeñar las plazas técnicas de los laboratorios, que se estableciese el precepto de que fuese el doctor o licenciado en farmacia el jefe de los servicios de análisis químico y desinfección de los Institutos de higiene, con preferencia a cualquier otro título académico, además de que cuando la provisión tuviese lugar por concurso, se equiparasen los licenciados en Farmacia a los doctores en Medicina y Ciencias[724].

A pesar de toda esta reglamentación, la instalación de los Laboratorios no debió ser generalizada, especialmente en aquellas poblaciones de menor tamaño a juzgar por los continuos llamamientos por parte de las autoridades gubernativas para su instalación y financiación[725]. Esta ausencia tuvo especial relevancia durante la epidemia de la gripe extendida por toda la Nación en el año 1918, donde se volvió a demostrar la enorme insuficiencia de una estructura sanitaria y la falta de laboratorios provinciales dotados del material necesario de investigación y desinfección, volviéndose a disponer la obligatoriedad de establecer los laboratorios municipales con los elementos suficientes para análisis y desinfección en aquellas capitales y poblaciones importantes que careciesen de ellos, debiendo los

[724] Rivas Mateos, M: "Inspectores de Sanidad del campo". *La Farmacia Española*. 1911; 43(1): 9; Marín y Sancho, F: "La Unión Farmacéutica Nacional al Sr. Ministro de la Gobernación". *La Farmacia Española*. 1915; 47(12): 181-182; Gelabert Aroca, E.: "Sobre el derecho de los farmacéuticos a la provisión de los cargos técnicos de los laboratorios". *La Farmacia Española*. 1917; 49(34): 533-534

[725] Para intentar subsanar esta situación, el Inspector General de Sanidad Interior emitió una Circular dado que "*La imperfección é irregularidad con que se vienen practicando los servicios encomendados á los Laboratorios é Institutos de Higiene en muchas provincias y la variada organización que estos mismos servicios tienen en algunas capitales, trascienden de manera evidente en perjuicio de la salud pública, siendo causa de la propagación de muchas enfermedades epidémicas*". Circular de 29 de mayo de 1916, inserta en: *La Farmacia Española*. 1916; 48(23): 357-358.

laboratorios municipales que existiesen atender las necesidades sanitarias que se originasen en aquellas localidades de sus correspondientes provincias donde no se dispusiesen de laboratorios[726].

Unos años más tarde se volvió a reiterar el cumplimiento de dicha obligación a través de la publicación del Reglamento de Sanidad Municipal de 1925, en el cual se establecía que para aquellos Ayuntamientos con una población superiores a 10000 habitantes, tendrían que disponer obligatoriamente de un laboratorio municipal dotado del personal idóneo y material suficiente para el desempeño de las funciones:

> "(…) *Analizar a diario o con la mayor frecuencia posible las aguas potables, y las que no siéndolo, sirvan para usos domésticos e industriales, dando cuenta inmediata al alcalde para clausurar las que resulten contaminadas o sospechosas, analizar el suelo y subsuelo, estudiando la composición, humedad, porosidad, circulación de gases y de agua, oscilaciones del agua telúrica, flora bacteriana, etc., organizar la inspección y análisis de toda clase de alimentos y bebidas; verificar el examen de productos patológicos, drogas, materias y productos industriales; organizar y cumplir los servicios de desinfección, conservando siempre en buen uso el material y aparatos que constituyan su parque, y contribuir con su actuación y sus informes a la resolución de los problemas higiénico-sanitarios de la urbe, especialmente en lo que se refiere a la eliminación de excretas y aguas residuales, higiene de vías públicas, saneamiento de edificios y terrenos, acarreo y tratamiento de basuras, policía de mercados, ferias, etc. Los servicios que presten a instancia de parte, serán retribuidos con las tasas que el ayuntamiento establezca* (...)"[727].

debiendo relacionarse para el apoyo e intercambio de información con los Institutos Provinciales de Higiene, Brigadas Provinciales Sanitarias[728] y el Instituto Nacional

[726] Real Orden de 3 de octubre de 1918. Inserta en: La Farmacia Española. 1918; 50(42): 661-662.

[727] Artículo 61 del Real Decreto de 9 de febrero de 1925, por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Municipal. *Gaceta de Madrid* nº 294 de 17/02/1925.

[728] Estas brigadas sanitarias surgieron en un primer momento como unidades sanitarias o brigadas volantes en el año 1909 y cada una de las cuatro existentes estaban compuestas por cinco desinfectores cuyo objetivo era el de acudir, donde y cuando se les ordenase para cooperar con los elementos locales en la lucha contra las epidemias de cualquier índole (Real Orden de 8 de febrero de 1909, *Gaceta de Madrid* nº41 de 10/02/1909). Posteriormente se recomendaría a todos los Ayuntamientos y Diputaciones de la provincia a crear pequeñas brigadas de desinfectores para proseguir con eficacia la campaña de prevención y defensa frente a la invasión del cólera morbo asiático, auxiliadas en caso necesario por la brigada de la capital de provincia (Real Orden de 8 de septiembre de 1910, *Gaceta de Madrid* nº 252 de 09/09/1910). Aunque fue a partir del segundo decenio del siglo cuando se extendieron las brigadas provinciales con el fin de extender al medio rural los beneficios de vigilancia epidemiológica y desinfección de que se disponía en la mayoría de las capitales (Reales Órdenes de 28 de julio y 5 de septiembre de 1921), a través de una financiación mancomunada, estableciéndose la dependencia de los inspectores provinciales en 1921. El nombramiento del personal se tendría que llevar a cabo por concurso oposición los de nuevo ingreso y a través de un examen práctico de aptitud aquellos que ya estuviesen desempeñando el cargo (Real

de Higiene. Para el resto de Ayuntamientos que no tuviesen la obligación de disponer de laboratorio municipal, serían los facultativos adscritos a los municipios los que se encargarían de las investigaciones analíticas dentro de su esfera de acción y en la medida que les permitiesen los medios y recursos de los que dispusiera. Un mes después se publicaría el Estatuto Provincial que imponía a las Diputaciones la obligación de crear y mantener un Instituto de Higiene, disponiendo su Reglamento la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito sanitario (Brigadas Sanitarias, Institutos de vacunación, Laboratorios de Higiene,…) en un único Instituto Provincial de Higiene[729], bajo la dependencia funcional y administrativa del Inspector provincial y con obligaciones en tareas de epidemiología, vacunaciones, propaganda sanitaria y estadística, análisis clínicos, higiénicos y químicos, desinfección y docencia[730].

La falta de laboratorios municipales en los pueblos fue una de las cuestiones que más preocupaba a la clase farmacéutica y por ello pedían periódicamente al Gobierno que habilitase una disposición oficial, para que los Ayuntamientos no prescindieran de los laboratorios propios de los titulares y poder así aprovecharse de sus beneficios[731], entendiendo que "*Quien puede establecer una farmacia puede*

Orden de 7 de febrero de 1923, *Gaceta de Madrid* nº 41 de 10/02/1923). En el año 1925 las Brigadas sanitarias, los Laboratorios provinciales y los Institutos provinciales de Higiene, organizados y sostenidos por Mancomunidades provinciales, refundirían sus servicios en los Institutos de Higiene (Real Orden de 28 de mayo de 1925, por el que se aprueba el Reglamento de la Sanidad Provincial. *Gaceta de Madrid* nº 297 de 24/10/1925).

Para la clase farmacéutica, la creación de las brigadas sanitarias provinciales, fue un paso más en la realización de" *su empeñado propósito de excluir de las funciones sanitarias a las clases farmacéutica y veterinaria, con injusto menosprecio de su indiscutible competencia y positivo perjuicio de los intereses públicos, ha motivado un legítimo y violento movimiento de protesta entre los directores de Laboratorios municipales, anulados o poco menos por la disposición citada*". Con motivo de las quejas de los Laboratorios municipales y provinciales, por temor a que pudieran perjudicárseles en el ejercicio de sus funciones o en sus derechos adquiridos la creación de estas Brigadas, el Gobierno aprobó una Real Orden Circular de 23 de febrero de 1922para estableciendo que "*en aquellos pueblos donde los Municipios tengan bien establecidos Laboratorios u otros servicios sanitarios, serán éstos respetados en su organización, sin que tengan que contribuir al sostenimiento de la Brigada provincial mas que con la parte de cuota aprobada que les corresponda*". Marín y Sancho, F.: "Convocatoria extraordinaria de la Junta directiva de la Unión Farmacéutica Nacional". *La Farmacia Española*. 1922; 54(5):68 y 54(6): 86.

[729] La estrategia sanitaria de la Dictadura se basaba en la implantación de los Institutos provinciales de Higiene con la finalidad de llevar el control de la Administración a todo el territorio nacional, una vez acomodados los Inspectores provinciales de sanidad en sus nuevos destinos según la conveniencia del Gobierno. Ibídem 281; pp45-79.

[730] Real Orden Circular de 28 de mayo de 1925. Inserta en: "Sección Oficial": *La Farmacia Española*. 1925; 57(14):214-215.

[731] Así se manifestaba intentaba un farmacéutico animar a su colectivo para implantar los laboratorios en sus farmacias: "*lo que no puede darnos la farmacia, desde que desde nuestra oficina huyó para no volver la fórmula magistral, nos lo daría el laboratorio; él demostraría a los que nos desconocen que*

también establecer un Laboratorio anejo a ella con todo lo necesario para atender a las necesidades de la localidad"[732].

Esta petición fue tenida en cuenta a la hora de redactar el Reglamento para el régimen de los Farmacéuticos titulares del año 1930 y que provocó que se alargara más de la cuenta su aprobación por las dificultades de acoplar a dicho Reglamento las bases de regulación de los Laboratorios Municipales.

A partir de dicho reglamento los inspectores farmacéuticos municipales (farmacéuticos titulares), pasaron a ser los químicos municipales y para ello tuvieron que disponer del material necesario para efectuar el trabajo analítico confiado, siendo también los encargados de su reposición. Dicho material mínimo se reguló más adelante en el año 1933[733], especificando el material estrictamente indispensable que debían poseer los Farmacéuticos con arreglo al Petitorio vigente y que iría en base a la categoría de los distintos inspectores. Así por ejemplo, para los de segunda categoría habría que sumar una cantidad mayor y proporcionada a las existencias de material mínimo que le correspondía a los de tercera y cuarta categoría, sumándose un microscopio que permitiese aumentos de 1200 diámetros; para los de primera categoría tendrían el material incluidas en las categorías anteriores y además poseerán los medios de cultivo y reactivos necesarios para el aislamiento e identificación de los gérmenes que con mayor frecuencia contaminan los alimentos,

---

nuestra misión no es sólo comprar y vender, que tenemos una cultura científica bien cimentada y que, si los pueblos, de la modesta Hacienda municipal, pagan a un inspector farmacéutico, éste, les devuelve con creces lo que percibe, velando por la salud de todos por medio de los análisis periódicos de aguas y de ciertos alimentos o practicando con fines diagnósticos los análisis de productos patológicos que el médico considere necesarios o, al menos, útiles, dirigiendo la práctica de desinfecciones, etc., etc.; y no sólo eso, sino que mediante esa pequeña carga la población rural tiene en su propio seno un técnico que puede orientarles en múltiples problemas que a diario les plantea la agricultura e industrias derivadas, en el aprovechamiento más racional de riquezas naturales y en tantas otras cosas que caen de lleno dentro de los conocimientos del farmacéutico y en las que no, se le consulta porque se desconoce que está capacitado para resolverlas". M.M.D.: "Una negligencia peligrosa". *La Farmacia Moderna*. 1933; 44(12):XCI-XCII.

[732] Hernández, M.: "La voz de los titulares. Esperando el Reglamento". *La Farmacia Española*. 1929; 41(7):134-136.

[733] La determinación por parte de la Dirección general de Sanidad del material mínimo necesario para que los Inspectores farmacéuticos municipales pudiesen atender su cometido se publicó con fecha de 13 de enero de 1933 (Gaceta de Madrid nº14, de 14/01/1933). A pesar de ello, la clase farmacéutica consideraba que esta relación de material no fuese la más conveniente, en especial para los laboratorios de ámbito rural, concretamente para el examen de los alimentos y los análisis clínicos que veían insuficiente para unos laboratorios y excesivo para otros. *La Farmacia Moderna*. 1933; 44(2): IX-XI.

tres pipetas de un cc. divididas en décimas, un horno Pasteur, una estufa para cultivos, un autoclave, una centrífuga y un polarímetro.

Los inspectores tenían que practicar los análisis necesarios para demostrar la pureza e investigación de los fraudes con la frecuencia que cada sustancia exigiera y para ello tendrían que tomar personalmente las muestras con las debidas garantías, debiendo de dar cuenta a los Alcaldes de los Ayuntamientos donde prestasen sus servicios del resultado de las investigaciones analíticas e inspecciones. Especial atención debían de tener el análisis de las aguas destinadas a la bebida en las que tenían que investigar sobre todo la materia orgánica en sus tres formas: amoniaco, nitritos y nitratos.

Así, algunos Ayuntamientos de las zonas rurales comenzaron a exigir a los titulares la implantación de laboratorios anejos, bajo la amenaza de no pagarles la titularidad:

> "(…) *Tiene necesariamente que hacer el farmacéutico titular, el compromiso de pagar los aparatos, incluso los polarímetros, y disponer de cuatro o cinco mil pesetas que suele costar esta instalación, y no puede prescindir de ello, porque ya tenemos noticias de algún Ayuntamiento que ha notificado al titular, que mientras no tenga el laboratorio dotado con toda clase de aparatos y reactivos no se le pagará ni el suministro de medicamentos ni el dinero que por clasificación le corresponde* (...)"[734]

La Dirección General de Sanidad designó posteriormente a una Comisión de técnicos para redactar las instrucciones comprensivas de los procedimientos analíticos más recomendables que debían ser empleados como métodos oficiales[735] y estableció para el personal técnico que se encargarse del ambiente rural con competencias en los servicios de desinfección en los Municipios, una serie de cursos[736] de análisis clínicos y sanitarios y de desinfección en los Laboratorios y Parques de desinfección y de desparasitación del Instituto provincial de Higiene de su provincia, con el objetivo de unificar criterios en los métodos y técnicas, así como

[734] Escolar, G.: "¿Y los atrasos, qué?". *La Farmacia Moderna*. 1933; 44(9):LXVI-LXVII.
[735] En 1935, la Dirección General de Sanidad encargó a la Unión Farmacéutica Nacional la redacción de un texto donde se plasmasen los procedimientos oficiales de análisis, publicándose en el año 1940 los *Métodos Oficiales de Análisis de Alimentos, bajo la dirección de Obdulio Fernández.* Fernández Rodríguez, O.: Métodos Oficiales de análisis de alimentos: estudiados y propuestos por encargo de la Unión Farmacéutica Nacional. Madrid, Dirección General de Sanidad. 1940.
[736] Real Orden de 17 de diciembre de 1930, disponiendo que los Institutos provinciales de Higiene, que tengan completas sus Secciones, organicen cursos de análisis clínicos y sanitarios y de desinsectación, dedicados a los Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 353, de 19/12/1930.

en la interpretación de los resultados, consiguiendo con ello una mayor eficacia de los servicios municipales y provinciales[737].

Estos cursos impartidos por los Institutos Provinciales de Higiene serían eminentemente prácticos, sobre unas materias determinadas[738] y con una duración de 30 a 50 días, realizándose al final del mismo una prueba de aptitud ante un Tribunal designado por la Dirección General. Una vez superado el mismo se emitiría una certificación de la prueba de aptitud que sería indispensable para poder realizar las funciones dadas por su Reglamento de 1930 en cuanto a los análisis químicos, clínicos y de desinfección. Posteriormente, se equipararon estos cursos impartidos por los Institutos provinciales de Higiene con los cursillos organizados por las Facultades de Farmacia, así como los realizados en el Instituto Nacional de Higiene comprensivos de las materias a que se refería la Circular, quedando exentos de realización del mismo los alumnos de Farmacia que hubiesen aprobado las asignaturas de Bromatología y Análisis clínicos[739].

2.2.2.2.2. REGULACIÓN NORMATIVA DE LOS FARMACÉUTICOS TITULARES:

> "(...) *Pues exactamente, igual ocurre con el farmacéutico rural; que es el agrario o el campero, que no se le conoce, que no se sabe cuáles son sus problemas y que no pueden comprender los sufrimientos, las luchas, los sinsabores, las amarguras que pasa un farmacéutico rural en el ejercicio de su misión científica. Vive aislado, pretérito, luchando contra el caciquismo y la política que lo destroza y lo aniquila, y lo persigue, hasta un grado sumo, de sitiarle por hambre.*
>
> *Eso no se conoce, esos sufrimientos lo saben los que tienen la desgracia de pasarlos y son tan heroicos estos hombres sufridos, que no dan a nadie participación de sus penas. Es un verdadero sacrificio el que*

[737] Se observa nuevamente cómo se van integrando los inspectores municipales en las distintas estructuras orgánicas superiores de la organización sanitaria.

[738] Las materias versarían sobre: a) De Bacteriología: Exámenes de bacterias en fresco; coloraciones simples; método de Gram; ácido y alcoholi-resistencia; montaje y conservación de preparaciones; medios de cultivo, siembra y aislamiento; estufas de cultivo; esterilización; inoculaciones y autopsias en los animales de laboratorio más corrientes; estudios monográficos de las bacterias patógenas más comunes. b) De Parasitología: Paludismo; fiebre recurrente; sífilis; kala-azar, anquilostomiasis y tinas. c) De Química clínica y sanitaria: Orinas; jugo gástrico; líquido céfalo-raquídeo; sangre; derrames patológicos; harina, pan, chocolate, leches, vinos, vinagres, aceites, etc. d) De desinfección y desparasitación: Conocimiento y manejo de aparatos. Circular de 8 de enero de 1931 disponiendo se observen las instrucciones que se insertan para dar cumplimiento a la Real orden de 17 de Diciembre último, relativa a cursos en los Institutos provinciales de Higiene para Farmacéuticos-Inspectores municipales. *Gaceta de Madrid* nº 9 de 09/01/1931.

[739] Disposición de 8 de junio de 1931, relativa a los cursillos de análisis para los Farmacéuticos titulares. Inserta en: *La Farmacia Moderna*. 1931; 42(12):189.

realizan y esto hay necesidad de difundirlo, con la clara letra de la verdad. (...)"[740]

2.2.2.2.2.1. LA INSTRUCCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE 1904

"(…) Desconsiderada por la sociedad que sus beneficios recibe; invadido su campo por intrusos descarados, y escarnecida hasta por sus propios hijos; cuando toca los últimos límites de su decadencia y agoniza entre vergüenzas y miserias, pide, á quien puede hacerlo, mitigue sus acerbos dolores y haga justicia á sus merecimientos, y se la contesta con el atropello de sus derechos y el desprecio de sus inapreciables servicios.…… Suprímase, por tanto, la carrera de farmacia y, entre el médico que quedará encargado de la parte científica y el droguero que se encargará de la parte comercial, cumplan, mejor ó peor, la misión encomendada al farmacéutico.…… Y es lo más sensible que el decreto que viene á dar la puntilla (valiéndome de un símil taurino) á la muriente profesión farmacéutica y que parece dictado por el más profundo odio hacia ella, haya sido inspirado por un hijo de la profesión hermana de quien tenía mas derecho á esperar protección y amparo, de la medicina que parecía no poder dignificarse sino al par de la farmacia (tan unidas deben marchar), y que, sin embargo, á juzgar por el famoso decreto, necesita para su más próspera vida absorber y anular á la que es su complemento indispensable (…).[741]

La Instrucción General de Sanidad fue aprobada provisionalmente en el año 1903[742] y con carácter definitivo en el año 1904[743] como Real Decreto, dentro del contexto político de una Monarquía Borbónica con un Gobierno conservador, para evitar precisamente un nuevo fracaso al intentar sustituir a la inoperante Ley de Sanidad de 1855, ante la imposibilidad manifiesta de superar las discrepancias entre los partidos políticos de turno en su trámite parlamentario y cuyas tentativas, que se habían iniciado a partir de la Restauración Borbónica de 1875 a través del Proyecto de Ley de Sanidad Civil de 1882, del Proyecto de Ley de Bases de 1894 y del Proyecto de Ley de Bases de Sanidad de 1899, habían resultado inútiles.

[740] Escolar, G.: "Hacia un gran partido rural". *La Farmacia Moderna*. 1933; 44(12): LXXXIX-XC.
[741] Ejemplo de opinión de un profesor farmacéutico sobre la nueva Instrucción General de Sanidad de 1904: López García, G.: "La nueva instrucción general de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1903; 35(31):483-484.
[742] Real decreto de 14 de julio de 1903, aprobando con carácter provisional la Instrucción general de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº196, de 15/07/1903.
[743] Real decreto de 12 de enero de 1904, aprobando con carácter definitivo la Instrucción general de sanidad pública. *Gaceta de Madrid* nº22 y 23, de 22 y 23/01/1904.

Dicha reforma sanitaria, inspirada por el higienista D. Carlos María Cortezo, fue aprobada por el Ministro de Gobernación D. José Sánchez Guerra y, aunque inicialmente se pretendió que tuviese un carácter provisional, lo cierto es que se mantuvo a efectos prácticos como Ley hasta el año 1944, siendo sustituida por la Ley de Bases de la Sanidad Nacional.

La Instrucción reconoció la necesidad de una vigilancia sanitaria continuada con independencia de la presencia de catástrofes epidémicas, creándose para ello la figura del funcionario especializado (inspector de Sanidad) con competencias en los ámbitos general, provincial y municipal y al que se le confirió a las diversas jerarquías de inspectores no solo facultades fiscales, inherentes a toda inspección, sino que también colocaría al lado de éstas funciones ejecutivas, indispensables para la oportunidad y eficacia de las medidas sanitarias en los asuntos casi siempre urgentes de la Sanidad Pública[744].

Aunque el espíritu de la Instrucción fue el de dar la mayor independencia posible a la función sanitaria respecto a la gubernativa y administrativa generales, sin desligarla de ellas en cuanto pudiesen vigorizar su acción o evitar sus arbitrariedades, los inspectores en su aspecto ejecutivo continuaban bajo la vigilancia del Ministerio de la Gobernación (Ministros, Gobernadores Civiles y Alcaldes). Aunque las innovaciones introducidas por la Instrucción iban a dejar sentadas las bases de una posterior evolución en la que paulatinamente se observó cómo los funcionarios adscritos a los servicios sanitarios locales (verdaderos funcionarios municipales), se iban a ir desligando del Municipio para integrarse progresivamente en esferas administrativas más amplias[745].

El modelo organizativo de la política sanitaria propuesto supuso la organización de un servicio sanitario permanente de higiene y prevención en el interior, donde se estructuró la administración sanitaria bajo tres campos de acción: el ejecutivo (político administrativo), el consultivo (comisiones asesoras) y el técnico (la inspección). A nivel ejecutivo continuaba bajo la vigilancia del Ministerio de Gobernación, con las delegaciones necesarias en los Gobernadores civiles y Alcaldes, como delegaciones provinciales y municipales. El nivel consultivo,

[744] Real orden de 20 de julio de 1903, excitando el celo de las Autoridades para el pronto cumplimiento de la Instrucción general de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 202, de 21/07/1903.
[745] Vid. A. de Lorenzo: *Estatuto Jurídico del Médico Titular. Régimen Funcional Orgánico*. Madrid, 1971, p45.

heredado de siglo anterior al igual que el nivel ejecutivo, se articulaba a través del Real Consejo de Sanidad y de las juntas de sanidad tanto provinciales como municipales, con la obligación de establecer los Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación. Por último y como principal aportación, creaba a nivel de inspección un organismo técnico representado por las inspecciones de sanidad en cada uno de los niveles administrativos general, provincial y municipal, con la misión de vigilar el estado de la salud pública y sustentar técnicamente los acuerdos y decisiones de los otros órganos.

Aunque la Instrucción General de Sanidad no disfrutara de una inmediata efectividad, sí que supuso un estímulo para la consolidación de la administración sanitaria periférica, tanto a nivel provincial como municipal, si bien no se llevaría a cabo con la solvencia que se hubiera podido esperar.

Para la clase farmacéutica, la publicación de la Instrucción en 1904, sin tener en cuenta las modificaciones planteadas a la Instrucción provisional, supuso un profundo disgusto por el menosprecio que impuso hacia la clase farmacéutica, especialmente en todo lo referente a aquellas cuestiones en que por su competencia podía y debía figurar dignamente al lado de la clase médica, principalmente en todo lo que se refería a servicios sanitarios, sobretodo en asuntos de higiene y de química; de hecho, consideraban que "*la instrucción se hizo en beneficio exclusivo de los médicos*"[746]. También supuso para la clase farmacéutica la disminución de su representación en el Consejo de Sanidad y en las juntas tanto provincial y municipal, su exclusión de la figura de inspector provincial y municipal de sanidad, confiándolo exclusivamente a los médicos, y la limitación de su función sanitaria en aquellas poblaciones donde se instalasen los laboratorios de higiene municipal, consagrando a los titulares casi exclusivamente al desempeño de una función benéfica de suministro de medicamentos a los enfermos pobres en los términos municipales, a excepción residual de "*cuando la índole de sus servicios lo consientan*[747]".[748]

[746] Vidal Carballeda, E: "Farmacéuticos ¡A defenderse!". *La Farmacia Española*. 1904; 36(17):257-260.

[747] Según el artículo 108 de la Instrucción General de Sanidad: "*Los titulares de la Farmacia y de la Veterinaria a que se hace referencia en los artículos 93, 94 y 95 se organizarán en la forma prevista para los Médicos en los artículo anteriores, cuando la índole de sus servicios lo consientan*".

[748] Sobre cómo afectó la Instrucción a los farmacéuticos titulares, léase: López García, G.: "La nueva instrucción general de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1903; 35(31):483-484; Baraguan, J.: "Crítica de la reforma de la Sanidad Pública". *La Farmacia Española*. 1903; 35(35):546-548; Vidal Carballeda, E.: "La farmacia bajo el nuevo régimen". *La Farmacia Española*. 1903; 35(38):593-595;

2.2.2.2.2.1.1. La organización de las profesiones sanitarias: Los farmacéuticos titulares

En cuanto a la escueta organización de la rama farmacéutica dentro de las profesiones sanitarias libres, se estableció que en todos aquellos municipios con más de 2000 vecinos tendría que existir por lo menos una farmacia, con la se contrataría la provisión de medicamentos para los enfermos pobres, agrupándose al efecto los Ayuntamientos colindantes con un número menor de vecinos, para así atender a la beneficencia y ejercer sus funciones, dando cuenta los Ayuntamientos al Inspector Provincial de Sanidad de los contratos y agrupaciones establecidas. Si hubiese varias farmacias, todas tendrían derecho a prestar dicho servicio aceptando las condiciones impuestas por el Ayuntamiento.

Sobre los **farmacéuticos titulares** establecía que en cada Municipio tendría que haber por lo menos un farmacéutico titular que debería percibir una dotación fija por residencia y prestación de los servicios sanitarios que fuesen de su incumbencia, cobrando además el importe de los medicamentos que, mediante prescripción suscrita por los facultativos municipales de medicina y cirugía, suministrasen a los enfermos declarados pobres para los efectos del servicio benéfico municipal.

La Instrucción también sentaría las bases definitivas para la organización, a través de la creación de una Junta de Gobierno y Patronato en el año 1904, del Cuerpo de los Farmacéuticos Titulares, cuyo primer Reglamento se aprobaría con carácter definitivo en el año 1905, concretando lo que más tarde sería el "Partido Farmacéutico" y estableciendo la posibilidad de colegiarse conjunta o separadamente y de formar agrupaciones profesionales. Una vez establecida la Junta y el Cuerpo se tendría que formar un Montepío especial que en el caso de los farmacéuticos se realizaría a través de la formación de una Caja de Ahorros del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en el año 1906.

La Instrucción General de Sanidad establecía también la potestad de colegiarse a los farmacéuticos para el mejoramiento, mutuo apoyo e instrucción de sus respectivas clases, concediendo a los Colegios aquellas facultades y prerrogativas

Vidal Carballeda, E: "Farmacéuticos ¡A defenderse!". *La Farmacia Española*. 1904; 36(17):257-260 y Marín y Sancho, F.: "Crónicas: El Cuerpo de Farmacéuticos Titulares". *La Farmacia Española*. 1904; 36(20):313.

que creyeron necesarias para llenar sus fines, estableciéndose en el año 1916 como obligatorio los colegios provinciales para la clase farmacéutica[749].

La Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares, fue creada el 17 de mayo de 1904 para organizar a los facultativos farmacéuticos titulares dentro de las profesiones sanitarias dando así cumplimiento a lo dispuesto en la Instrucción General de Sanidad, siendo además la encargada de representar y defender los intereses colectivos e individuales de sus miembros, la disciplina interior de la Corporación y el establecimiento y dirección de las instituciones que conviniesen a la misma. Los cargos de la Junta duraban seis años, renovándose cada tres años de acuerdo a las instrucciones de su Ordenanza[750], realizándose las mismas en los años 1906[751], 1909[752], 1912[753], 1916[754] y 1920[755], hasta quedar suprimida en año 1924 por la aplicación de los preceptos del Estatuto municipal.

En Murcia, la junta provincial iba a estar compuesta por:

"Presidente: D. Antonio López Gómez, un Secretario-tesorero: D. Emilio López Sánchez Solís, ídem., un Vocal propietario: D. Luis Sánchez Lacorte y como suplentes: D. Juan Moreno y D. Enrique Gelabert. Como Delegados estarían : Partido de Caravaca: D. Juan Moya, Calasparra.—Cartagena: D. Alfonso Cardón , Pozo Estrecho.—Cieza: D. Juan Piñero. Fortuna.—Lorca: D. José Aráez, Lorca.—Murcia: D. Antonio López Gómez, Murcia.—Muía: D. Pascual Gil, Archena.—Totana: D. Manuel Serrano, Totana.—La Unión:D. Antonio Martínez, La Unión .- Yecla: don Modesto Maestre, Yecla."[756]

---

[749] Real Decreto de 23 de Octubre de 1916, dictando reglas encaminadas a evitar deficiencias que la práctica ha enseñado existen en la reglamentación del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº300 de 26/10/1916.

[750] Real Orden aprobatoria de la adjunta Ordenanza para la renovación parcial o total de las Juntas de gobierno y Patronato de los Cuerpos de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios titulares. *Gaceta de Madrid* nº317, de 13/11/1906.

[751] Real Orden disponiendo se convoque para la elección parcial de la Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº318, de 14/11/1906.

[752] Real orden disponiendo se convoque al Cuerpo de Farmacéuticos titulares para la renovación parcial de su Junta de Gobierno y Patronato. *Gaceta de Madrid* nº309, de 05/11/1909.

[753] Real orden sobre renovación de Vocales propietarios y suplentes de la Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* núm. 349, de 14/12/1912.

[754] Real orden aprobando el escrutinio verificado por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, de las elecciones celebradas para la renovación parcial de la Junta de gobierno y patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* núm. 145, de 24/05/1916.

[755] Real orden disponiendo se convoque al Cuerpo de Farmacéuticos titulares para la elección de los Vocales que se indican, en la forma que determinan los artículos 97 al 99 de la Instrucción general de Sanidad y las Ordenanzas aprobadas por Real orden de 10 de Noviembre de 1906. *Gaceta de Madrid* núm. 118, de 27/04/1920.

[756] "Estadística del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares: Murcia". Inserta en: *La Farmacia Española*. 1907; 39(49):724.

La principal labor que desarrolló a nivel individual fue la del amparo y la defensa de los derechos e intereses de los titulares, constituyéndose en garantía de la conservación e inamovilidad de sus plazas, era la encargada de representar al farmacéutico titular ante la administración en todos sus grados y ante los tribunales de justicia en todas sus jerarquías, actuando de abogado y procurador de la clase a la que representaba y donde, además de intervenir en sus nombramientos y separaciones con personalidad jurídica propia, iba a entablar los recursos que procediesen ante las entidades competentes.

A nivel colectivo propuso a los poderes públicos cuantas medidas estimaba convenientes en beneficio de los intereses benéfico-sanitarios que afectaban al ejercicio de su profesión, redactando en el aspecto normativo, entre otros, el Reglamento del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. Además de organizar el patronato de los farmacéuticos titulares, gestionó las pensiones de los profesores y de sus familias y propuso la clasificación de los partidos farmacéuticos en las provincias, dedicando principalmente sus actividades a que los Ayuntamientos condicionasen las titularidades de farmacia con arreglo a las disposiciones vigentes, procurando que se sacaran a concurso y se proveyeran las de los municipios cabeza de partido farmacéutico y reclamando a las autoridades gubernativas que obligasen a las municipios que careciesen de oficina de farmacia, a que encomendasen los servicios benéfico sanitarios al titular farmacéutico del pueblo más próximo.

A pesar de las grandes dificultades que se le presentaron para la constitución del Cuerpo, no fueron menos las que el Patronato tuvo que arrastrar en sus relaciones con las autoridades gubernativas y municipales al ser éste el organismo intermediario entre ellas y los titulares, de modo que, mientras unos la acogieron como la tabla salvadora para defender sus derechos, los otros la miraron con recelo creyendo infundadamente que esta entidad les fuese a mermar sus atribuciones[757].

[757] Sobre Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares léase: Circular de 5 de agosto de 1903, Disposiciones a que ha de ajustarse la elección de la Junta de gobierno y Patronato de Médicos titulares, creada por el art. 98 de la Instrucción general de 14 de Julio próximo pasado. *Gaceta de Madrid* nº 218 de 06/08/1903; Marín y Sancho, F.: "Crónicas. Patronato de farmacéuticos titulares". *La Farmacia Española*. 1904; 36(12):185; Circulares de 25 de abril de 1904: Junta de Gobierno y Patronato de los Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 120 de 29/04/1904; Marín y Sancho, F.: "Farmacéuticos titulares". *La Farmacia Española*. 1904; 36(21):325-326 y 36(26):401-403 y Ruiz Jiménez, J.: "La Ley de Sanidad en el Senado: información de la Junta de Patronato de los Farmacéuticos titulares". *La Farmacia Española*. 1911; 43(26):402-404.

A pesar de la indiscutible labor que realizó la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares durante sus veinte años de existencia, ésta quedó finalmente suprimida[758] por la aplicación de los preceptos del Estatuto municipal a través del Reglamento de Empleados municipales[759].

El Gobierno, no obstante, autorizó la constitución de asociaciones de titulares con el objetivo de mejorar tanto materialmente como moralmente a sus afiliados, asumiendo en un primer momento su representación los respectivos Colegios Oficiales de Farmacéuticos de cada provincia, debiendo la Junta entregar al Registro general del Ministerio de Gobernación cuantos documentos, datos y antecedentes constituyesen el archivo de las mismas para su reenvío al Colegio correspondiente de cada Provincia[760].

Asumió posteriormente la representación del colectivo la "Unión Farmacéutica Nacional"[761], creando una Sección de titulares dentro de la ella[762], hasta la constitución en el año 1934 de la "Asociación Nacional de Farmacéuticos Titulares Españoles".

---

[758] Parece ser que el motivo de la supresión de todas las Juntas fue la actuación tendenciosa de la Junta de médicos que provocó numerosas protestas, siendo las juntas de farmacéuticos y veterinarios víctimas inocentes de la analogía del nombre y función. Pardo, J.P.: "Crónica Profesional". *La Farmacia Española*. 1924; 56(18):275-277.

[759] Artículo 107 del Real Decreto de 23 de Agosto de 1924, por el que se aprueba el Reglamento de Secretarios de Ayuntamiento, Interventores de fondos y Empleados municipales en general. *Gaceta de Madrid* nº 239 de 26/08/1924.

[760] Real orden de 27 de agosto de 1924, disponiendo que cuantos documentos, datos y antecedentes constituyan al Archivo de la Juntas de Gobierno y Patronato de los Cuerpos de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios titulares sean entregados a este Ministerio en el Registro general, acompañados de la oportuna relación de los mismos. *Gaceta de Madrid* nº. 241, de 28/08/1924.

[761] La Unión Farmacéutica Nacional fue una organización fuertemente corporativa, cuya constitución se remonta al año 1913, a través asociación de farmacéuticos residentes en España y cuyo objetivo iba a ser reunir a todos los farmacéuticos españoles para promover la asociación, que practicando el principio de solidaridad, mejorase los intereses morales y comerciales de la clase farmacéutica. Unos meses después se aprobarían sus estatutos incluyendo a los Colegios de farmacéuticos y a los farmacéuticos que residan en localidades donde no exista Colegio, o donde el Colegio existente no hubiese querido afiliarse. En el año 1915 pasaría a ser corporación oficial por ser una confederación de Colegios, quedando definitivamente constituida en 1916; convirtiéndose en el interlocutor del colectivo farmacéutico ante el Estado. "La Unión Farmacéutica Nacional". *La Farmacia Española*. 1913; 45(27):420-422; 45(44):689-692 y 1915; 47(47):746. Rodríguez Nozal, R.: "Sanidad, farmacia y medicamento industrial durante la II República (1931-1936)".Llull: *Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 2007, 30(65):123-150.

[762] "La Unión Farmacéutica Nacional: titulares": *La Farmacia Española*. 1928; 60(15):262; "Crónica profesional: Las Asambleas de los farmacéuticos titulares. Breve historia". *La Farmacia Española*. 1928; 60(17): 296-297 y "Ponencia al tema 3° «Reorganización del Cuerpo de farmacéuticos titulares.-Bases para esta reorganización», que presenta a la XVI Asamblea de la «Unión farmacéutica Racional», su Junta directiva". *La Farmacia Española*. 1928; 60(19):330-331.

La Caja de Ahorros del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares

La Instrucción también permitió[763] establecer las instituciones benéficas que más convinieron al Cuerpo, lo que se tradujo en la creación y formulación en el año 1906 de los Estatutos y Reglamentos de la institución benéfica denominada "*Caja de Ahorros del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares"*[764], a propuesta de la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares, la cual la iba a sostener.

Sus fines fueron por un lado dar un socorro al socio que se inutilizase, o a la viuda, huérfanos o herederos del farmacéutico difunto y por el otro crear un fondo que, además de contribuir con sus intereses al aumento de los socorros, permitiesen convertir en sus días estos, en pensiones. Podían asociarse en la Caja todos aquellos farmacéuticos españoles pertenecieran o no al Cuerpo de Titulares y ejercieran o no la profesión[765].

Con motivo de la desaparición de la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares tras la aplicación de los preceptos del Estatuto municipal a través del Reglamento de Empleados municipales, motivó un cambio en la forma de regirse, asumiendo el Consejo de Inspección provisionalmente el Gobierno y dirección de la Caja[766].

Unos años más tarde, esta organización benéfica tuvo que ver cómo, a propuesta de la Unión Farmacéutica Nacional, el Ministerio de Gobernación obligaba a todos los nuevos titulados farmacéuticos a ingresar en la "Previsión Médica Nacional"[767], destinando a ello el 10 por 100 de sus asignaciones, siendo voluntaria

[763] A través de los artículos 96, 105 y 108 de la Instrucción General de Sanidad de 1904.
[764] Real Orden aprobatoria de los adjuntos estatutos y Reglamento de la Institución benéfica Caja de Socorro del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº287, de 14/10/1906 y Rectificación de la Real Orden reformando los Estatutos de la Caja de Socorro de los Farmacéuticos Titulares. *Gaceta de Madrid* nº27, de 27/01/1909.
[765] El Cuerpo de Farmacéuticos decidió acertadamente establecer la forma de su sistema benéfico como Caja de Ahorros, al contrario que los médicos que decidieron formarlo como Montepío. Sobre la Caja de Ahorros del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares léase: Narbona, L.: "Proyecto de Montepío Farmacéutico Nacional". *La Farmacia Española*. 1905; 37(28):433-437; Abadía, L.: "El Montepío de titulares y la Sociedad de Socorros". La Farmacia Española. 1905; 37(39):609-613 y 37(43):673-676; "Asamblea de Farmacéuticos Titulares: Organización de un Montepío o institución benéfica para el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares". *La Farmacia Española*. 1906; 38(25):pp385-389 y Baranguan, J.: "Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional: Sección de pensiones y socorros". *La Farmacia Española*. 1913; 45(43):673-679.
[766] Marín y Sancho, F.: "La Caja de Socorro de los Farmacéuticos Titulares". *La Farmacia Española*. 1924; 56(24):p369 y "Caja de Socorros del Cuerpo de los Farmacéuticos Titulares: Consejo de Inspección". *La Farmacia Española*. 1925; 57(11):162-167.
[767] Orden del 17 de Agosto de 1933, concediendo el ingreso de los Farmacéuticos y Odontólogos en la Asociación de Previsión Médica Nacional. *Gaceta de Madrid* nº231, de 19/08/1933.

su inscripción para el resto de los ya ejercientes, suponiendo unas condiciones de absoluta inferioridad respecto a ella al ser su ingreso en ella voluntario[768].

2.2.2.2.2.1.2. El Reglamento del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de 1905

Una vez vigente la Instrucción General urgió que se desarrollaran los reglamentos parciales indispensables para el funcionamiento de los servicios que en ella se creaban. Para ello, la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares, solicitó información a los farmacéuticos titulares en las cabezas de partido, primero, y en la capital de la provincia después, para realizar un estudio de cara a proceder a la constitución del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares[769], aunque desgraciadamente debido a "*los hastíos del desengaño y por la falta de fe también en la realización de sus legítimas reivindicaciones*" dicha convocatoria no fue correspondida[770]. A pesar de ello la Junta siguió trabajando por los derechos y deberes de los Farmacéuticos titulares, especialmente por el objetivo de ostentar los atributos de autoridad.

En octubre del año 1904 se aprobó con carácter definitivo el Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares[771] y en febrero del año 1905, el Reglamento del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares[772], por la necesidad de organizar la contratación del suministro de medicamentos a los enfermos pobres en los términos municipales, siendo la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares de

[768] Maestre Ibañez, M.: "Notas de actualidad". *La Farmacia Moderna*. 1933; 44(21):pp CLXV.
[769] Junta de gobierno y patronato de los Farmacéuticos titulares.- Circulares. *Gaceta de Madrid* nº120 de 29/04/1904.
[770] Junta de Patronato de los Farmacéuticos titulares.- Circular.- El resultado de la convocatoria efectuada por esta Junta para que se reuniesen los Farmacéuticos titulares en las cabezas de partido, primero, y en la capital de la provincial después, los días 15 y 22 del corriente mes, con objeto de, constituir sus respectivas Juntas delegadas, no ha correspondido ciertamente á la que la misma se prometiera por tratarse de derechos respecto de unos, y de deberes respecto de otros, cuya defensa y cuyo cumplimento merecen toda clase de solicitudes y eficacia. *Gaceta de Madrid* nº152, de 31/05/1904.
[771] Real decreto de 11 de Octubre de 1904, aprobatorio del adjunto reglamento del Cuerpo de Médicos titulares de España. *Gaceta de Madrid* nº 284, de 12/10/1904.
[772] Real decreto de 14 de febrero de 1904, aprobando con carácter definitivo el adjunto reglamento orgánico interino del Cuerpo de Farmacéuticos titulares (*Gaceta de Madrid* nº47, de 16/02/1905). Se amplió ese mismo año a través de la Real orden circular de 20 de Mayo de 1905, disponiendo sean aplicables las condiciones 1ª. y 3ª. del art. 18 del reglamento de 14 de Febrero último para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos titulares á los Farmacéuticos que hayan regentado oficinas de viudas y huérfanos durante los plazos que se indican (*Gaceta de Madrid* nª143, de 23/05/1905). Se volvió a modificar a través de la Real Orden Circular de 19 de Diciembre de 1905, por el que se establece que aquellos farmacéuticos que hubiesen ejercido durante seis años las funciones, podían igualmente solicitar y obtener su ingreso en el Cuerpo de titulares. (*Gaceta de Madrid* nº 356 de 22/12/1905).

España, la representación oficial de dicho Cuerpo, cuya misión principal fue la de representar y defender los intereses colectivos e individuales de sus miembros.

Para la clase farmacéutica titular la publicación de este Reglamento supuso como principales ventajas la aparición, por primera vez regulados y clasificados, los partidos farmacéuticos, el reconocimiento oficial de sus competencias técnicas y científicas especiales al ampliarles notablemente sus funciones sanitarias y conseguir la tan perseguida reivindicación de la inamovilidad de los titulares al estipularse en sus contratos el tiempo ilimitado. Como contrapunto, los farmacéuticos titulares seguirían sin poder ostentar el cargo de inspector municipal de sanidad, consagrado exclusivamente a los médicos titulares.

El **Reglamento del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares** se dividió en ocho capítulos: I de la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo Farmacéuticos Titulares; II de los partidos farmacéuticos y su clasificación; III de los farmacéuticos titulares, clasificación e ingreso, IV de los concursos y de los contratos con los municipios; V de las asambleas y reuniones; VI de los deberes y derechos de los farmacéuticos titulares ; VII instituciones benéficas del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares y VIII los fondos del Cuerpo.

Como novedad, aparecen por primera vez regulados y clasificados los "**partidos farmacéuticos**", entendiendo como partido farmacéutico a todo Municipio o agrupación de Municipios que proveyese el sostenimiento de un Profesor titular. En aquellos pueblos en que por tener más de un distrito municipal existiesen varias titulares, serían respetadas éstas y continuarían constituyendo otros tantos partidos farmacéuticos. Los constituirían igualmente las nuevas titulares que creasen en estos pueblos los Ayuntamientos, por exigirlo así el mejor servicio y los intereses de la salud pública. Los pueblos que no contasen con oficina de farmacia, y que por circunstancias especiales no pudiesen agruparse a otros, encomendarían el servicio sanitario y el suministro de medicamentos a los pobres, al titular de la población más próxima o al de cualquiera otra que, por su facilidad de comunicaciones, resultase más conveniente, a juicio de la Junta provincial de Sanidad. De esta forma ya no podrían eludir el cumplimiento del Reglamento de 14 de Junio de 1891.

La **clasificación** de los partidos farmacéuticos se desarrollaría posteriormente a través de una Real Orden Circular[773], dividiéndolos en tres categorías bien diferenciadas, teniendo en consideración el número de habitantes, la densidad de la población y las demás circunstancias que debieran ser tenidas en cuenta, correspondiéndose la primera categoría a los que excediesen de 3500 residentes, a la segunda los que tuviesen entre 2001 y 3500 residentes y a la tercera los comprendidos entre 500 y 2000 residentes, no estando sujetos los Ayuntamientos con menor número de 500 residentes a estas prescripciones. En los pueblos de más de 16000 habitantes, se dispondría el número necesario en cada Ayuntamiento y si hubiese más de una farmacia podrían elegir los beneficiarios en cual abastecerse.

Esta Real Orden también marcó de una manera obligatoria la debida separación que tendría que existir entre la remuneración de los servicios sanitarios y los de beneficencia, dotando al farmacéutico titular del derecho a cobrar a parte de los servicios sanitarios, el valor de los medicamentos suministrados a los pobres. Por tanto la dotación de la titular estaría compuesta por las dotaciones fijas que por residencia y prestación de los servicios sanitarios les encomendasen los ayuntamientos por ser de su incumbencia, siempre que las corporaciones les proveyesen de los medios necesarios para su realización cuando se tratase de los que el farmacéutico no estuviese obligado a poseer; debiendo cobrar, además, el importe de los medicamentos que, mediante prescripción suscrita por los facultativos municipales de medicina y cirugía, suministrasen a los enfermos declarados pobres, para los efectos del servicio benéfico municipal.

La cuantía mínima que por residencia y prestación de servicios sanitarios debía consignarse como **dotación** de la titular por los Ayuntamientos de los pueblos sería de la siguiente forma: Aquellos que perteneciesen a la tercera categoría y que no llegaran a 1000 residentes, sería de 250 pesetas adicionadas con 20 céntimos más por cada residente que excediese de los 1000, con un máximo cuando constasen 2000 residentes de 600 pesetas. Las dotaciones mínimas de los titulares de los partidos de segunda categoría serían de 400 pesetas cuando llegasen a 2500 residentes y 500 cuando excediesen de dicha cifra hasta la de 3500 residentes, aumentando 15 céntimos por cada residente que excediese el cupo de los 2001. La dotación mínima

[773] Real Orden Circular de 18 de abril de 1905, dictando reglas para el mejor cumplimiento de la instrucción de Sanidad en lo referente á los Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº117, de 27/04/1905.

de los titulares de los partidos de primera categoría sería de 725 pesetas, abonándose 10 céntimos por cada residente que pasase de los 3501. Aquellos municipios que por su situación especial no pudieran agruparse a otros para formar partido, y se agreguen a los inmediatos, abonarán por dotación de titular 15 céntimos de peseta por residente. Además, para asegurar el pago a los titulares, los ayuntamientos tendrían que consignar en el siguiente presupuesto las cantidades necesarias para atender al pago de los servicios benéfico-sanitarios, adaptando a la misma los contratos que se hubiesen efectuado con posterioridad a la promulgación de la Instrucción general de Sanidad de 14 de Junio de 1903.

En cuanto a la cuantía del servicio benéfico municipal, la Real Orden Circular establecía que la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo Farmacéuticos Titulares redactase con urgencia un petitorio-tarifa por la cual habría de regirse el suministro y tasación de los medicamentos para las familias pobres incluidas en la Beneficencia municipal, de forma que fuese suficiente para satisfacer las necesidades de los enfermos, no resultase gravoso para los intereses municipales y fuese remunerado a los farmacéuticos. Dicha tarifa se aprobó en el año 1906[774] inspirándose en estos tres conceptos: asegurar una esmerada prestación de servicio a los menesterosos, aliviar en lo posible la carga que pesaba sobre los municipios por este concepto y establecer una equitativa remuneración para los farmacéuticos titulares. También se tendría que aplicar dicha tarifa al pago de los productos que por los farmacéuticos titulares se empleasen en los servicios sanitarios e higiénicos de los pueblos y que estuviesen obligados a desarrollar en los casos que se les demandase por parte de sus respectivos Ayuntamientos. La Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo recibiría la satisfacción de S. M. el Rey por "*la actividad e inteligencia desplegada*" por la misma para redactar la tarifa para tasación de medicamentos ese mismo año[775].

La cuantía del suministro de medicamentos para el resto de vecinos de la población no incluidos en los contratos firmados con el Ayuntamiento o con el Alcalde, se remuneraría en base a lo estipulado en la tarifa general, la cual fijaría el

[774] Real Orden de 15 de septiembre de 1906, aprobando la adjunta Tarifa del Cuerpo Farmacéuticos titulares para la tasación de los medicamentos que se suministren a la Beneficencia municipal. *Gaceta de Madrid* nº275, de 02/10/1906. Se modificaría posteriormente a través de las Reales Órdenes de 27/10/1915 y 31/07/1923.

[775] Real Orden de 19 de Septiembre de 1906, comunicando a la Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares la satisfacción con que S. M. el Rey ha visto la actividad é inteligencia desplegados por la misma para redactar la tarifa para tasación de medicamentos á que se refiere la anterior Real Orden. *Gaceta de Madrid* nº275, de 02/10/1906.

máximum de los precios a que podían expenderse las sustancias y los medicamentos comprendidos en el Petitorio, estableciendo las bases generales para la tasación de los no comprendidos en dicho catálogo, tomando en cuenta todos los casos y circunstancias[776].

Constituían el Cuerpo de Farmacéuticos titulares todos aquellos facultativos encargados permanentemente de los servicios de higiene y policía sanitaria que fuesen de su incumbencia o les encomendase el Ayuntamiento y del suministro de medicamentos a las familias pobres, según los contratos con las Corporaciones reuniendo los requisitos exigidos.

Para ingresar en el Cuerpo era necesario solicitarlo a la Junta de Gobierno y Patronato y acreditarlo[777], e incluirían a todos aquellos farmacéuticos que estuvieran encargados, o lo hubiesen estado, del suministro de medicamentos a los pobres o bien hubiesen sido al menos interinos durante al menos cuatro años. Unos meses después[778], se haría extensivo a los farmacéuticos el Real Decreto de 2 de Noviembre de 1905, por el cual serían admitidos también en el cuerpo de titulares todos aquellos profesores que acreditasen seis años de ejercicio profesional como farmacéutico en farmacia propia o bien actuando como regente de alguna persona o corporación autorizada para tenerla.

Una vez constituido el Cuerpo de titulares, la forma de ingreso en el mismo se realizaría a través de la convocatoria de oposiciones por el Ministerio de Gobernación a propuesta de la Inspección General de Sanidad Interior, insertándose al efecto en la Gaceta de Madrid y Boletines Oficiales de cada provincia respectiva los anuncios procedentes para la convocatoria. Las oposiciones para el ingreso en el Cuerpo serían comunes para todos los opositores y obtendrían título igual de aptitud para formar parte del Cuerpo, con derecho a optar a los concursos, sin distinción de clase ni categoría, con arreglo a las prevenciones señaladas en este reglamento.

---

[776] Real Orden de 20 de julio de 1905, aprobatoria del petitorio y la tarifa farmacéutica oficiales, redactados é impresos por la Real Academia de Medicina. *Gaceta de Madrid* nº 217 de 05/08/1905.

[777] A través de la Circular de 28 de abril de 1905 de la Junta de Gobierno y Patronato de Farmacéuticos Titulares (inserta en: *La Farmacia Española*. 1905; 37(19):291-293) se abrió el plazo hasta el 31 de julio de 1905 para el ingreso en el Cuerpo de todos aquellos profesores que se considerasen con derecho a ello. Posteriormente se amplió el plazo hasta el 30 de noviembre de 1905 (Circular de 28 de abril de 1905, inserta en: *La Farmacia Española*. 1905; 37(42):661-662).

[778] Real Orden de 19 de diciembre de 1905, haciendo extensivo a los Farmacéuticos el Real decreto de 2 de Noviembre último, referente al ingreso en el Cuerpo de Médicos titulares de los Doctores ó Licenciados en Medicina. *Gaceta de Madrid* nº 356 de 22/12/1905.

Unos años más tarde[779] y sin haberse realizado ninguna convocatoria de oposición, se suprimió la oposición como forma de acceso al Cuerpo, estableciéndose en su defecto que todo farmacéutico que quisiese ingresar en el Cuerpo de titulares tendría que solicitarlo por escrito a la Junta de Gobierno y Patronato aportando por medio del título o de un testimonio notarial del mismo, ser doctor o licenciado en farmacia. Además tendría que tener la aptitud física necesaria para el ejercicio de su profesión, debiéndolo acreditar mediante un certificado facultativo[780].

Uno de los objetivos de regular el Cuerpo a través del Reglamento fue el establecer los **derechos y deberes**[781] de los farmacéuticos titulares que, recogiéndose en el capítulo VI, tendrían a su cargo:

1. *La prestación de los servicios sanitarios y de interés general que, dentro del término jurisdiccional correspondiente, les fuese encomendado por las Autoridades superiores. Facilitarán los informes o datos referentes al servicio que les estuviese encomendado, cuando se les interesase la Inspección General del Estado, Gobernadores civiles, Alcaldes y Autoridades del orden judicial.*
2. *Auxiliar con sus conocimientos científicos, dentro de su demarcación, tanto a las Corporaciones municipales respectivas como a las provinciales, en cuanto se refiera a la policía de salubridad.*
3. *Practicar por encargo de los Municipios y siempre que estos los provean de los medios necesarios para su realización, los análisis encaminados a averiguar las condiciones de las aguas, desde el punto de vista de su potabilidad y aplicaciones a los demás usos domésticos.*

[779] Real Decreto de 22 de junio de 1909, disponiendo que en lo sucesivo los Médicos, Farmacéuticos ó Veterinarios podrán ingresar en el respectivo Cuerpo titular, mediante justificación, que se hará por medio del título ó testimonio notarial del mismo. *Gaceta de Madrid* nº177 de 26/06/1909.

[780] La consecuencia de esta reforma para la clase farmacéutica fue que nuevamente los ayuntamientos podían designar libremente para tales vacantes a los facultativos farmacéuticos que quisieran, sin más limitaciones que las que aquellos mismos impusieran en la convocatoria de cada concurso, en virtud de que el farmacéutico ya podía ingresar en el Cuerpo de titulares sin más requisitos que el de poseer su título correspondiente y la aptitud física para desempeñarla dentro del plazo de concurso, sin preferencia por la antigüedad de los concursantes. Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Ingreso en el Cuerpo de Titulares". *La Farmacia Española*. 1909; 41(30):pp474-475 y 41(34):537.

Posteriormente se emitió un Real decreto donde se establecía que para los efectos de la certificación que la Junta de gobierno del Cuerpo de farmacéuticos titulares estaba obligada a remitir a los ayuntamientos cuando se tratara de la provisión de titulares de farmacia, sólo serían considerados como inscritos en el referido Cuerpo aquellos profesores concursantes que lo estuviesen con cuatro meses de antelación a la fecha del acuerdo municipal relativo a la declaración de vacantes, e inserción del anuncio de la misma en el Boletín Oficial de la provincia. Real Decreto de 23 de octubre de 1916, dictando reglas encaminadas a evitar deficiencias que la práctica ha enseñado que existen en la reglamentación del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº100 de 26/10/1916.

[781] Si bien se podría considerar que todas las funciones de los farmacéuticos titulares eran sus deberes, no todos los deberes eran sus funciones. Así, cualquier función de los titulares era un deber que tendría que cumplir junto con el resto de los deberes que constituían el capítulo. Martínez M.V.: *La figura del farmacéutico titular en la legislación española*. Memoria de licenciatura. Cátedra de Historia de la Farmacia y Legislación. Universidad de Ganada, 1981.

4. *Practicar sobre los alimentos y bebidas los ensayos relacionados con los intereses de la salud e higiene y*
5. *Suministrar los medicamentos, tanto a los vecinos pudientes, previa remuneración, como a los pobres clasificados como tales reglamentariamente.*

El incumplimiento de los deberes por parte de los titulares, sería corregido a través de la Junta de Gobierno y Patronato, previo expediente especial y con audiencia del interesado, con una amonestación privada o con una multa de distinta cuantía dependiendo de la gravedad del caso.

Los servicios encomendados a los farmacéuticos titulares tendrían un carácter de ámbito nacional, especialmente los de sanidad, por entenderse que la contigüidad del territorio, hacía que los focos insalubres y epidémicos de un Municipio se pudieran extender fácilmente por contagio a las provincias limítrofes y por ende, a toda la Nación.

Con la recuperación de funciones, los farmacéuticos titulares volvieron a recobrar sus derechos morales, científicos y sociales, por cuanto que al ratificar y ampliar notablemente la función sanitaria encomendada al farmacéutico titular, perdida con la Instrucción General de Sanidad de 1904 a favor de los médicos titulares, se reconocía oficialmente en éste sus competencias técnicas y científicas especiales[782].

En caso de **vacante** de un titular en un Municipio[783], el Alcalde lo comunicaría a la Junta de gobierno y Patronato de farmacéuticos titulares y anunciaría el concurso en el Boletín Oficial de la Provincia para la cobertura de la misma, no excediendo el plazo para el concurso de 30 días. Una vez pasado el plazo, el alcalde remitiría a la Junta de Patronato los nombres de los farmacéuticos que hubiesen acudido al concurso para que ésta emitiese un certificado con la lista de los individuos de entre ellos que estuviesen inscritos en el Cuerpo de Farmacéuticos

[782] Baranguan, J.: "El Reglamento del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares". *La Farmacia Española*. 1905; 37(16):241-244.

[783] Según el artículo 36 del Real Decreto, las vacantes de los farmacéuticos titulares se producirán por las causas siguientes: Por fallecimiento del farmacéutico, que dará siempre lugar a la terminación del contrato; debiendo someterse el servicio a nueva licitación, en la forma prevenida por el reglamento; por mutuo consentimiento del farmacéutico y del ayuntamiento; por haberse cumplido el plazo señalado en el contrato firmado con anterioridad a la publicación de la Instrucción de 1904; por haber sido nombrado farmacéutico titular de otro municipio; por haberse cumplido algunas de las causas rescisorias que, de común acuerdo, hayan aceptado en su contrato el farmacéutico titular y el ayuntamiento y por separación justificada del farmacéutico titular, acordada por el Ayuntamiento o por la Junta de Patronato.

Titulares. Recibido el certificado, correspondería al Ayuntamiento resolver el concurso en una sesión extraordinaria en unión con la Junta de Asociados para su libre elección. Una vez seleccionado, se comunicaría nuevamente a la Junta de Gobierno para que el candidato se presentase para la toma de posesión y formalizase el contrato en un plazo máximo de treinta días.

Una de las mayores preocupaciones del colectivo sanitario de titulares en general y sin duda lo más denunciado por ellos, fue el **incumplimiento reiterado de los contratos** por parte de los Ayuntamientos en el concepto del pago de la dotación económica por los servicios tanto benéficos como sanitarios prestados, ya que o bien no pagaban directamente lo convenido o bien lo ejecutaban en condiciones tales que causaban perjuicios, a veces irreparables, al titular de dichas funciones, resultando para la clase farmacéutica "*un abuso, una injusticia, que cae dentro de la esfera de lo punible, y es tal su extensión, que llega á los límites de lo escandaloso*"[784].

Eran tan frecuentes las reclamaciones de los titulares de los pueblos, de sus representantes en la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares y en la Unión Farmacéutica Nacional en relación a la abusiva irregularidad con la que estos funcionarios percibían sus haberes por parte de los municipios, que el Ministerio de Gobernación en el deber de evitar tales irregularidades, que no sólo afectaban al descrédito de la administración municipal, sino también al mejor cumplimiento de las funciones sanitarias en bien de la salud pública, dictó numerosas Reales Órdenes[785] para solucionar el problema, recordando continuamente a los

[784] Frase del Sr. Moliner en la Sesión del Congreso de 19 de mayo de 1914, sobre el pago de los haberes a los médicos titulares en España. Inserta en: "Documentos parlamentarios. Pago de los titulares por el Estado". *La Farmacia Española*. 1914; 46(26):403.

[785] Se puede observar a través de estas Reales Órdenes cómo los Ayuntamientos iban continuamente incumpliendo las obligaciones del pago a los titulares. con el objeto de evitar tales irregularidades, el Ministerio de Gobernación iba incrementando a su vez las responsabilidades de los mismos.

Así, a través del Real Decreto de 23/12/1902 y de la Real Orden Circular de 28/01/1903 que consideraban que las dotaciones de los médicos y farmacéuticos titulares tenían que ser de pago inmediato e inexcusable en la época del respectivo vencimiento, se empezó a dictar que aquellos Ayuntamientos que no incorporasen en sus presupuestos de gastos para el año siguiente el pago de las dotaciones de los titulares, serían devueltos por los Gobernadores Civiles para su reforma. Igual ocurría con la Real Orden de 08/03/1904, la Real Orden de 18/04/1905, la Real Orden de 21/09/1906, la Real Orden de 29/10/1906, Real Orden de 17/10/1908 y Real Orden de 17/10/1908. Fue a partir de la Real Orden Circular de 26/06/1914 y de 16/12/1914 cuando se incrementarían las responsabilidades por el impago de los haberes a los titulares de tal forma los Gobernadores civiles de la provincia podrían, atendiendo a las reclamaciones de los titulares, ser multados con el apercibimiento de que en caso de reiteración, se trasladaría la reclamación a los tribunales ordinarios por desobediencia. El Real Decreto de 18/04/1917 y la Real Orden de 15/03/1919, establecían además que el Ayuntamiento

Gobernadores Civiles su obligación de cumplir y hacer cumplir la ineludible obligación que tenían los Ayuntamientos de incluir en sus presupuestos anuales los haberes de los facultativos titulares y garantizar así al personal titular el cobro por sus servicios, pudiendo llegar a exigir la pertinente responsabilidad administrativa a los Ayuntamientos que infringiesen las aludidas disposiciones[786]. A pesar de ello, no debieron de tener mucha efectividad estas medidas a juzgar por la cantidad de reclamaciones y denuncias que se seguían interponiendo ante los alcaldes.

Igual que el incumplimiento por parte de los Ayuntamientos en el pago a los titulares ocurría con el pago a los distintos profesionales sanitarios por la realización de los servicios sanitarios encargados a los Ayuntamientos por la Instrucción General de Sanidad, y ello a pesar de la obligación que tenían por la Ley Municipal de consignar también en sus presupuestos ordinarios las partidas precisas para atender la ejecución de los servicios de Sanidad que les estaban encomendados, con el grave y notorio perjuicio de la salud pública si no se llevaban a cabo. Para evitarlo, el Ministerio de Gobernación dictó también numerosas Reales Órdenes[787] exigiendo a los Gobernadores que exigieran a los ayuntamientos de su provincia la justificación de que estuviesen consignadas en sus presupuestos las partidas indispensables para cumplir las prescripciones sanitarias vigentes.

Otra de las principales novedades del Real Decreto y una de las más importantes aspiraciones del colectivo titular fue la estipulación de que el contrato[788]

---

incumplidor no podría librar ningún pago sin haber hecho efectivo el que fuera objeto del recurso de queja. A través de la Real Orden de 20/10/1920 se señalaría el procedimiento que tenían que seguir los titulares para obtener el pago de los atrasos devengados en el ejercicio de su función profesional, pudiendo solicitar incluso la retención y embargo de las cantidades que les adeudasen el respectivo Ayuntamientos por servicios prestados al mismo. A pesar de todo, los ayuntamientos en general seguían sin cumplir las obligaciones que tenían respecto de los sueldos del personal de médicos y farmacéuticos titulares, teniendo que volver de nuevo el Ministro de Gobernación a recordar dicha obligación a través de la Real Orden de 26/03/1924.

[786] Sobre el impago a los titulares léase: Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Presupuestos municipales". *La Farmacia Española*. 1908; 40(39):618; Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Dotaciones de los facultativos titulares". *La Farmacia Española*. 1909; 41(43):p681; "Sesión del Congreso de 19 de mayo de 1914. Documentos parlamentarios. Pago de los titulares por el Estado". *La Farmacia Española*. 1914; 46(26):403-406; Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Los débitos a los facultativos titulares". *La Farmacia Española*. 1920; 52(31):488-489

[787] Entre ellas se podrían citar las Reales Órdenes de 17/10/1908, de 25/09/1909, de 03/10/1909, de 24/08/1910, de 04/07/1911, de 13/07/1911 y de 15/11/1911.

[788] La Junta de patronato puntualizó las condiciones de los contratos que debían estipularse con los farmacéuticos titulares, siendo éstas: "*1. El contrato se estipula por tiempo ilimitado, según dispone el art. 91 de la Instrucción general de Sanidad. 2. No podrá rescindirse, en tanto no exista alguna de las causas puntualizadas en el art. 36 del reglamento orgánico del Cuerpo de farmacéuticos titulares. 3. Los deberes y derechos á que quedan sometidas ambas partes, ó sea el ayuntamiento y el farmacéutico titular, son los que se especifican en el reglamento de partidos médicos de 14 de Junio*

sería siempre de duración ilimitada mientras no concurriese causa grave que lo impidiese y que provocase la vacante de la plaza. Se conseguía de esta forma la tan perseguida reivindicación de "**la inamovilidad de los titulares**", si bien la alegría no duraría mucho puesto que en el año 1909, el Ministro de Gobernación D. Segismundo Moret, dictó un Real Decreto[789], cuyo fin fue el de restablecer la integridad de la Ley Municipal de 1877, derogando para ello todas las disposiciones de carácter administrativo encaminadas a interpretar los preceptos de la ley municipal, para cuyo cumplimiento solo se tendrían en cuenta las reglas que para su ejecución contenían sus artículos[790].

A raíz de esta publicación, muchos Ayuntamientos entendieron que quedaban derogadas las disposiciones sanitarias sobre farmacéuticos titulares, quedando relevados de observar los preceptos relativos a las formalidades y las condiciones de los contratos, del señalamiento de la dotación de los respectivos funcionarios por la prestación de los servicios sanitarios y de la forma de pago, con el consiguiente perjuicio a los intereses de estos facultativos titulares.

---

de 1891, Instrucción general de Sanidad, reales órdenes de 18 de Abril de 1905 y 15 de Setiembre de 1906, y reglamento del Cuerpo de farmacéuticos titulares. 4. La dotación anual por la prestación de los servicios sanitarios que percibirá dicho señor farmacéutico, con arreglo al censo de la Población y á lo dispuesto por real orden de 18 de Abril de 1905, será de (tantas pesetas). 5.El suministro de medicamentos á las familias pobres y guardia civil , será valorado por la tarifa de beneficencia, aprobada por la real orden de 15 de Setiembre de 1906, cumpliéndose en dicho suministro lo que preceptúa el art 93 de la Instrucción general de Sanidad. 6. Las familias pobres serán clasificadas conforme á lo que determinan los arts. 3° y 5º del referido reglamento de partidos médicos. 7. E1 Pago de la titular y el importe de las recetas se hará por mensualidades ó por trimestres vencidos y con la preferencia que determina el real decreto de 23 de Diciembre de 1902 y las reales órdenes de 28 de Enero de 1903 y 31 de Marzo de 1904". Inserto en: "Crónicas: Contratos de titulares". *La Farmacia Española*. 1907; 39(18):281.

[789] Real Decreto de 15 de noviembre de 1909, disponiendo queden derogadas todas las disposiciones de carácter administrativo encaminadas á interpretar los preceptos de la ley Municipal vigente, para cuyo cumplimiento se tendrán sólo presentes el texto de sus artículos y las reglas que para su ejecución contiene este Real decreto. *Gaceta de Madrid* nº321 de 17/11/1909.

[790] La gran controversia para los facultativos titulares surgida con la publicación de este Real Decreto fue interpretar si a la clase titular le afectaba el artículo 13: "*será de la competencia exclusiva de los ayuntamientos el nombramiento y separación de todos los funcionarios municipales, a excepción de los agentes de vigilancia municipal y vigilantes de consumos que usen armas, los cuales serán de la exclusiva competencia del alcalde*" y en su caso, si éste derogaba al artículo 78 de la Ley Municipal: "*Es atribución exclusiva de los ayuntamientos el nombramiento y separación de todos los empleados y dependientes municipales, y que sean necesarios para la realización de los servicios que estén a su cargo. Los funcionarios destinados a servicios profesionales tendrán la capacidad y condiciones que en las leyes relativas a aquéllos se determinen*". Por ello, se pidió en repetidas ocasiones al Ministro de Gobernación que aclarase esta interpretación sobre si los facultativos titulares iban a estar sujetos en su nombramiento al régimen especial establecido en las leyes y reglamentos sanitarios o al establecido por las disposiciones generales. Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Descentralización administrativa". *La Farmacia Española*. 1909; 41(47):745 y López y García, G.: "El Real Decreto de 15 de noviembre". *La Farmacia Española*. 1909; 41(51):803-804.

Dada la gran controversia surgida al respecto, especialmente en cuanto al nombramiento, dotación y separación de los facultativos titulares, el Ministro de la Gobernación se vio obligado, a propuesta de la Junta de Gobierno y Patronato de los farmacéuticos titulares y previo dictamen del Consejo de Estado, a emitir una Real Orden[791] donde se establecía la vigencia tanto de las reglas que habían de observarse para el nombramiento de farmacéuticos titulares de acuerdo al Reglamento de 14 de Febrero de 1905, así como de las categorías de los partidos farmacéuticos y sus dotaciones, la redacción de tarifas para el suministro y tasación de medicamentos para los pobres y tasación de precios de estos medicamentos de acuerdo a las Reales Órdenes de 18 de Abril de 1905 y de 15 de Septiembre de 1906, considerando válidos todos aquellos contratos que se hubiesen ajustado a estas disposiciones y a la Instrucción General de Sanidad, declarando nulos al resto.

La consecuencia de ello fue que los Ayuntamientos, en virtud de las facultades que la Ley Municipal (artículos 72 y 78) les reconocía como de su exclusiva competencia, podían fijar la duración del nombramiento en los nuevos contratos el plazo de uno o más años, de acuerdo con los vocales asociados, o bien un tiempo indefinido si lo juzgaban conveniente, pero sin convertir en preceptiva esta indeterminación de tiempo, sino puramente potestativa o voluntaria, pudiendo terminar el contrato por mutuo convenio de facultativos y municipalidades o bien por una causa legítima probada por medio del oportuno expediente y previo fallo de la Diputación Provincial en vista del informe de la Junta de Sanidad de la Provincia.

Se acababa así "la inamovilidad de los titulares" tan largamente perseguida. Ahora bien, se tenía que tener en cuenta que los contratos firmados cumpliendo todos los requisitos legales con anterioridad al Real Decreto de 1909, tendrían toda la validez jurídica, incluyendo la dotación y duración del mismo aunque fuese ilimitada, no pudiendo romperlo el Ayuntamiento mientras el facultativo cumpliese sus deberes[792].

[791] Real Orden de 27 de junio de 1916, disponiendo se atengan los Ayuntamientos, en los contratos que con los Farmacéuticos titulares se celebren, a las disposiciones vigentes que se citan, no estimándose en lo sucesivo válido ningún contrato de esta naturaleza que no se ajuste a lo dispuesto en ellas. *Gaceta de Madrid* nº187 de 05/07/1916.

[792] Sobre las consecuencias que tuvo para los facultativos titulares en referencia a sus nombramientos, dotaciones y separaciones la publicación del Real Decreto de 15 de Noviembre de 1909, léase: Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Contratos por tiempo ilimitado". *La Farmacia Española*. 1913; 45(7): 105 y 45(31): 1489; "Farmacéuticos titulares: 1 Nombramiento de estos facultativos y suministro de medicamentos a la beneficencia municipal. 2 Negativa a continuar el servicio farmacéutico por falta

Si bien la Instrucción General de Sanidad planteó una modernización y descentralización en la organización sanitaria, con un servicio sanitario permanente de higiene y prevención en el interior para llevar a cabo la vigilancia sanitaria continuada, ésta iba a carecer del carácter sistémico y de unidad propio sólo de una Ley Orgánica para poder producir una verdadera reforma sanitaria en España que fuese capaz de disminuir las vergonzosas y alarmantes tasas morbosidad y mortalidad, superiores a la media de la mayor parte de los países de Europa y América, causadas por enfermedades transmisibles que, siendo vistas como enfermedades evitables, revelaban el atraso de la administración sanitaria en España, agravándose además por las condiciones de insalubridad urbana de los municipios y una profunda crisis económica y política.

Aunque los primeros cambios organizativos no se empezaron a materializarse hasta la publicación de los Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial a partir de 1925[793] en plena dictadura del General Primo de Rivera, no faltaron sucesivos y frustrados intentos de promulgar una nueva Ley de Sanidad que reformase la deficiente e ineficaz Administración Sanitaria, aunque circunstancias de nuevo políticas y económicas, darían al traste con dichas iniciativas.

Así, en el año 1911 se planteó un Proyecto de Ley de Bases para la organización de los servicios de la Sanidad pública del Reino[794] con objeto de disminuir la mortalidad causadas por enfermedades infecciosas "evitables" que incluiría entre otras medidas, la declaración obligatoria de todo caso de enfermedad transmisible, el aislamiento de los enfermos para impedir el contagio, la desinfección de cosas y personas contaminadas y el empleo de vacunas y sueros preventivos. En cuanto a la función inspectora municipal, tendría como principal novedad la separación completa de la función inspectora propiamente dicha de la benéfica sanitaria, siendo la primera una función central o del Estado, pagada directamente por éste, y la segunda sería de la exclusiva competencia de los ayuntamientos. Los

---

del pago estipulado". *La Farmacia Española*. 1913; 45(24): 371-372; "Crónicas: Farmacéuticos titulares: 1 La Instrucción General y los reglamentos de titulares". *La Farmacia Española*. 1913; 45(36): 569; "Facultativos titulares: 1 La Instrucción General y los reglamentos de titulares". *La Farmacia Española*. 1913; 45(47): 739-740; "Crónicas: Farmacéuticos titulares: Condiciones para ser nombrados: duración de los contratos". *La Farmacia Española*. 1914; 46(3): 41-42; "Crónicas: Supresión de plazas de facultativos titulares". *La Farmacia Española*. 1914; 46(11): 169 y "Crónicas: Duración de los contratos de los titulares". *La Farmacia Española*. 1916; 48(26): 409.

[793] Ibídem 12; p45.

[794] "Proyecto de Ley de Bases para la organización de los servicios de la Sanidad pública del Reino". Inserto en: *La Farmacia Española*. 1911; 43(20): 305-311 y 43(21): 321-327.

inspectores de sanidad seguirían siendo médicos. En cuanto a los farmacéuticos titulares se establecía que en cada municipio de más de 2.000 habitantes habría por lo menos una farmacia, a través de la cual se contrataría la provisión de medicamentos para los enfermos pobres[795]. Pero al igual que los otros tres proyectos de Sanidad sometidos a deliberación de las Cortes a partir de 1882, el Gobierno decidió retirar el proyecto por las dificultades de su aprobación por las Cámaras y presentar otro modificado[796]a los once meses con el objetivo de reducir la tasa de mortalidad del 28 por mil a un intervalo de entre el 16 y 19 por mil e incluir como novedad más destacada en el ámbito de la inspección municipal precisamente el no desarrollar la misma, por la cuantía que suponía la creación de estos inspectores para las arcas tanto nacionales como locales, y ello a pesar de considerarlas como "células primigenias de una sanidad eficaz":

> "*Vale más no tener Sanidad oficial á tenerla de tal índole que sus funcionarios se resientan de esa incapacidad técnica que ofrecen los que no se han formado para su especial cometido; carezcan del celo que reclaman las innumerables causas de enfermedad que amenazan la vida de los ciudadanos, y malogren su capacidad y su celo por la inconsciencia y corruptela de un caciquismo que todo lo desconoce y atropella, imposibilitando el régimen y las sanciones de una Sanidad seria y eficaz*"[797]

Pero de nuevo, el Ministro de la Gobernación D. Antonio Barroso y Castillo retiraría el proyecto una vez terminado el debate a la totalidad al suspenderse las

[795] La clase farmacéutica no estaba de acuerdo en muchos aspectos de este proyecto y por ello presentaron enmiendas muchos colectivos. En cuanto a la organización de la inspección sanitaria se quejaban de que de nuevo todo era para el médico, de tal forma que monopolizaba toda clase de competencias para la Sanidad, quedando el farmacéutico como si careciera de ellas, olvidando que "*el farmacéutico, cuya profesión es, según esas mismas bases, una de las sanitarias, y que además de estudiar higiene y bacteriología como el médico, poseía, por la índole propia de los estudios de su carrera, conocimientos más extensos y profundos que este en Química y en Análisis, tiene una competencia indiscutiblemente especial para cuanto se refiere á la higiene alimenticia y, por tanto, para la inspección de alimentos y bebidas, vigilancia de las aguas, etc"*. Sobre el Proyecto de bases, léase: Prieto: "La futura Ley de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1911; 43(23): 356-358; Baranguan, J.: "La Ley de Sanidad en el Senado". *La Farmacia Española.* 1911; 43(24): 369-371; "Colegio farmacéuticos de Madrid: La Ley de Sanidad en el Senado". *La Farmacia Española*. 1911; 43(25): 385-388; "Información de varios Colegios de farmacéuticos y de la Junta de Patronato de farmacéuticos titulares: La Ley de Sanidad en el Senado". *La Farmacia Española*. 1911; 43(26): 401-404 e "Información del Colegio de farmacéuticos de Zaragoza: La Ley de Sanidad en el Senado". *La Farmacia Española*. 1911; 43(27): 417-419.

[796] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: La Ley de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1911; 43(47): 745.

[797] Mantenía por tanto que la Sanidad municipal correría a cargo de un inspector municipal, que sería el médico titular, cuyas condiciones y forma de remuneración lo fijarían los reglamentos; excluyendo nuevamente al colectivo farmacéutico. "Dictamen de la Comisión del Senado acerca del proyecto de ley de bases para la organización de los servicios de la Sanidad pública". Inserto en: *La Farmacia Española*. 1912; 44(23): 353-357, 44(24): 369-372 y 44(23): 385-388.

Cortes[798], quedando definitivamente olvidado este proyecto de bases para la redacción de una nueva Ley de Sanidad con el cambio político de Gobierno producido en 1913[799].

> "*Este asunto de la inspección municipal es seguramente el problema más importante y el más difícil de resolver en España por una ley de Sanidad. Razones de orden político, y sobre todo de carácter económico, se oponen á ello*"[800].

Otro intento se llevaría a cabo a raíz de la epidemia de gripe que azotó a España en el año 1918 donde D. Carlos María Cortezo presentó en el Senado una proposición de Ley para que se declarase a todos sus efectos "Ley" el Real Decreto de Instrucción de Sanidad de 12 de Enero de 1904[801]. Un año después sería el Ministro de Gobernación Amalio Gimeno el que tuviese redactado el proyecto de reforma de la Ley de Sanidad para presentarlo en las Cortes, pero otro cambio político impidió su tramitación[802]. En 1923 se volvería a intentar otra reforma de la Sanidad en España a través de un ambicioso proyecto de Ley de Reorganización Sanitaria de la mano del Director General de Sanidad Francisco Murillo y Palacios,

---

[798] Cortezo, C.M.: El Siglo Médico. Inserto en: "Compás de espera". *La Farmacia Española*. 1912; 44(32): 497-500.

[799] Marín y Sancho, F.: "Crónicas". *La Farmacia Española*. 1914; 63(2): 25-26.

[800] Resumía D. Manuel Martín Salazar, cómo debía llevarse a cabo la reforma de la sanidad en España de la siguiente forma: "(…) *las reformas más importantes que debiera llevarse á la ley en lo referente á su aspecto administrativo, es una modificación radical de los actuales organismos ejecutivos, consultivos é inspectores, inspirada en bases mucho más técnicas que las de ahora. La inspección sanitaria en sus diversos grados debe estar investida dé facultades ejecutivas, delegadas de las autoridades gubernativas correspondientes, con el fin de hacer más eficaz su acción y más pronto y efectivo el éxito de sus providencias, singularmente en los municipios. Sobre este último punto hay que tener en cuenta, que la clave de la Sanidad pública es la inspección municipal, y que esta inspección no existe actualmente organizada en España. La vigente Instrucción de Sanidad confirió esta función á los médicos titulares sin pagarles, ni darles medios de defensa contra la arbitrariedad política de los municipios y de los bastardos intereses locales, y, como era de esperar, la Instrucción en este punto, aunque bien intencionada, resultó una pura ilusión, sin eficacia alguna en la realidad. Para que la inspección municipal resulte efectiva es menester que sea función central pagada por el Estado, independiente de los municipios y recayendo en un Cuerpo de médicos especialmente educados en la ciencia sanitaria*". "Nuestra Administración Sanitaria. Del discurso «La Sanidad en España» (cap. VIII) leído por el Dr. D. Manuel Martín Salazar en el acto de su recepción pública en la real Academia de medicina (8 de Junio de 1913)". Inserto en: *La Farmacia Española*. 1913; 45(39):pp609-612, 45(40): 625-628 y 45(41): 641-643.

[801] Marín y Sancho, F.: "Crónicas: La Instrucción General de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1918; 50(48): 76.

[802] Se cumplía de esta forma las palabras pronunciadas por el Sr. Cortezo al Ministro de la Gobernación D. Silvela, en su discurso último al Senado, "*los proyectos legislativos de Sanidad tenían para los Gobiernos una reputación supersticiosa, pues apenas presentados aquellos, morían éstos*". Marín y Sancho, F.: "Crónicas: Los proyectos legislativos de Sanidad". *La Farmacia Española*. 1919; 51(2): 51.

pero el golpe de Estado de 1923 impidió de nuevo la tramitación de este proyecto[803] que, aunque fuera presentado posteriormente al Directorio militar, éste lo rechazó porque:

> "*los tiempos no están para perderse en la gestión de proyectos…(que) desatienden y esquivan las realidades inmediatas, a las cuales hay que servir con el apremio que las circunstancias exigen… (ya) será momento oportuno de pensar en organizaciones más sutiles y complicadas*"[804]

El sistema político surgido en la Restauración Canovista entraría en una crisis definitiva hasta su total liquidación en 1923, siendo sustituido por una Dictadura política fruto del golpe de Estado del General Primo de Rivera.

Durante el período de la Dictadura (1923-1931) se desplegaría una intensa labor normativa sanitaria que se plasmaría en el Reglamento Municipal de Sanidad, el Reglamento de Sanidad Provincial y en la creación de instituciones sanitarias como la Escuela Nacional de Sanidad[805], que supusieron una ampliación de las atribuciones sanitarias tanto a nivel municipal como provincial, y ello a pesar de haber sido gestadas en plena dictadura, orientando sus propuestas desde la perspectiva de una mentalidad higienista propia del momento.

---

[803] Marín y Sancho, F.: "Crónica Profesional: La reorganización sanitaria". *La Farmacia Española*. 1923; 55(16): 244 y 55(17): 259-260.

[804] Carlán D.: Boletín de la Semana. El Siglo médico. 1923. En: Molero Mesa, J. y Jiménez Wana, I: "Salud y burocracia en España. Los Cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951)". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74:pp45-79. Mon.

[805] La Escuela Nacional de Sanidad (ENS) fue creada por Real Decreto de 9 de diciembre de 1924 (Gaceta de Madrid nº347 de 12/12/1924), a base del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y del Hospital del Rey, con el objetivo de instruir y formar a todos los cuerpos de funcionarios sanitarios pertenecientes a los órganos dependientes de la Dirección General de Sanidad, así como acreditar los conocimientos necesarios para desempeñar los puestos de inspectores de sanidad, a los que les iba a proporcionar un cierto grado de especialización en el terreno de la higiene y la salud pública. También se daría preparación en higiene al personal auxiliar de los inspectores (practicantes, enfermeras, desinfectores,…) y se impartirían cursos especiales de enseñanza higiénico-sanitaria para otras profesiones sanitarias o afines (arquitectos, ingenieros, farmacéuticos, médicos libres,…) y para el personal destinado a los laboratorios de Sanidad.
La creación de la ENS supuso, en palabras del Director General de Sanidad el Dr. Francisco Murillo Palazón, "*la culminación de la obra que ya habían iniciado sus antecesores en el cargo, los Drs. Cortezo y Martín Salazar*". Tras un período de organización provisional, caracterizado por una falta de una Dirección autónoma y una falta de recursos para poder cumplir con su misión, se promulgó el Real Decreto de 12 de abril de 1930 (*Gaceta de Madrid* nº112 de 22/04/1930), consolidándose la ENS como un organismo autónomo que formaba parte de las Instituciones Sanitarias y que dependía administrativamente de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación, con Gustavo Pittaluga como primer Director. Posteriormente se produciría un ajuste presupuestario que mermaría su autonomía a través del Real Decreto de 3 de junio de 1932 (*Gaceta de Madrid* nº168 de 16/06/1932) con el Dr. Marcelino Pascua como Director General de Sanidad y con su integración en el año 1934 en la Sección de Estudios Sanitarios del recién creado Instituto Nacional de Sanidad perdería su autonomía. Bernabeu Mestre, J.: "El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934". *Revista Sanitaria de Higiene Pública*. 1994; 68:pp65-89.

2.2.2.2.2.2. EL ESTATUTO MUNICIPAL DE 1924[806]

> "(…) *Sobrevienen en la vida de las colectividades humanas, como en la de los individuos, épocas desdichadas en que los acontecimientos adversos se suceden en serie ininterrumpida, bien por circunstancias desconocidas, que parecen revelar la existencia de un hado enemigo, o bien por circunstancias conocidas, temporales unas veces y permanentes otras, pero a las que siempre es posible resistir con mayor o menor eficacia, y de las primeras, esperar un cambio favorable en plazo más o menos breve.*
>
> *(…) casi se prescinde del farmacéutico como funcionario sanitario; pues, aunque como tal se le cita alguna vez, no se determinan en ningún lugar cuáles han de ser sus funciones, ni queda apenas función alguna que adjudicarle, absorbidas la casi totalidad por el omnipotente Inspector municipal (…). "*[807]

La ideología política corporativista del General Primo de Rivera pretendió suscitar apoyos entre los municipios y para ello encargó la tarea de reformar el sistema jurídico-administrativo que tendría que regir en los nuevos Ayuntamientos al político conservador José Calvo Sotelo, el cual se pondría al frente de la Dirección General de la Administración Local, con el objetivo de regenerar la vida municipal para "descuajar el caciquismo".

Para llevarlo a cabo realizó previamente un estudio de la reforma local española que desembocaría en la aprobación del Estatuto Municipal de 1924, el cual estuvo influenciado por los proyectos de reforma de Maura de 1907, si bien estos proyectos se concibieron para ser aplicados en un régimen de libertades públicas y en un entorno democrático, de ahí la inoperancia parcial que tuvo el mismo.

> "*Al Estatuto Municipal, promulgado y desarrollado en un régimen restrictivo de las libertades públicas, se le despojó, a la hora de hacerse realidad de los principios de autonomía y de esa misma libertad que lo había inspirado. Entonces se produjo en los Municipios españoles la paradójica situación del intervencionismo más absoluto por parte de los delegados gubernativos y del propio gobierno* [808]".

---

[806] Real Decreto de 8 de Marzo de 1924, por el que se aprueba el Estatuto Municipal. *Gaceta de Madrid* nº69 de 09/03/1924.

[807] Así se expresaba el presidente de la Unión Farmacéutica Nacional en relación a la situación que desde hacía un tiempo venía atravesando la Farmacia, para la que cuantas disposiciones oficiales venían dictando les eran adversas, instando a sus miembros a esperar a un cambio favorable a la misma. Piñerua, E.: "Circular a los Colegios Provinciales". *La Farmacia Española*. 1925; 57(7): 100-102.

[808] A pesar de dotar el Estatuto Municipal a los Ayuntamientos de importantes cotas de autonomía, la realidad fue bien distinta puesto que en cuanto se salía del ámbito de sus redactores, "*se inutilizaba por los encargados de su aplicación, que no sólo no creían en él, sino que temían la puesta en vigor de la autonomía municipal que se desprendía de su texto*". Rebollo, E.O.: *Historia del municipalismo Español*. Editorial Iustel, 2005.

El Estatuto Municipal, norma reguladora de los Ayuntamientos en España, se apoyaba en el concepto de que el Estado, para ser democrático, tenía que apoyarse en Municipios libres, afirmándose el carácter autónomo de los municipios, por lo que se podrían dotar de sus propios regímenes de gobierno y mantener una gestión independiente del Estado central.

El Estatuto vino a regular las obligaciones sanitarias de los Ayuntamientos, introduciendo como novedad con respecto a las que ya tenían, el deber de sostener a profesoras para los partos; se estableció que en poblaciones de más de 30000 habitantes tendría que haber un laboratorio municipal destinado a los análisis de alimentos, bebidas, drogas y productos similares y una o más estaciones de desinfección. Además, todos los Ayuntamientos, independientemente de su población, tendrían que sostener los servicios de asistencia médico-farmacéutica para las familias pobres. La función sanitaria se seguía asignando íntegramente al inspector municipal de Sanidad.

En cuanto a los empleados municipales, funcionarios y técnicos, entre ellos los farmacéuticos, se señalaba que ingresarían según la respectiva Corporación acordase por el procedimiento de oposición o concurso[809]. Los Ayuntamientos estarían obligados a redactar los Reglamentos que determinasen las condiciones de ingreso, ascenso, sueldo, sanciones, separación, derechos pasivos y las funciones y deberes de los empleados municipales

2.2.2.2.2.2.1. El Reglamento de Secretarios de Ayuntamiento, Interventores de fondos y empleados municipales en general de 1924

Unos meses más tarde se aprobaría el Reglamento[810] donde se establecía el nuevo régimen de relaciones de los municipios con sus farmacéuticos. En él, se especificaba como novedad que los servicios farmacéuticos se adjudicarían siempre

[809] Según el artículo 247 del Estatuto Municipal, el Gobierno podría dictar reglamentos de carácter general para impedir que los Ayuntamientos desatendiesen sus servicios técnicos o los encomendasen a personal falto de garantía titulada oficial, respetando la autonomía local en cuanto al nombramiento y separación de los funcionarios municipales. En el cumplimiento de esta potestad de reglamentación que se reservaba el Estado, se fundamentaban las esperanzas de los titulares para que no se prescindiese de ellos y que la provisión de las plazas no fuese arbitraria.

[810] Real Decreto de 23 de agosto de 1924, por el que se aprueba el adjunto Reglamento de Secretarios de Ayuntamiento, Interventores de fondos y empleados municipales en general. *Gaceta de Madrid* nº239 de 26/08/1924.

por medio del concurso[811] y contemplaría además la posibilidad de que los Ayuntamientos pudiesen crear farmacias para el suministro de medicamentos a las familias pobres del término municipal, siendo denominadas por la clase farmacéutica como "las farmacias municipales".

En cuanto al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares: se mantendría el Cuerpo con las modificaciones introducidas por el Reglamento, perteneciendo al mismo aquellos farmacéuticos que ocupasen una titularidad municipal y aquellos que ingresasen posteriormente de acuerdo al Estatuto Municipal y al Reglamento. Se mantendrían las clasificaciones y categorías de los partidos farmacéuticos[812], así como las dotaciones mínimas vigentes para las plazas de farmacéuticos titulares. Se garantizaba a los farmacéuticos la inamovilidad e independencia, obligando a los Ayuntamientos a respetar los contratos que se hallasen en vigor con los titulares, siempre que se hubiesen formalizado previo concurso y con arreglo a la legislación anterior. Se iba a declarar disuelta la Junta de gobierno y patronato de farmacéuticos titulares, pudiendo los farmacéuticos titulares constituir asociaciones para el "mejoramiento moral y material de sus afiliados", asumiendo los respectivos Colegios oficiales de farmacéuticos mientras tanto la representación de los titulares de cada provincia. En cuanto a sus responsabilidades, los farmacéuticos titulares podrían incurrir en responsabilidad civil, administrativa o penal, según la naturaleza de la falta, omisión o causa que la motivara. Las faltas se clasificarían en leves y graves, siendo las faltas leves castigadas por el alcalde con apercibimiento y suspensión de haberes de uno a quince días, las faltas graves serían castigadas con

[811] En el Estatuto Municipal se establecía que la provisión de los cargos técnicos o titulados se haría por oposición o por concurso. De esta forma, se exceptuaba a la farmacia de la provisión por oposición, justificado hasta cierto punto por la especial forma de ejercicio de esta profesión; que respondía al concepto más mercantil que profesional, en que se la tenía. Franco, J.P.: "Crónica profesional". *La Farmacia Española*. 1924; 56(8): 275-277.

[812] Con motivo de las deficiencias de procedimiento en referencia a la tramitación de los expedientes sobre la modificación y alteración de las agrupaciones forzosas de los partidos médicos formados para sostener los servicios municipales médico, farmacéuticos, veterinarios y profesoras de partos, el Gobierno tuvo que aprobar la Real Orden de 20 de octubre de 1925, limitando las facultades de los Ayuntamientos en cuanto a esta modificación del partido, donde se dispuso que los expedientes sobre modificación, rectificación y segregación de los partidos que no implicasen cambio en la clasificación de los facultativos, serían resueltos por el Gobernador de la provincia, pero los que alterasen la clasificación deberían ser resueltos por el Ministerio de la Gobernación cuando se derivase de ellos la rebaja de categoría o de sueldo de los titulares, siendo valedero el acuerdo municipal cuando la alteración supusiera un aumento de sueldo o de categoría. Con ello se pretendió que los Ayuntamientos tuviesen absoluta autonomía para mejorar la categoría y el sueldo de los titulares, poniendo los impedimentos necesarios para el caso contrario. "Sección Oficial: Real Orden de 20 de octubre de 1925". *La Farmacia Española*. 1925; 57(21): 326-327 y Marín y Sancho, F.: "Crónica profesional". *La Farmacia Española*". 1925; 57(22): 341-342.

suspensión de empleo y sueldo por plazo máximo de dos meses o destitución. La suspensión sería acordada por la Comisión permanente y la destitución sólo por el pleno del Ayuntamiento. Todas las correcciones, excepto el apercibimiento, exigirían la formación de un expediente especial y con audiencia del interesado,

Aunque la clase farmacéutica se mostró bastante satisfecha en general con dicho reglamento, especialmente por mantener casi todos los beneficios adquiridos en el tiempo como fue la inamovilidad e independencia, se quejarían fundamentalmente por: la posibilidad de facultar a los Ayuntamientos la instalación de farmacias para el suministro de medicamentos a las familias pobres del término municipal; porque se aumentaban las dotaciones mínimas de los titulares médicos y veterinarios, dejando subsistentes como mínimas las que percibían los farmacéuticos y porque se estableció la disolución de las Juntas de gobierno y Patronato que, al menos por lo que respectaba a la de farmacéuticos, venían realizando una labor muy estimable.

2.2.2.2.2.2.2. El Reglamento de Sanidad Municipal de 1925[813]

A pesar de lo extenso del Estatuto Municipal de 1924, fue necesario para su aplicación el desarrollo del mismo a través del Reglamento Municipal de Sanidad[814], el cual vino a poner orden en las competencias municipales en materia sanitaria, "estatalizando"[815] en cierto modo dichas competencias, perdiendo los municipios el residuo de autonomía en materia sanitaria que les quedaba.

De este modo, el Estado regularía materias que habían sido propias de los reglamentos y las ordenanzas municipales, solucionando definitivamente la tensión entre el poder local y el poder central en materia sanitaria, así, reconocía en el preámbulo del mismo:

> *"(…) El ideal sería que los ayuntamientos organizaran y sostuvieran los servicios sanitarios del término municipal, libres de intromisiones e injerencias extrañas a su propia constitución, pero este ideal dista mucho de la realidad; primero por la falta de tradición y el atraso que una gran parte de los ayuntamientos españoles muestra en materia de higiene y sanidad y, segundo, porque es deber fundamental del Estado*

[813] Real Decreto de 9 de febrero de 1925, aprobando el Reglamento de Sanidad Municipal. *Gaceta de Madrid* nº48 de 17/02/1925
[814] A través de la Real Orden de 10 de abril de 1924, se prorrogó el plazo para la terminación del Reglamento de Sanidad Municipal. Marín y Sancho, F.: "Más sobre el Estatuto Municipal". *La Farmacia Española*. 1924; 56(9), p130.
[815] Ibídem 37.

> *cuidar de la salud pública, y esta función no podría ejercerla sin el conocimiento, vigilancia e intervención en el régimen sanitario de los municipios, ya que ellos constituyen las células o elementos primarios del organismo nacional* (…)"[816]

A través del Reglamento de Sanidad Municipal de 1925 se establecieron las obligaciones que debían de asumir los Ayuntamientos en materia sanitaria, fundamentalmente en funciones preventivas de salud pública, como fueron las relacionadas con la provisión de aguas potables, con la eliminación y tratamiento de las excretas y aguas residuales, con la higiene en las viviendas, la instalación de establecimientos industriales, con la policía sanitaria de sustancias alimenticias, en la prevención de enfermedades infecciosas y epidemias, en la asistencia benéfica y en la inspección sanitaria. Asignaba a los Ayuntamientos la provisión de asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres residentes en su jurisdicción independientemente de su censo de población y la responsabilidad de mantener a su cargo y dotación a los inspectores municipales de sanidad como personal técnico de la administración local.

Si bien el reglamento ofrecía importantes novedades desde el punto de vista sanitario, para los farmacéuticos titulares apenas aportaba novedades[817], confirmaba y reforzaba lo ya dispuesto tocante al servicio benéfico municipal[818]. Aunque se mantenían integrados en los cuerpos de funcionarios locales, se les seguía excluyendo a los farmacéuticos nuevamente de la función sanitaria de la inspección, la cual seguía reservaba a los médicos titulares, con la novedad de la creación del Cuerpo de inspectores municipales de Sanidad y la asignación directa del doble cargo, debiendo de recibir además formación en la Escuela Nacional de Sanidad[819].

---

[816] Huertas, R.: "Política sanitaria: De la Dictadura de Primo de Rivera a la IIª República". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74(MON): 35-43.

[817] La opinión de algunos farmacéuticos era que a su juicio el reglamento "*no tenía otra finalidad que la de exaltar la personalidad del médico titular, al que se confirmaba como inspector municipal, fusionando ambos cargos*". Marín y Sancho, F.: "El Reglamento de Sanidad Municipal: Servicios de asistencia benéfica". *La Farmacia Española*. 1925; 57(6): 83-85.

[818] A través de la Real Orden de 29 de septiembre de 1926, se modificaría este apartado, incluyendo como como vocales natos de las juntas de beneficencia también al cura párroco, por su función social de beneficencia y al inspector municipal de sanidad, por su reconocida ilustración y moralidad. *Gaceta de Madrid* nº273 de 30/09/1926.

[819] La clase farmacéutica titular seguía solicitando al Ministro de la Gobernación a través de la Unión Farmacéutica Nacional, que "se obligase a los Ayuntamientos a hacer efectiva la prestación de los servicios sanitarios conseguidos por la Instrucción General de Sanidad, no prescindiendo como muchos lo hacen, de sus conocimientos científicos; que los sueldos asignados a los farmacéuticos titulares por la prestación de sus servicios sanitarios, fuesen de 1000 a 3000 pesetas, según el número

Los Ayuntamientos seguían teniendo la obligación de prestar la asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres residentes en su jurisdicción, manteniendo la competencia en cuanto a la organización que afectase a los servicios y al personal facultativo de esta asistencia benéfica, eso sí, con la obligación de respetar los derechos adquiridos de los que desempeñaban estos cargos pertenecientes al Cuerpo de farmacéuticos titulares en la forma que se establecía en el reglamento de empleados municipales.

Se establecía el servicio farmacéutico de dispensación gratuita de medicamentos a través de la farmacia designada a este efecto por el Ayuntamiento, teniendo derecho preferente a prestar el servicio las farmacias establecidas en la localidad cuando no existiese una farmacia municipal, designando en su defecto a la farmacia más próxima o la que tuviese mayores facilidades de comunicación. Otra novedad del Reglamento fue la división de las dotaciones que por "residencia y prestación de servicios sanitarios" les concedía la Real Orden de 2 de Julio de 1921, en dos partes iguales, cada mitad como retribución de uno de los dos conceptos, percibiendo las dos mitades aquellos farmacéuticos titulares que ejerciesen en pueblos donde sólo existiese una farmacia, y sólo una, la correspondiente a la prestación de servicios sanitarios, los titulares de poblaciones en que existiese más de una farmacia.

La supresión brusca de la Junta de Gobierno y Patronato de Farmacéuticos Titulares en el año 1924 a través del Reglamento de Empleados municipales derivado del Estatuto, motivó una cierta desorganización del Cuerpo que supuso para sus individuos quedar huérfanos de protección para la defensa de sus intereses.

Aunque pasara algún tiempo sin que los farmacéuticos titulares parecieran dolerse de su desorganización ni pretendieran repararla, lo cierto es que la necesidad de reparación de los perjuicios e injusticias cometidos contra los farmacéuticos titulares por el Estatuto municipal llevó a la Unión Farmacéutica Nacional (U.F.N.) a asumir su representación[820], realizando numerosas gestiones para la defensa de los

---

de vecinos; que se creara el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares; a establecer cursillos prácticos para los titulares en la Escuela Nacional de Sanidad y la creación de un organismo directivo del Cuerpo de Farmacéuticos titulares, que pudiese ser la propia Junta Directiva de la Unión Farmacéutica Nacional. Ponencia aprobada sobre titulares en la XIV Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional. *La Farmacia Española*. 1926; 58(21): 384-385.

[820] Sobre el papel jugado por la Unión Farmacéutica Nacional en la defensa de los farmacéuticos titulares, léase: Franco, J.P.: "Crónica profesional". *La Farmacia Española*. 1927; 59(16): 259-260; López y García, G.: "El Real Decreto sobre farmacéuticos". *La Farmacia Española*. 1927; 59(1):

derechos e intereses de los farmacéuticos titulares y resolviendo cientos de consultas a que dio lugar la abusiva interpretación por los Ayuntamientos de las facultades que les concedía el Estatuto municipal[821].

Viendo que transcurría el tiempo sin que se iniciaran propósitos de reorganización del Cuerpo, la U.F.N. realizó numerosas gestiones ante el Ministerio de la Gobernación, presentando distintos proyectos de "reorganización del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. Bases para esta reorganización" [822] y ponencias sobre "medios para reintegrar al farmacéutico a la función sanitaria"[823], que fueron tenidos en cuenta a la hora de redactar el Real Decreto en el año1928.

2.2.2.2.2.2.3. La reorganización del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de 1928[824]

> *"(…) La clase farmacéutica, que había de evolucionar aprovechando la sencillez de los modernos procedimientos en la práctica de estos análisis, fáciles de efectuar en el más modesto laboratorio, presentándose ante los poderes públicos dispuesta a cumplir esta misión sanitaria, con material de su propiedad, y recabando para sí la dirección de las operaciones de desinfección, dejó complacida que se apropiasen de estas cargas brigadas sanitarias, Institutos de higiene y hasta inspectores de Sanidad municipal, llegando, como consecuencia de esta dejadez, a aparecer ante el Gobierno, y ante el público en general, como un organismo completamente inútil como sanitario; y he aquí el por qué todas nuestras demandas relacionadas con mejoras de las titulares se estrellan, y se estrellarán en tanto no rectifiquemos nuestro proceder."*[825]

---

p295; García Novoa, P.: "Titulares Farmacéuticos". *La Farmacia Española*. 1928; 60(10): 157-159; López y García, G.: "Titulares". *La Farmacia Española*. 1928; 60(15): 262 y García Novoa, P.: "Titulares". *La Farmacia Española*. 1928; 60(16): 279-280.

[821] López y García, G.: "Crónica profesional: Las asambleas de los farmacéuticos titulares. Breve historia". *La Farmacia Española*. 1928; 60(17): 296-297.

[822] "Reorganización del Cuerpo de farmacéuticos titulares.-Bases para esta reorganización. XVI Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional". Inserto en: *La Farmacia Española*. 1928; 60(19): 330-331.

[823] "Ponencia sobre "medios para reintegrar al farmacéutico a la función sanitaria". XVI Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional". Inserto en: *La Farmacia Española*. 1928; 60(18): 316.

[824] Real Decreto de 13 de noviembre de 1928, reorganizando el Cuerpo de farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº319 de 14/11/1928.

[825] De esta forma veía un farmacéutico titular que la culpabilidad del declive de la profesión era la propia clase farmacéutica rural: " *En tanto las organizaciones y la clase médica, un día tras otro, pedían y se apropiaban cargas que caen de lleno dentro del radio de acción del farmacéutico titular, éste las ha dejado ir, satisfecho de aligerar su carga, y así hemos llegado al momento actual, en que hay que librar una batalla contra organizaciones ya constituidas si queremos defender nuestro derecho y nuestro prestigio"*. García Novoa, P.: "Titulares Farmacéuticos". *La Farmacia Española*. 1928; 60(10): 157-158.

La falta de equidad con la que habían sido tratados los farmacéuticos titulares respecto a sus compañeros sanitarios médicos y veterinarios tanto en el Reglamento de Secretarios de Ayuntamiento, Interventores de fondos y empleados municipales como en el Reglamento Municipal de Sanidad, motivó la presentación de multitud de escritos al Ministerio de Gobernación por parte de la Unión Farmacéutica Nacional y por parte de numerosos farmacéuticos pertenecientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares que, sensible a sus reivindicaciones[826], comenzó a elaborar un proyecto de Real Decreto de titulares al mismo tiempo que ordenaba a los Gobernadores Civiles de las provincias a través de la Real Orden de 10 de agosto de 1927, la provisión inmediata, con arreglo a las disposiciones vigentes, de todas las titulares farmacéuticas que no estuviesen provistas[827].

Entretanto, el colectivo farmacéutico titular vería cómo se haría extensivo a los Inspectores Veterinarios municipales el carácter de autoridad sanitaria otorgado a los Inspectores Médicos, en el desempeño de sus funciones de inspección de alimentos de origen animal, frutas y verduras, así como en los casos de zoonosis transmisibles[828], dejándolos excluidos por no tener reconocida la condición de inspectores municipales.

Después de numerosas promesas de presentación del Real Decreto, de gestiones laboriosísimas y de sufrir sucesivas podas al primitivo proyecto que le permitieron pasar por el estrecho agujero que pudo abrirse en la dura intransigencia de los defensores del fuero municipal, vio finalmente la luz el Real Decreto de reorganización del Cuerpo de farmacéuticos titulares a finales del año 1928 que, si bien no fueron muy importantes los beneficios materiales que esta disposición trajo a los farmacéuticos titulares, sí lo fueron los morales con el reconocimiento de su participación en la función higiénico-sanitaria municipal y con la propuesta de

[826] Los titulares seguían reivindicando su doble misión higiénico-sanitaria y benéfica dada en por su Reglamento de 1905, pidiendo la rectificando de la organización de los servicios sanitarios para dar cumplimiento precisamente a su misión sanitaria de vigilancia bromatológica para poder practicar los análisis bromatológicos con el material de su propiedad y dirigir las operaciones de desinfección con los modestos medios con los que contase el municipio, demostrando así su utilidad y mostrando a los gobernantes y al público en general que los Institutos de higiene eran impotentes para realizar una verdadera sanidad rural, por estar concentrados en las capitales de la provincia.

[827] López García, G.: "Una Compensación". *La Farmacia Española*. 1927; 59(18): 295.

[828] Real Orden de 13 de septiembre de 1928, haciendo extensivo a los Inspectores Veterinarios municipales el carácter de autoridad sanitaria otorgado a los Inspectores municipales de Sanidad, con el carnet de identidad acreditativo. *Gaceta de Madrid* nº 261 de 17/09/1928.

reorganización del Cuerpo, que sentaría las bases para su desarrollo posterior a través del Reglamento para el régimen de los Farmacéuticos titulares del año 1930[829].

A pesar de no contentar a nadie puesto que "*los farmacéuticos titulares lo estimaron anodino, los otros funcionarios sanitarios invasor de sus atribuciones, y los Ayuntamientos coartador de sus facultades autónomas"*[830], los farmacéuticos titulares recuperaron una de sus más ansiadas reivindicaciones como fue la de fijar en términos precisos y concretos la función sanitaria del farmacéutico titular, que sólo vagamente había establecido el artículo 43 del Reglamento de 4 de febrero de 1905; enmendando así algunos de los preceptos de los Reglamentos de Empleados y de Sanidad Municipal que consideraban perjudiciales de tal forma que, según el artículo 1 del nuevo Reglamento establecía que:

> *"Los Farmacéuticos titulares están obligados al reconocimiento y análisis de los alimentos y condimentos, salvo la inspección dé las carnes, pescados, embutidos, leche, verduras y frutas, cuya inspección corresponde a los Veterinarios, (…). Para este fin utilizarán los Farmacéuticos titulares el material que les proporcionen los Ayuntamientos donde residan, y, en su defecto, el que los propios Farmacéuticos adquieran."*[831]

De esta forma el colectivo recuperó la doble misión que les correspondía desde el año 1905, la función sanitaria y la función benéfica a través del suministro de medicamentos a los pobres de la Beneficencia municipal, debiendo satisfacer los Ayuntamientos el importe de los mismos en base a las recetas despachadas, valoradas con arreglo a la tarifa de Beneficencia.

---

[829] López y García, G.: "Crónica profesional: La reorganización de los farmacéuticos titulares". *La Farmacia Española*. 1928; 60(22): 396.

[830] La clase farmacéutica se quejaría por la desproporción entre lo que su exposición prometía y lo que su parte dispositiva preceptuaba. Así, echaron de menos no equiparar sus funciones sanitarias con las de los peritos químicos de 1908, la falta de la declaración de autoridad sanitaria del farmacéutico titular, la falta de nuevas bases de clasificación de partidos acompañadas de un aumento de sus dotaciones y la expresa indicación de que, cuando los Ayuntamientos de diez mil o más habitantes no sostuviesen laboratorios, quedaran obligados, como los de menor población, al nombramiento y pago de farmacéuticos titulares por realizar dicha función. Franco, J.P.: "Crónica profesional: El Real Decreto de 13 de noviembre". *La Farmacia Española*. 1928; 60(23): 417-419.

[831] Ya se recogía en el preámbulo del Real Decreto de 13 de noviembre de 1928 que, ante la imposibilidad de la instalación de los Laboratorios de higiene en todos los Municipios y especialmente en zonas rurales para, entre otros fines, el reconocimiento y análisis de los alimentos, por la cuantía económica que supondría, correspondía al farmacéutico titular esta misión de vigilancia de las sustancias nutritivas.

En cuanto a la reorganización del Cuerpo de titulares, se estableció que se tendría que desarrollar en un plazo de tres meses el régimen de los Farmacéuticos titulares, determinándose que el Cuerpo tendría que estar formado por todos aquellos Farmacéuticos pertenecientes a él, por los que desde la publicación del Reglamento de Secretarios de Ayuntamientos hubiesen sido nombrados y por todos aquellos que durante más de seis meses hubiesen desempeñado el cargo de Farmacéutico titular. A partir de ahí, el ingreso al Cuerpo se haría por oposición, proveyendo las vacantes a través del concurso entre los pertenecientes al Cuerpo. Respecto a la controvertida cuestión de la autorización de las farmacias municipales se conseguiría, como compensación, que quedara subsistente la condenación hecha en la exposición y que no se completara ni con la prohibición ni con la autorización en la parte dispositiva, con lo que quedaba la cuestión, en una cierta vaguedad. No tocaba sin embargo lo referente al aumento de dotaciones de los titulares[832] ni tampoco su reconocimiento como autoridad sanitaria.

Una buena noticia para los facultativos titulares en general y para los farmacéuticos titulares en particular, fue la publicación en el año 1929 de la Real Orden[833] del Director General de Sanidad Martínez Anido en la que se daba un paso muy importante de cara al establecimiento de la "inamovilidad de los titulares" al considerar como definitivos y con el carácter de propiedad los nombramientos de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios titulares hechos hasta la fecha de la presente disposición por los Ayuntamientos que no tuviesen aprobados sus Reglamentos de funcionarios técnicos[834], armonizando de esta forma los intereses de los Ayuntamientos con los de los facultativos titulares.

---

[832] Parte del discurso del representante de los farmacéuticos D. Manuel Hernández, leído en la semana sanitaria de Salamanca en mayo de 1929: "*Hay para mí un hecho inexplicable, que nunca he acertado a comprender, y es la omisión que del farmacéutico titular se hizo en el Estatuto Municipal y Reglamentos de Sanidad local. Debido a esto, los pobres farmacéuticos titulares son los únicos que hasta la fecha no han alcanzado ninguna de las mejoras otorgadas a los demás funcionarios municipales, y, debido a esto, el farmacéutico titular es el único, la única excepción que todavía se registra en España, de seguir hoy disfrutando las mismas dotaciones de los Ayuntamientos que* ***hace treinta años***". Inserto en: *La Farmacia Española*. 1929; 60(23):pp417-419.

[833] Real Orden de 8 de enero de 1929, dictando las reglas que se indican relativas a la publicación de concursos para la provisión de plazas de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios titulares. *Gaceta de Madrid* nº10 de10/01/1929.

[834] La falta de la aprobación por parte de muchos Ayuntamientos de los Reglamentos de funcionarios técnicos que debían de hacer en cumplimiento de la disposición transitoria segunda del Estatuto y de lo prevenido en el artículo 93 del Reglamento de empleados municipales, impedía a éstos darle carácter de propiedad, quedando los facultativos con un carácter de interinidad.

Sin embargo, no ocurrió así con la publicación unos meses después del reglamento la inspección sanitaria de los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público[835], etc... para los farmacéuticos titulares, ya que la citada disposición se iba a dirigir exclusivamente a los cargos considerados autoridades sanitarias como eran los Gobernadores, los inspectores provinciales de Sanidad, los Subdelegados de Medicina, Inspectores sanitarios de Distrito, Alcaldes, Inspectores municipales de Sanidad e Inspectores veterinarios, no afectando a los farmacéuticos que continuaban siendo considerados como elementos completamente extraños a la función sanitaria y ello a pesar que el Reglamento contemplaba actividades competencia de los farmacéuticos como eran las desinfecciones.

2.2.2.2.2.2.4. El Reglamento de Servicios Farmacéuticos del Ministerio de Gobernación e Inspectores Farmacéuticos Municipales (Farmacéuticos Titulares) de 1930[836].

> *"(…) La Comisión encargada de esta obra redentora; no sólo está ya nombrada, sino que trabaja con interés en la redacción del Reglamento. Estamos, por lo tanto, pendientes de sus deliberaciones y de su voluntad soberana. Lo que ella acuerde seremos; y en la situación que nos coloque quedaremos. La labor de dicha Comisión tiene, por necesidad, que ser muy delicada y meditada, por la transcendencia que abarca, por la responsabilidad que supone, y por los resultados a que ha de dar lugar, que desde luego tienen que ser definitivos e inapelables. Con razón podemos decir que en sus manos está hoy encomendado todo nuestro espíritu. (…)"*[837]

A pesar de que la Real Orden de 13 de septiembre de 1928 establecía que en el plazo de un mes, a contar de la publicación del Real Decreto, el Director General de Sanidad designaría una Comisión para que, en el período de tres meses como máximo, redactase un Reglamento para el régimen de los Farmacéuticos titulares, lo cierto es que los plazos se alargaron más de lo previsto para perjuicio de los farmacéuticos titulares, fundamentalmente por las dificultades de acoplar al

[835] Real Orden de 22 de mayo de 1929, aprobando del reglamento la inspección sanitaria de los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público, etc… *Gaceta de Madrid* nº148 de 28/05/1929.
[836] Real Decreto de 16 de Agosto de 1930, aprobando el Reglamento de Servicios farmacéuticos del Ministerio de Gobernación e Inspectores farmacéuticos municipales (Farmacéuticos titulares). *Gaceta de Madrid* nº232 de 20/08/1930.
[837] Hernández, M.: "La voz de los titulares: Esperando el Reglamento". *La Farmacia Española*. 1929; 61(7): 134-136.

Reglamento las bases de los Laboratorios Municipales y por la irreductible oposición del anterior Director de Administración local, el Sr. Muñoz Llorente, al aumento de la dotación de los titulares[838].

La Comisión nombrada, compuesta por el Doctor Bustamante, Jefe de los Servicios farmacéuticos; el Sr. Arranz, representante de la Dirección de la Administración Local, y el Sr. Durán y Pérez de Castro, Vicepresidente de la Unión Farmacéutica Nacional, terminó el Reglamento en marzo de 1929. Una vez dado el visto bueno por el Director de la Administración Local, el Sr. Vellando, se pasó a la aprobación por parte del Director de Sanidad el Doctor Horcada y posterior remisión al Ministro de Gobernación para su aprobación por el Consejo de Ministros en agosto de 1930[839].

Este **Reglamento** se dividió en nueve capítulos: I de la Organización de los Servicios Farmacéuticos; II Obligaciones y servicios de los Inspectores Farmacéuticos municipales; III Suministro de medicamentos a la Beneficencia Municipal, IV Inspección y toma de muestras para análisis; V Análisis químicos; VI Organización de los Inspectores farmacéuticos municipales; VII Clasificación de los Partidos Farmacéuticos y dotaciones mínimas; VIII Licencias, permutas, excedencias y sanciones y IX Jubilaciones, pensiones, socorros de inutilización profesional, viudedad y orfandad.

A través de él, se estructuraron, coordinaron y unificaron por primera vez los Servicios farmacéuticos del Ministerio de la Gobernación, organizándose en tres grupos: centrales, provinciales y municipales. A nivel central, los Servicios farmacéuticos centrales comprenderían la Sección de Servicios Farmacéuticos que se elevaría de categoría administrativa a la de Inspección General, y en ella, estarían los Servicios inherentes a los inspectores farmacéuticos municipales (farmacéuticos titulares). Dicho Inspector general sería el Jefe de Sección, estando a las inmediatas órdenes del Director General de Sanidad. A nivel provincial, los Servicios farmacéuticos provinciales los integrarían los correspondientes Subdelegados de Farmacia y las Inspecciones de Aduanas.

[838] Redonet Maura, E.: "Legislación Farmacéutica: Notas y comentarios". *La Farmacia Española*. 1930; 62(10): 195-196.
[839] López y García, G.: "Crónica profesional: El Reglamento de farmacéuticos titulares". *La Farmacia Española*. 1929; 61(12): 230-231 y 61(20): 385-386.

Como principales **novedades** que introdujo este Reglamento para los intereses de los farmacéuticos titulares destacaron: El aumento a cuatro de las categorías de los partidos farmacéuticos y el aumento de las dotaciones que los municipios tenían que satisfacer al inspector. Se correlacionó la denominación del término inspector farmacéutico municipal con el de farmacéutico titular, pasando estos a tener carácter de autoridad sanitaria en el desempeño de sus funciones, para lo cual se les proporcionó su carnet de identidad[840], debiendo de ostentar las farmacias de los Inspectores Farmacéuticos municipales en sus muestrarios e impresos del emblema de la Sanidad Nacional para diferenciarse de las demás. Como todavía no se había constituido como Cuerpo, podían pertenecer a la organización de inspectores, los farmacéuticos que hubiesen trabajado en la Beneficencia municipal, como técnicos en los Laboratorios oficiales y los que hubiesen desarrollado una titularidad. Se mantenía el doble carácter de función sanitaria y de beneficencia, aumentando significativamente las funciones sanitarias al considerarlos como los químicos municipales, con competencias en análisis químicos, análisis clínicos, dirección de las desinfecciones y en inspección y vigilancia entre otras, definiéndose también el procedimiento a seguir para la toma de muestras y análisis. Se derogaba el artículo del Reglamento de empleados municipales del año 1924 que facultaba a los Ayuntamientos a crear las farmacias municipales, aunque las ya establecidas podrían seguir abiertas bajo la dirección de un farmacéutico, estando sujetas a la vigilancia e inspección del Subdelegado y del Inspector provincial de Sanidad. En definitiva, recuperaron la doble misión: benéfica, a través del despacho de medicamentos a los pobres y sanitaria, a través de sus funciones como inspector municipal de sanidad, incluyendo su labor de análisis químicos en aquellos municipios que no tenían implantados los laboratorios municipales de sanidad, la mayoría en zonas rurales.

Con este Reglamento, se iba a entender por "Partido farmacéutico" al Municipio o reunión de Municipios concertados (bien en régimen de agregado, como agrupación forzosa o bien como mancomunados) que sostuviesen a un Inspector farmacéutico municipal, **clasificándose** y **dotándose**[841] de acuerdo a cuatro

[840] Todo ello a pesar de que los Inspectores provinciales pedían que no tuvieran carácter de autoridad, reforzando de esa forma la jerarquía de mando hacia ellos. Ibídem 281; pp45-79.

[841] Los Ayuntamientos no tendrían la obligación de consignar en los presupuestos actuales los aumentos consiguientes a esa revisión hasta que no estuviese aprobada la clasificación de los partidos Farmacéuticos. Real Orden de 13 de septiembre de 1930, disponiendo que los Colegios

categorías (a diferencia de la anterior clasificación que se dividía en tres categorías), una vez revisados los partidos farmacéuticos existentes por los Colegios farmacéuticos Oficiales de acuerdo a los Ayuntamientos y con la intervención de los Inspectores Provinciales de Sanidad, teniendo en cuenta la topografía, los medios de comunicación y las distancias.

Serían Municipios o reuniones de Municipios de "primera categoría" aquellos de más de 5000 habitantes, debiendo de satisfacer al Inspector farmacéutico municipal con una dotación mínima de 2500 pesetas anuales. Los de "segunda categoría" serían de 3500 a 5000 habitantes satisfaciendo la cantidad de 2000 pesetas anuales; los de "tercera categoría" estarían comprendidos entre 2500 y 3000 habitantes satisfaciendo la cuantía de 1500 pesetas anuales y los de "cuarta categoría", con una población inferior a los 2500 habitantes y una cuantía anual a satisfacer de 1000 pesetas. Además aquellas poblaciones de más de 5000 habitantes, tendrían un inspector municipal más por cada 5000 o fracción de 5000 no inferior a 2500 habitantes (exceptuándose de esta obligación si dispone de más de 10000 habitantes y un Laboratorio municipal). A todas estas dotaciones se les aumentaría un 10% más en concepto de residencia. Además, para asegurar el pago por parte de los Municipios, se volvía a reiterar la obligación por parte de los Ayuntamientos de consignar en los siguientes presupuestos las cantidades necesarias para atender a dichas dotaciones.

Pertenecían a la **organización** de Inspectores farmacéuticos municipales cuantos desempeñasen dicho cargo o hubiesen desempeñado en cualquier tiempo una titularidad en propiedad, o bien interinamente o como regentes durante más de seis meses en los dos últimos casos. También pertenecerían a dicha organización los farmacéuticos que hubiesen desempeñado cargo de técnico en un Laboratorio oficial y los que hubiesen prestado servicio de suministro de medicamentos a la Beneficencia municipal[842].

Farmacéuticos, con la intervención de los Inspectores provinciales de Sanidad, procedan a la revisión de los actuales Partidos farmacéuticos. *Gaceta de Madrid* nº 259 de 16/09/1930.

[842] Al no dictarse normas para el ingreso a dicha organización, los no comprendidos en las condiciones que fijaba el Reglamento, no tendrían opción a ingresar en la misma. Este hecho se corregiría para los veterinarios a través de la Real Orden de 8 de septiembre de 1930, considerando a todos los veterinarios incluidos en dicho Cuerpo. Franco, J.P.: "El Reglamento de farmacéuticos titulares". *La Farmacia Española*. 1930; 62(20): 386-387.

Todas **las vacantes** de Inspectores Farmacéuticos municipales se proveerían por concurso de antigüedad, concurso de méritos o por oposición directa según acordase el respectivo Ayuntamiento atendiendo a las normas que dictara el Ministro de la Gobernación a propuesta de la Dirección General de Sanidad. Los Inspectores con carácter de interino serían nombrados libremente por las Corporaciones municipales de entre los que perteneciesen a dicha organización.

El modo de cubrir la vacante se haría de la siguiente forma: en el plazo del tercer día después de ocurrida la vacante, el Alcalde daría cuenta a la Comisión Permanente, la cual acordaría la declaración de la misma y la forma de provisión que se determinase, remitiendo al día siguiente el Alcalde a la Dirección General de Sanidad la certificación de dicho acuerdo, consignando la dotación de la plaza, clasificación y número de familias que tuviesen asignadas para el servicio benéfico-farmacéutico. Una vez publicado el anuncio en la Gaceta de Madrid, sería reproducido en el Boletín Oficial de la Provincia respectiva. El plazo de resolución de los concursos sería de un mes después de expirado el plazo de la convocatoria, el cual si no se hubiese resuelto sería la Dirección General de Sanidad la que resolviese el mismo.

Eran **obligaciones y servicios** inherentes a los Inspectores Farmacéuticos Municipales:

1. Residir en la población o partido farmacéutico donde prestasen su servicio, no pudiendo trasladar la Farmacia sin aviso previo a las Autoridades municipales con dos meses de antelación. Además no podrían ausentarse por más de veinticuatro horas sin licencia concedida por la Autoridad competente.
2. Dispensar medicamentos para las familias pobres de la Beneficencia municipal.
3. Surtir a las Casas de Socorro de los medicamentos que necesiten.
4. Efectuar, cuando los Médicos de la Beneficencia lo soliciten, los análisis clínicos que para fines diagnósticos necesiten los enfermos de la Beneficencia y puedan practicarse por los medios de que disponga el Farmacéutico.

5. Realizar el análisis químico de los alimentos, de los condimentos y de los utensilios relacionados con la alimentación en cuanto a sus condiciones higiénicas en las poblaciones donde no existan Laboratorios municipales.
6. Ejercer la inspección y vigilancia en las fábricas de alimentos y bebidas, almacenes, tiendas y puestos donde se venda toda clase de productos alimenticios, excepto las carnes, aves, pescados y demás alimentos procedentes del reino animal, de las frutas y verduras. La inspección y vigilancia de fondas, cafés, cafetines, cervecerías, horchaterías, establecimientos de gaseosas y de bebidas refrescantes. La inspección de la fabricación y venta de utensilios de cocina por lo que respecta a los barnices y esmaltes, así como a las fábricas de papel de estaño, cápsulas metálicas, utensilios, vasijas y envases metálicos y la vigilancia de la potabilidad y pureza de las aguas en las fuentes públicas[843].
7. facilitar a las Autoridades superiores cuantos informes se soliciten en relación con los servicios que les estén confiados.
8. dirigir la desinfección de los locales y ropas en el caso de que los Ayuntamientos donde ejerzan no tengan, al establecerse el servicio, personal especializado para este fin.

En el desempeño de sus funciones, los inspectores farmacéuticos municipales tendrían el carácter de autoridad, proporcionándole la Dirección General de Sanidad a través de los Colegios farmacéuticos provinciales el correspondiente carnet de identidad.

Los inspectores farmacéuticos municipales serían los químicos municipales y para ello, dispondrían del material necesario para efectuar el trabajo analítico confiado, siendo también los encargados de su reposición. La inspección y la toma de muestra para análisis debía de ser permanente para aquellos establecimientos que estuvieran en la misma población donde el Inspector municipal prestara sus servicios, siendo periódica o circunstancial cuando dichos almacenes o expenderías estuviesen en poblaciones distintas a la del Inspector.

[843] Estas funciones eran las que les correspondían a los inspectores químicos de substancias alimenticias, de acuerdo al artículo 11 del Reglamento de 1908, por el que se dictaron las disposiciones convenientes a fin de evitar el fraude en las sustancias alimenticias y para las cuales el farmacéutico titular se sentía legitimado para realizarlas.

El suministro de medicamentos a la Beneficencia municipal se realizaría de acuerdo a la tarifa de Beneficencia aprobada en 1923, que sería revisada por una Comisión designada por la Dirección General de Sanidad. Los inspectores farmacéuticos municipales debían inexcusablemente atender al despacho de todos los medicamentos que se indicaban en la tarifa (no estaban obligados a dispensar el resto), aunque el despacho de medicamentos para las familias menesterosas adscritas a la beneficencia municipal podría ser realizada por los demás farmacéuticos de la localidad o partido farmacéutico que lo solicitasen[844], aplicando para la valoración de las prescripciones la citada tarifa. Tanto a los inspectores como al resto de farmacéuticos que despacharan medicamentos con destino a la Beneficencia se les facilitaría el padrón de las familias pobres.

La negligencia o deficiencia en el cumplimiento del cometido por parte de los inspectores municipales, sería corregido a través de la Corporación municipal, previo expediente especial y con audiencia del interesado, con un apercibimiento público, con una sanción de distinta cuantía dependiendo de la gravedad del caso o con la separación del cargo.

Para dar cumplimiento al Reglamento en cuanto a la obligación de realizar la revisión de los "partidos farmacéuticos", el Ministerio pediría los datos a los Ayuntamientos con el fin de conocer el número de Facultativos titulares afectos a cada servicio benéfico-sanitario municipal y la cuantía de sus dotaciones[845], al mismo tiempo que ordenaba[846] la publicación en la Gaceta de los proyectos de clasificación de partidos farmacéuticos, una vez elevados los proyectos de nueva clasificación de partidos por parte de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de su respectiva provincia.

---

[844] De esta forma se les concedía a los enfermos inscritos en la Beneficencia municipal el derecho que a los demás ciudadanos de elegir los profesores de su confianza para el servicio farmacéutico, no limitándolo sólo a las farmacias de los inspectores municipales. López y García, G.: "Crónica profesional: El Reglamento de farmacéuticos titulares". *La Farmacia Española*. 1930; 62(19): 370.

[845] Real Orden de 4 de marzo de 1931, disponiendo que las Corporaciones Municipales remitan debidamente cumplimentados a las Secciones provinciales de Cuentas y Presupuestos, en el plazo máximo de quince días, los cuestionarios que reciban por conducto de las Inspecciones provinciales de Sanidad; y que dichas Secciones provinciales remitan, en igual plazo, a las Inspecciones mencionadas, previa comprobación, los cuestionarios que reciban. *Gaceta de Madrid* nº 74 de 15/03/1931

[846] Real Orden de 7 de marzo de 1931, disponiendo se ordene la publicación en este periódico oficial de los proyectos de nueva clasificación de partidos farmacéuticos. Gaceta de Madrid nº 74 de 15/03/1931

El proyecto de clasificación de partidos farmacéuticos de la provincia de Murcia se publicaría en la Gaceta de Madrid de 31 de mayo de 1931:

> *"Este Ministerio ha acordado rija como definitiva la mencionada clasificación para aquellos Partidos contra los que no se han presentado reclamaciones y que son los que a continuación, se expresan:*
> *Águilas, Yecla, Jumilla, Cieza, Abarán, Fortuna, Caravaca, Moratalla, Cehegín, Librilla, Bullas, San Javier, San Pedro del Pinatar, Pacheco, Blanca, Ceutí, Archena, Totana, Mula y Molina.*
> *También se entenderán definitivamente constituidos los partidos farmacéuticos de Fuente Álamo, Mazarrón, Alhama de Murcia, Abanilla, Calasparra y Alcantarilla[847], por no ser atendibles las razones alegadas por los reclamantes, en consideración a que para fijar el número y la categoría de los Inspectores Farmacéuticos se ha tenido en cuenta el censo actualmente vigente y las disposiciones regidoras en la materia[848]".*

Aunque en teoría este Reglamento contemplaba prácticamente todas las reivindicaciones que llevaba tiempo persiguiendo el colectivo farmacéutico titular, le faltó la vieja aspiración de convertirse en funcionarios técnicos del Estado, lo cual les hubiera garantizado el cobro de sus haberes y la independencia de sus funciones sanitarias y de beneficencia de los Ayuntamientos y por ende de los caciques de los pueblos. En la práctica, el colectivo titular se encontró con dos problemas; por un lado, la falta de regulación en la provisión de las vacantes por parte del Ministerio de Gobernación y por el otro, de nuevo, el incumplimiento reiterado de los contratos por parte de los Ayuntamientos en el concepto del pago de los haberes por los servicios tanto benéficos como sanitarios prestados y del cobro de las deudas contraídas con ellos[849].

[847] Se modificaría el partido farmacéutico de Alcantarilla, elevándose a dos los Inspectores farmacéuticos de primera categoría. Orden de 10 de enero de 1933. *Gaceta de Madrid* nº13 de 13/01/1933

[848] Se modificó el Proyecto de clasificación publicado en la Gaceta de 31 de mayo de 1931 a través de la Orden de 31 de diciembre de 1932, al tener en cuenta que al Ayuntamiento de La Unión le correspondían dos inspectores farmacéuticos de primera categoría. *Gaceta de Madrid* nº231 de 09/01/1932.

[849] Y ello a pesar de que el artículo 39 del Reglamento de los inspectores farmacéuticos municipales establecía que "*los municipios consignarán en sus presupuestos próximos las cantidades necesarias para atender a las dotaciones antes mencionadas"* y que el artículo 23 estableciera la forma de provisión de las vacantes de la forma "*concurso de antigüedad, concurso de méritos o por oposición directa, según lo que acuerde el respectivo Ayuntamiento*".

Para solucionar estos problemas, el Gobierno dictaría una Ley[850] con el objetivo de desligar en todo lo posible el nombramiento de los titulares de los Ayuntamientos, evitando con ello los atropellos o interpretaciones mal hechas de méritos entre los concursantes, las normas para que se apreciasen éstos y el modo de asegurar el pago de dotaciones. Aunque esta Ley se contemplara en un principio sólo para médicos titulares – inspectores municipales de Sanidad, el Reglamento[851] para su aplicación publicado unos meses más tarde incluiría a los farmacéuticos titulares. El problema para ellos fue que no hubo posibilidad de que así fuera en lo relativo a las normas para proveer por concurso los cargos vacantes, al no ser equivalentes sus méritos con los de los médicos titulares, permitiendo así a los Ayuntamientos juzgar los méritos de cada aspirante cuando la plaza se proveyese en la forma de concurso de méritos, con el potencial peligro de que sus méritos fuesen calificados por quienes no tenían a veces la capacidad técnica ni la competencia para juzgarle, dando origen a situaciones de adjudicaciones totalmente arbitrarias como:

> *"En una importante población aragonesa se anunció hace poco, en concurso de méritos, la vacante de una titular de Farmacia. Un candidato presenta como mérito el certificado de un laboratorio particular. Otro, presenta: un certificado idéntico; el de haber realizado un Cursillo en un Centro oficial; el de haber hecho el mismo Cursillo en el Instituto de Higiene de la provincia, y una certificación del director del Laboratorio Municipal de Barcelona en la que se hace constar haber trabajado en ese Centro durante cierto tiempo.*
>
> *Pues bien, llegado el momento de ser adjudicado el cargo se hace a favor del primero de los concursantes, y cuando al segundo se le notifica la resolución, se dice que se ha procedido así porque "no existe ley ni disposición administrativa que taxativa y concretamente determine la preferencia a que haya que ajustarse la apreciación de los méritos de los concursantes, y no habiéndose tampoco prefijado en este concurso por el Ayuntamiento de una manera concreta y determinada las normas a que tal apreciación debe ajustarse, es natural que ello implica la facultad que el Concejo se reserva para que tales méritos los aprecie esta Corporación municipal libremente y en conjunto, y, por tanto, como de su facultad discrecional*"[852].

[850] La ley de l5 de Septiembre de 1932, sobre provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción de haberes de Inspectores municipales de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 261 de 17/09/1932.

[851] Según el artículo 30 del Reglamento para la aplicación de la ley de 15 de Septiembre de 1932, referente a la provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción de haberes de Médicos y Farmacéuticos titulares. Inspectores municipales de Sanidad, se establecía que: "*Los preceptos contenidos en los diferentes artículos del presente capítulo serán de aplicación igualmente, en todas sus partes, a los Farmacéuticos titulares*". *Gaceta de Madrid* nº 68 de 09/03/1933.

[852] Maestre Ibañez, M.: "Notas de actualidad". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(6): 83-84.

En cuanto al modo de asegurar el pago de dotaciones, dicha Ley y su Reglamento de aplicación establecieron la forma de exigir al Ayuntamiento el pago de las dotaciones asignadas en los presupuestos locales, de tal forma que cuando hubiese demora en el cobro, podrían quejarse a los Gobernadores Civiles quienes exigirían a los Ayuntamientos el pago correspondiente que, en caso de no satisfacerlo, se daría cuenta a la autoridad judicial por dicha infracción. Todo ello sin perjuicio de que el facultativo titular pudiera emprender demanda civil ordinaria para el pago de los haberes.

A pesar de ello, seguían sin tener mucha efectividad estas medidas[853] a juzgar por la cantidad de reclamaciones y denuncias que se seguían interponiendo ante los alcaldes, provocando situaciones como esta:

> "*En Cazalla de la Sierra, provincia de Sevilla, fué detenido por orden de la autoridad municipal el Farmacéutico titular de aquella población D. Gabriel Viciana Flores, por el enorme delito de pedir al alcalde 180 pesetas que necesitaba urgentemente para abonar una factura de medicamentos, y esta cantidad da solicitó para que se la entregasen por cuenta de 10.000 pesetas que el Ayuntamiento de Cazalla de la Sierra le debe al Sr. Viciana por suministro de medicamentos a los pobres de la Beneficencia Municipal de aquella ciudad. Este es el caso ocurrido el día 5 de Marzo.*
>
> *Al verificarse la detención, todos los demás sanitarios visitaron inmediatamente al alcalde para protestar de lo ocurrido, y entonces fué puesto en libertad el Sr. Viciana. Pero da detención se efectuó, el hecho será comentado y el prestigio de la Sanidad queda en una situación verdaderamente insostenible. Y ya nos cansamos de protestar y de advertir los peligros en que se encuentran los Farmacéuticos de los pueblos (…)*"[854].

A pesar de las novedades introducidas por el Reglamento, los farmacéuticos rurales continuaban sin resolver su principal problema que era que los Ayuntamientos seguían sin pagarles[855]. Esta situación provocó que fuera en aumento

---

[853] A través de la Orden de 27 de septiembre de 1933 (*Gaceta de Madrid* nº 276 de 3/10/1933), se resolverían las reclamaciones relativas a determinados Ayuntamientos que no efectuaban el pago de sus funcionarios con la debida puntualidad, de tal forma que *devengados y vencidos los haberes de los empleados y obreros. municipales sin que se efectúe el pago a los interesados podrán recurrir en queja ante el Gobernador Civil, quien en providencia. Motivada velará por el exacto, cumplimiento de este precepto y podrá sancionar con multa de 300 a 500 pesetas a los Alcaldes que lo contravinieren, además de deducir todas las responsabilidades a que hubiere lugar en la vigente legislación, muy singularmente, en el caso «de que se compruebe que por el Ayuntamiento se han efectuado gastos de carácter voluntario, con cargo al presupuesto municipal*".

[854] Maestre Ibáñez, M.: "Otro Farmacéutico detenido". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(6):86-87.

[855] Las deudas contraídas por los municipios durante los primeros años del siglo XX no fueron pagadas hasta el año 1967, en el que el propio Estado asume las cargas de los municipios. Diez

el descontento y la apatía por los innumerables desengaños que sufrían[856], hecho que se tradujo en un movimiento de unión en base a una propuesta de formación de una asociación de farmacéuticos titulares a nivel nacional, al igual que la que disponían sus compañeros médicos y veterinarios e independiente de la Unión Farmacéutica Nacional[857], que defendiese los intereses de los titulares en particular y el servicio encomendado en su aspecto general y colectivo, para que los representase y defendiese en cada caso concreto y al que pudieran acudir ante cualquier incidencia surgida en el ejercicio diario de la profesión[858].

No tenían más que ver las tarjetas de propaganda que repartía la Asociación de Médicos titulares, Inspectores municipales de Sanidad, independiente de la Federación de sus Colegios, para comprender la urgente necesidad de independizarse de la UFN:

> "*Esta organización ha conseguido de los Poderes públicos el Escalafón del Cuerpo, la nueva clasificación de plazas, representación en el Consejo Nacional de Sanidad, la Ley votada por las Cortes Constituyentes de la República regulando la provisión de vacantes y garantizando el pago de las dotaciones. ¡Compañero, inscríbete en la Asociación! Ayudarás a la redención del Médico titular y al*

Lafuente, M: La Unión Farmacéutica Nacional (1913- 1936). Veinticuatro años de vida corporativa. Madrid, Universidad Complutense; 1990. En: Nozal Rodríguez, R.: "Sanidad, farmacia y medicamento industrial durante la II República (1931-1936)".*Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 2007, vol. 30(65):pp123-150.

[856] Entre los motivos de la dimisión que exponía el representante de los farmacéuticos titulares de España nombrado por la Asamblea de la UFN en el año 1934, señalaba que cuando accedió al cargo pensaba que el Pleno de la UFN era el órgano superior que tendría que dar las soluciones hechas a los problemas planteados por los titulares, resolver las dudas y marcar el camino para resolver las injusticias de la autoridades y caciques municipales y provinciales, pero lo que se encontró al exponer las quejas de los titulares "*Que allí lo que hace falta es que los representantes de los titulares lleven ya las soluciones*" y que de muchos casos tienen la culpa los mismos farmacéuticos que no cumplen con su deber. Rojo, B.: "Justificación de mi conducta". *La Farmacia Moderna*. 1933; 44(20): CLIV-CLII.

[857] La UFN entendía que deberían seguir unidos a ellos puesto que las funciones como titular eran secundarias a la función principal del farmacéutico, del modo: "*la función higiénico-sanitaria que, como titular, realizaba el farmacéutico, era una función secundaria. La principal es la genuinamente farmacéutica, y es ésta la que le impone su natural agrupación con los demás farmacéuticos, con los que le unen comunes afectos, aspiraciones e intereses. El matiz que su función de titular le da, no es tan apreciable que justifique su clasificación en un grupo distinto"*. "Ponencia al tema 3° «Reorganización del Cuerpo de farmacéuticos titulares.-Bases para esta reorganización», que presenta a la XVI Asamblea de la «Unión farmacéutica Racional», su Junta directiva". *La Farmacia Española*. 1928; 60(19): 330-331.

[858] No había que olvidar que el nuevo Reglamento, al elevar la función sanitaria de los Titulares y aumentar sus dotaciones, traería como consecuencia un aumento de obligaciones que en el aspecto técnico únicamente significaban trabajo, pero que en el ambiente de los pueblos y en las contingencias de las luchas pueblerinas, podían crearles también situaciones desagradables, ya que no faltarían casos en que sus dictámenes y su actuación como Inspectores trataran de utilizarse como armas políticas. Maestre Ibáñez, M.: "La Asociación de farmacéuticos titulares". *La Farmacia Moderna*. 1932; 43(6): 89-92.

> *mejoramiento de la Sanidad. Vivimos tiempos de solidaridad y cooperación. ¡No permanezca aislado, perjudicaría tus intereses y los de tus compañeros!"*[859]

El día 19 de Agosto de 1934 quedó constituida legalmente **la Asociación Nacional de Farmacéuticos Titulares Españoles** bajo el amparo de la Ley de Asociaciones y con su Reglamento aprobado por el Excmo. Sr. Gobernador Civil de la provincia de Sevilla; estando su Junta ejecutiva formada por Rafael Sánchez Guijosa, como Presidente; Sánchez Belloso, como Tesorero y Carballido, como Secretario[860]. Aunque al principio no fue del agrado de la UFN, terminaría por aceptarla ese mismo mes[861].

Una vez constituida con Asociación Nacional, su primera medida[862] consistió en solicitar un puesto en la Junta Administrativa de la Mancomunidad de Municipios de la provincia al igual que los médicos, de acuerdo a lo reglamentado en la Base 6 de la Ley de coordinación sanitaria de 1934 y así poder defender sus intereses en las mismas.

2.2.2.2.2.3. LA LEY DE COORDINACIÓN SANITARIA DE 1934[863]

> *"(…) Sin embargo, la vida de estos sufridos profesionales ha tiempo viene revistiendo caracteres de tragedia, y no pueden los Poderes públicos oír por más tiempo el clamor que en la calle, en la Prensa y en el Parlamento se levanta a impulsos de una justa indignación, ante los hechos frecuentemente vergonzosos y a veces lamentablemente sangrientos que constituyen motivo bien legítimo de censura popular.*
>
> *El Parlamento unas veces, los Gobiernos otras, han dictado disposiciones encaminadas a asegurar el pago de los haberes de los sanitarios titulares y a procurarles medios de defensa contra las*

[859] Escolar, G.: "Propietarios de la Sanidad: ¡Uníos¡". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(14): CCX-CCXI.
[860] Escolar, G.: "La constitución definitiva de la Asociación Nacional de Farmacéuticos Titulares Españoles". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(16): CCXLVII-CCXLIXII y 45(17): CCLXI-CCLXII.
[861] En la XXII Asamblea de la UFN se expusieron las Conclusiones de la Asamblea de Inspectores farmacéuticos municipales, celebrada en Madrid en los días 5 y 6 de Octubre de 1934 donde se establecía "*Que se organicen, los; Inspectores farmacéuticos municipales, armonizando, la propuesta de la ponencia con el Reglamento de la Asociación, constituida en Sevilla, y siempre dentro de la Unión Farmacéutica Nacional, pero, con la mayor autonomía*". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(20): p CCCXI.
[862] "Asociación Nacional de Farmacéuticos Titulares Españoles: Una solicitud". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(17): CCLXII-CCLXVI.
[863] Ley de 11 de julio de 1934, referente a servicios sanitarios. *Gaceta de Madrid* nº196, de 15/07/1934.

persecuciones y atropellos. Todo fué ineficaz. Los Ayuntamientos en gran número no cumplen sus obligaciones. Los sanitarios no cobran. (…)"[864].

El esfuerzo legislativo de la Segunda República en materia sanitaria tuvo como objetivo principal crear una infraestructura sanitaria con voluntad preventivista, que combinara a su vez las actuaciones curativas y asistenciales con las preventivas y promotoras de la salud y que acabase con el desordenado sector sanitario del país.

El plan republicano para desarrollar esta ambiciosa reforma sanitaria se llevó a cabo en un primer paso con la aprobación en el año 1933 del Decreto[865] por el cual la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, adscrita al Ministerio de la Gobernación, pasaba a depender del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. De esta forma se veía aumentando el perfil de servicio sanitario más cercano a la clase trabajadora, desvinculándolo del de Gobernación con un carácter más policial y represivo, fruto del concepto decimonónico de sanidad. Al mismo tiempo se reforzaba[866] el entramado organizativo de la sanidad rural con la reorganización de los Centros secundarios (comarcales) y primarios (municipales) de Higiene Rural como centros de prevención en dichas zonas[867].

[864] "Proyecto de bases por las que se coordina la actuación sanitaria de los Ayuntamientos, Diputaciones y Estado, y se afianzan los derechos de los profesionales rurales: Situación de los sanitarios rurales". Inserto en: *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(13): CCV.

[865] Decreto de 25 de diciembre de 1933, disponiendo que los servicios, cargos y deberes que dependen en la actualidad de la Subdirección de Beneficencia y Sanidad, adscritos al Ministerio de la Gobernación, pasen a depender del Ministerio de Trabajo. *Gaceta de Madrid* nº360 de 26/12/1933.

[866] Orden Ministerial de 22 de abril de 1932, creando 15 Centros secundarios de Higiene rural. *Gaceta de Madrid* nº 114 de 23/04/1932.

[867] Los farmacéuticos titulares temían que los centros de higiene rural les quitaran sus competencias de análisis clínicos y bromatológicos encomendados a los Inspectores Farmacéuticos Municipales, al establecer el Decreto de 22 de abril de 1932 que "*Las funciones que habrán de desempeñar los jefes de estos Centros, serán las de efectuar por delegación del Inspector provincial de Sanidad todos los trabajos de carácter exclusivamente técnicos encomendados a estos funcionarios*". Además, al ser la función estatal gratuita, no costaba nada, ni al individuo ni el Ayuntamiento puesto que ya contribuían a su sostenimiento y les resolvía los problemas sanitarios de que tenían necesidad, los Ayuntamientos tenían el pretexto muy justificado para suprimir las consignaciones a los farmacéuticos titulares pues ya tienen atendido el servicio. Maestre Ibañez, M.: "Notas de actualidad". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(16): CCXLI-CCXLIII; De la Torre, J.J.H.: "Dispensarios y Centros". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(18): CCLVIII-CCLXXIX y De la Torre, J.J.H.: "Los Centros de Higiene Rural". *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(19): CCXC-CCXCI.

Posteriormente, se presentó al Parlamento el proyecto de ley de coordinación sanitaria[868] por el Ministro médico D. José Estadella Arno bajo unas líneas de actuación concretas: robustecer la organización sanitaria nacional a través de un plan de obras urgentes (Sanatorios, Preventorios, Leproserías, Colonias psiquiátricas, etc.…) que sacase al país del lamentable atraso sanitario; establecer unas normas de colaboración entre el Estado, la Provincia y el Municipio, para una acción sanitaria eficaz que acabase con el estado de anarquía que regía el sistema sanitario español fruto de su descoordinación administrativa; perfeccionar los servicios de asistencia pública médico-sanitaria en el medio rural y resolverse la difícil situación presente de los sanitarios rurales condiciones de trabajo de los sanitarios rurales, cuyas bajas remuneraciones, unido a la falta de puntualidad en el pago por parte de los Ayuntamientos, eran ya objeto de escándalo nacional.

Culminó la aportación legislativa sanitaria con la aprobación de la **Ley de Bases de Régimen Sanitario de 1934**[869]. Con ella se pretendió establecer una mejor organización de los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios llevados a cabo por los Ayuntamientos y las Diputaciones a través de la integración de los servicios sanitarios, creándose en cada Provincia un organismo administrativo que pasaría a denominarse "Mancomunidad de Municipios de la Provincia", obrando en función delegada del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, que asumiría la alta dirección técnica y administrativa de los servicios sanitarios. De este modo, la Sanidad pasaba a ser "*una función pública de colaboración reglada de actividades municipales, provinciales y estatales, bajo la dirección técnica y administrativa del Estado"*, convirtiéndose los municipios en meros agentes subordinados del Estado en relación con la Sanidad. En consecuencia, se aumentó el intervencionismo del Estado tanto en términos administrativos, técnicos como económicos.

[868] "Proyecto de bases por las que se coordina la actuación sanitaria de los ayuntamientos, diputaciones y estado, y se afianzan los derechos de los profesionales rurales". Inserto en: *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(13): CCII-CCVI y 45(15): CCXXIX-CCXL

[869] Apenas sufriría cambios el proyecto de ley de coordinación sanitaria tras el debate parlamentario, cuyos puntos más debatidos fueron su aspecto económico por la posibilidad de gravar las arcas municipales y provinciales y si la Ley representaba o no un ataque a la autonomía de los Ayuntamientos. Townson, N.: "Saneando la sanidad: La ley de coordinación sanitaria de 1934". *Cuadernos republicanos*, 2005; 57:pp25-38.

Con la creación de estas Mancomunidades[870] se intentaba garantizar una adecuada coordinación de los servicios y una fusión de los recursos económicos para la mayor eficacia en sus funciones, facilitando al mismo tiempo a las corporaciones locales una cierta autonomía de funcionamiento destinada a agilizar su gestión, aunque siempre bajo la dirección técnica y administrativa del Estado[871]. Esta Ley, no obstante, supuso un frenazo en la implantación de los centros de higiene para atender los problemas de la Sanidad rural al supeditar a las posibilidades económicas de las Juntas administrativas de las Mancomunidades de Municipios[872] su creación. Una partida de los fondos de esta Junta correspondería a las consignaciones presupuestarias correspondientes a las dotaciones de todos los sanitarios municipales de la provincia, entre los que estaban incluidos los farmacéuticos titulares, y otra correspondería a las consignaciones de los Ayuntamientos por el suministro de medicamentos a enfermos pobres de la Beneficencia municipal.

En este periodo se consolidaría el Cuerpo de Funcionarios Sanitarios, destacándose la tendencia de las labores preventivo-asistenciales y de educación sanitaria. Así, la Ley de bases estableció que, tras un previo informe de los Inspectores municipales de Sanidad, la Mancomunidad emitiría un dictamen acerca de los problemas sanitarios de su provincia, en relación, sobre todo, a la mortalidad y morbilidad y las medidas que estimasen más adecuadas para resolverlos. De este modo, el Ministerio, previo los asesoramientos que considerase oportuno, podría realizar las campañas conducentes para la reducción de dichas mortalidades y morbilidades en el campo y poblaciones del medio rural, a base del aprovechamiento del personal y de los recursos que figurasen en los presupuestos municipales, provinciales y del Estado, en una perfecta coordinación de dichos servicios.

---

[870] A diferencia de las mancomunidades municipales históricas, las nuevas mancomunidades serían obligatorias (a excepción de Madrid y otras ciudades de más de 150000habitantes que estarían excluidas siempre que sus servicios estuviesen bien atendidos, aunque pudieran ingresar de modo voluntario) a diferencia de las históricas que eran voluntarias. Además, éstas se podrían extender a las diputaciones y no solo a los municipios, con el objetivo de mejorar el servicio sanitario tanto a nivel local como provincial. A pesar de los antecedentes históricos, el nuevo concepto de mancomunidad no significaría autonomía para los municipios sino todo lo contrario, al asumir el Estado la alta dirección técnica y administrativa. Ibídem 869.

[871] Ibídem 816; pp35-43.

[872] Los Ayuntamientos mancomunados, por medio de sus Juntas representativas, administrarían sus propios recursos y, además, recursos provinciales y estatales, en una labor de perfecta fusión. "Orden de 24 de julio de 1934, referente a Mancomunidades". Inserto en: *La Farmacia Moderna*. 1934; 45(17):ppCCLXVI-CCLXVIII.

Aunque en esta Ley no se modificaban las clasificaciones de las plazas de los inspectores farmacéuticos municipales de Sanidad, sí que se intentó solucionar la difícil situación profesional por la que pasaban los facultativos de los servicios sanitarios tanto locales como provinciales, faltos de unas garantías mínimas para atender con su trabajo sus necesidades más ineludibles y donde se marcaron las directrices para su desarrollo reglamentario posterior:

Así por ejemplo, correspondería al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión dictar el Reglamento *correspondiente de constitución y régimen del Cuerpo de Farmacéuticos titulares, en el cual se señalen de un modo preciso sus funciones, se determinen las normas de ingreso, se precise la nueva forma de provisión de vacantes, se regule cuanto haga referencia a traslados, licencias, permutas, suspensiones, destituciones, jubilaciones y cuanto se estime conveniente a los fines de la más perfecta organización, en armonía con la importante función pública que constituye su misión. Además cuidará especialmente dicho Reglamento de evitar los múltiples casos de infracciones legales y persecuciones injustas, en las que de continuo interviene la Administración Central, estableciendo la única alzada contra cualquier infracción ante las Autoridades sanitarias, con la más rápida tramitación de los recursos y más perfecta interpretación de los hechos que los motiven* (Base 19 de la citada Ley).

Otro de los problemas para los titulares que contemplaba esta Ley y que intentó ponerle fin fue el del aseguramiento del abono (base 19) y el cobro de los débitos (base 20) de los medicamentos suministrados por ellos, estableciendo que los inspectores de farmacia de cada Municipio debían enviar al Secretario de la Junta Administrativa de la Mancomunidad de Municipios de la Provincia respectiva las cuentas aprobadas por el respectivo Ayuntamiento, dentro de la primera quincena del mes siguiente, de los medicamentos suministrados por dichos funcionarios en períodos mensuales, siendo dicha aprobación garantía suficiente para justificar su abono por la Junta en el mes siguiente de la recepción de la misma.

Aunque la Ley de coordinación sanitaria se concibiera como el primer paso para la transformación total del sistema sanitario del país, la endémica inestabilidad política del segundo bienio republicano, el posterior golpe de estado de 1936 y la inmediata guerra civil impidieron que se llevaran a cabo las siguientes fases de dicho proyecto recogidas en su disposición adicional como era la presentar un proyecto de

Ley para la creación del Ministerio de Sanidad, que llevara a las Cortes la nueva Ley Orgánica de Sanidad que fuese capaz de reestructurar a su vez la organización sanitaria del país[873]. En este contexto, la guerra civil supondría la ruptura del inicio del proceso de construcción de la salud pública española.

2.2.2.2.2.3.1. El Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de 1935[874]

Una vez aprobada por las Cortes la Ley de Coordinación Sanitaria en el año 1934, su ejecución precisó del desarrollo de los Reglamentos que regulaban la actividad de los distintos profesionales sanitarios que realizaban sus servicios en los municipios[875], así como otros Reglamentos que regulasen a los Institutos provinciales de higiene y las relaciones entre las Corporaciones locales y los sanitarios respecto al pago de las atenciones devengadas por éstos.

Este último, denominado **Reglamento económico-administrativo de las Mancomunidades sanitarias provinciales**, establecía la constitución en cada provincia de un organismo que se denominaría mancomunidad sanitaria provincial del que formarían parte la totalidad de los Ayuntamientos de la Provincia y su Diputación Provincial, y al que estarían obligados todos los Ayuntamientos a ingresar del 1 al 5 de cada mes, los haberes de su personal sanitario correspondientes al mes anterior al de la fecha del ingreso y en los quince primeros días del primer mes de cada trimestre, el importe de los medicamentos suministrados a la Beneficencia, previa liquidación de los mismos por las facturas correspondientes aprobadas por las Corporaciones[876].

---

[873] La gran ironía de la Ley de coordinación sanitaria de 1934 fue que, aunque no tuvo mucho impacto en los años de 1930, se convertiría en una de las leyes más longevas de la 2ª República al ser incorporada en la Ley de Bases de Sanidad de 1944 bajo el régimen franquista, perdurando hasta el año 1967. Ibídem 869.

[874] Decreto de 14 de junio de 1935, disponiendo que, a partir del día 1º de Julio próximo, entrarán en vigor en todas las provincias no excluidas por disposiciones anteriores, los Reglamentos que se insertan. *Gaceta de Madrid: Diario Oficial de la República* nº170, de 19/06/1935.

[875] Se desarrollaron, con carácter transitorio, los Reglamentos del Cuerpo de Inspectores farmacéuticos municipales, al Cuerpo de Inspectores veterinarios municipales, al Cuerpo de Odontólogos municipales, al Cuerpo de Practicantes de Asistencia pública domiciliaria y al Cuerpo de Matronas titulares municipales de España. No aparecía el Reglamento de los Médicos de asistencia pública domiciliaria puesto que ya había sido aprobado con carácter definitivo anteriormente a través del Decreto de 29 de septiembre de 1934.

[876] Según el Decreto de 7 de febrero de 1936 (*Gaceta de Madrid* nº 39 de 08/02/1936), en caso de no producirse justificadamente la aprobación de las facturas por parte del Ayuntamiento y por tanto no hacerse efectivos los ingresos en las Juntas en los plazos voluntarios, las Juntas administrativas de las

El cobro de las dotaciones por parte del personal sanitario se produciría a través de la Junta de la Mancomunidad directamente o bien a través de un habilitado, siendo la Junta administrativa de la Mancomunidad la encargada de fiscalizar y apremiar el pago a los sanitarios, que en caso de no haber fondos en los Ayuntamientos, haría responsable subsidiariamente a las Diputaciones con los fondos destinados a la Beneficencia. De esta forma se intentaba asegurar el pago de los haberes a los sanitarios rurales y las atenciones de los Institutos de Higiene.

Respecto a los farmacéuticos, la ejecución de la Ley se realizaría a través del **Reglamento del Cuerpo de Inspectores farmacéuticos municipales**[877], cuya entrada en vigor se realizó a partir de 1 de Julio de 1935, aunque con un carácter transitorio hasta que las Cortes aprobasen una Ley de Sanidad en el que quedasen organizados definitivamente los servicios a que los mismos afectasen, hecho que no llegó a producirse como consecuencia del estallido de la guerra civil española en el año 1936.

Dicho Reglamento sustituyó al anterior Reglamento de servicios farmacéuticos del Ministerio de la Gobernación e Inspectores farmacéuticos municipales (Farmacéuticos titulares), siendo prácticamente igual al anterior introduciendo como principales **novedades**: la constitución del "Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales" al que se le tendría que dotar de un Escalafón propio; la consideración a dicho colectivo farmacéutico como funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Administración local a efectos de la Ley de Coordinación Sanitaria, manteniendo la consideración de autoridad sanitaria; el aumento de las funciones y dotaciones y finalmente, la posibilidad de formar parte como analistas en los Centros secundarios de Higiene.

El **Reglamento** se dividió en diez apartados: I Constitución del Cuerpo; II Obligaciones y servicios de los inspectores Farmacéuticos municipales; III Suministros de medicamentos a la Beneficencia municipal, IV Inspección y toma de

---

Mancomunidades provinciales de Municipios, podrán poner en marcha el procedimiento ejecutivo señalado en el Reglamento de 14 de junio de 1935.

[877] Fue tal la alegría por la aprobación de este Reglamento que entre los acuerdos de orden interior de la
III asamblea de inspectores farmacéuticos municipales de la UFN propusieron: "*Que anualmente se celebre la fiesta del Inspector farmacéutico municipal" en el aniversario de la publicación del reglamento, consistente en una sesión pública en cada pueblo, en la que el Inspector explique su función y los beneficios que de su celoso desempeño reciben los habitantes de aquél*". Inserto en: *El Restaurador Farmacéutico*. 1935; 90(22): 613-614.

muestras para análisis; V Análisis químicos; VI Provisión de vacantes; VII Clasificación de los partidos farmacéuticos y dotaciones mínimas; VIII licencias, permutas, excedencias y sanciones; IX Jubilaciones, pensiones, socorros de inutilización profesional, viudedad y orfandad y X del Habilitado (este último apartado es el que se amplía a diferencia del anterior).

Se sigue entendiendo por "**Partido farmacéutico**" el Municipio o reunión de Municipios concertados (bien en régimen de agregado, como agrupación forzosa o bien como mancomunados) que sostuviesen a un Inspector farmacéutico municipal y se clasificarían en las mismas cuatro categorías, con la diferencia con respecto al anterior en la cuantía que el Municipio o reuniones de municipios debían de satisfacer al Inspector. Así para las de primera sería una dotación mínima de 2750 pesetas anuales; los de segunda categoría 2200 pesetas anuales; los de tercera categoría 1650 pesetas anuales y los de cuarta categoría 1100 pesetas. Aquellas poblaciones de más de 5000 habitantes, tendrán un inspector municipal por cada 10000 o fracción de 10000 (se exceptúa de esta obligación si dispone de más de 10000 habitantes pero dispone de un Laboratorio municipal).

Un punto que ampliaba este Reglamento fue la posibilidad de la utilización de los Habilitados, elegidos por los inspectores farmacéuticos municipales de cada provincia en Junta General, para el cobro de las dotaciones que les correspondiesen y del suministro de los medicamentos a la Beneficencia municipal, fijándose las condiciones de la habilitación.

En dicho Reglamento se creó el "Cuerpo de Inspectores farmacéuticos municipales", el cual estaría integrado por los Farmacéuticos que hubiesen desempeñado una inspección farmacéutica municipal (o interinamente o como regentes durante más de un año), aquellos pertenecientes al antiguo Cuerpo de Farmacéutico Titulares, los que hubiesen desempeñado cargo técnico en laboratorios oficiales de análisis y los que hubiesen practicado el cursillo dispuesto por la Real Orden de 17 de Diciembre de 1930, siendo la modalidad de ingreso en dicho Cuerpo en lo sucesivo por oposición, la cual se celebraría anualmente con arreglo a un programa dictado por la Dirección de Sanidad.

Se considerarían a los Inspectores farmacéuticos municipales como funcionarios técnicos del Estado, a efectos de la Ley de Coordinación Sanitaria con carácter de autoridad sanitaria en el desempeño de su cargo, debiéndose proveer del

correspondiente carnet autorizado esta vez por el Gobernados Civil de la Provincia y registrado por la Inspección provincial de Sanidad y por el Colegio correspondiente como novedad respecto del anterior.

Se establecía un plazo de tres meses por parte del Negociado de inspectores farmacéuticos municipales con el concurso de la Unión Farmacéutica Nacional (Sección de Inspectores farmacéuticos municipales) para la formación del primer escalafón del Cuerpo, correspondiendo a las Jefaturas de Servicios Farmacéuticos provinciales tener a su cargo la organización, provisión de plazas e inspección de los Inspectores farmacéuticos municipales de la provincia.

En cuanto a las **obligaciones y servicios** de los inspectores municipales mantendría las mismas que marcaba el anterior Reglamento 20 de Agosto de 1930 ampliado a:

1. Los farmacéuticos que desempeñasen una inspección farmacéutica municipal siendo regentes de farmacias legales podrán dispensar medicamentos para las familias pobres de la Beneficencia municipal y para el Seguro de Enfermedad.
2. Surtir a las Casas de Socorro y a los Botiquines de su demarcación de los medicamentos que necesiten con carácter de exclusividad.
3. será función del Farmacéutico en cuanto al caso particular de la leche, el control de las condiciones higiénicas de consumo de este alimento.
4. ejercer la inspección y vigilancia de los alimentos de origen vegetal y, en general, ejercerá la inspección y el análisis de aquellas otras substancias o alimentos cuya función esté capacitado científicamente por las disciplinas especiales de su cargo.
5. Inspeccionar y vigilar, donde no exista Subdelegado de Farmacia, las droguerías, los almacenes de drogas, productos químicos y especialidades farmacéuticas y los laboratorios destinados a la elaboración de éstas, por delegación de las Autoridades Sanitarias a quienes compitan esta funciones.
6. Inspeccionar y vigilar también el tráfico, señaladamente el clandestino, de estupefacientes, también por delegación de las Autoridades Sanitarias a quienes compitan esta funciones.

Todos estos servicios tenían que ser realizados en coordinación y dependencia del Instituto Provincial de Higiene correspondiente e Inspección provincial de Sanidad.

Los inspectores farmacéuticos municipales tenían que residir donde su función radicase, no pudiendo ausentarse más de cuarenta y ocho horas sin licencia concedida por la Autoridad competente, teniendo en cuenta que la licencia por enfermedad o por asuntos propios serían las únicas permitidas.

Como novedad para la inspección y la toma de muestra para análisis fue la obligación de los Ayuntamientos para proveer al inspector farmacéutico municipal de los medios de locomoción convenientes cuando la inspección y vigilancia de los almacenes o expendedurías estuviesen radicadas en poblaciones distintas de las que los Inspectores residiesen. Además, en los Centros secundarios de Higiene podrían formar parte como analistas los Inspectores Farmacéuticos municipales, a propuesta del Inspector provincial de Sanidad, si éste lo estimara necesario.

En cuanto al suministro de medicamentos a la Beneficencia municipal, se realizaba de la misma forma llevada a cabo hasta la fecha, con la salvedad de que también podrían solicitar el suministro aquellos farmacéuticos libres de la localidad o del partido farmacéutico que llevasen tres años establecidos en la residencia. Otra diferencia respecto al anterior consistía en las cantidades consignadas para el pago de los medicamentos, que serían ingresadas en las respectivas Mancomunidades, conforme a lo establecido en la Ley de Coordinación Sanitaria de 1934.

Todas **las vacantes** de Inspectores Farmacéuticos municipales se proveían con farmacéuticos inscritos en el Cuerpo de Inspectores por concurso de antigüedad, concurso de méritos o por oposición entre los farmacéuticos pertenecientes al Cuerpo, según lo que acuerde el respectivo Ayuntamiento, ateniéndose en todos los casos a las normas establecidas en el reglamento, siendo la antigüedad estimable la que figure en el Escalafón, acreditándose por la certificación del Negociado correspondiente. La estimación de los méritos para los *concursos* se haría de acuerdo a una escala que fijara el Negociado correspondiente de la Inspección General de Servicios Farmacéuticos. Para la *oposición* se dictaría el programa por la Dirección General de Sanidad.

La modalidad de ingreso al Cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales se realizaría en lo sucesivo por oposición, la cual se debería de celebrar anualmente

con arreglo a un programa dictado por la Dirección de Sanidad, al igual que para la provisión de vacantes cuando los Ayuntamientos respectivos acordasen adoptar dicho procedimiento.

Otra novedad fue la incorporación de los Inspectores con carácter de interino, que serían nombrados libremente por las Corporaciones municipales de entre los que perteneciesen a dicha organización no pudiendo exceder de un periodo de seis meses, cesando en la interinidad una vez hubiese tomado en posesión el nombrado para el cargo en propiedad.

El programa para las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales se aprobó por una Comisión en noviembre de 1935[878], incluyéndose como bloques:

1. *Legislación Farmacéutica*: Básica y complementaria, requisitos para la instalación de una farmacia, inspección de droguerías, almacenes de drogas, productos químicos, especialidades farmacéuticas y laboratorios dedicados a la preparación de éstas, inspección sobre estupefacientes y los inspectores farmacéuticos municipales.
2. *Defensa en caso de guerra química*: Gases de guerra, vesicantes, fumígenos, incendiarios, reacciones detectoras de los gases, la protección individual, la protección colectiva, desinfección química, desinfección física, desinfección por vapor de agua, desinsectación, desratización, depuración de las aguas potables y depuración de aguas residuales.
3. *Análisis Bromatológicos*: Aguas, hielo, leche, quesos, aceite de oliva, harina, pan, pastas alimenticias, vino, cervezas, sidra, vinagre, alcoholes, aguardientes, licores, café, té, cacao y chocolates, achicoria, jarabes, agua y bebidas gaseosas, azúcar, glucosa y azúcar invertido, miel, productos de confitería, sal de cocina, azafrán, mostaza, pimentón, clavo, pimienta, conservas alimenticias, carnes y derivados, materias colorantes, utensilios relacionados con la alimentación, reconocimiento de frutas, leguminosas y verduras,

[878] Orden de 21 de noviembre de 1935, aprobando el Programa, que se inserta, para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos municipales. *Gaceta de Madrid: Diario Oficial de la República* nº326, de 22/11/1935. Véase **Apéndice 1.**

identificación botánica de hongos comestible y su distinción de las venenosas.

4. *Análisis Clínicos*: Orina, heces fecales, contenido gástrico, esputos, sangre, líquido cefalorraquídeo, autovacunas, pus, pelos, uñas y escamas y reacciones inmunológicas.

Además del programa, se incluiría las normas para efectuar los ejercicios de examen de ingreso en el Cuerpo, los cuales constaban de dos ejercicios, uno teórico en forma oral mediante la extracción de dos bolas (temas) y otro práctico que tendría por objeto resolver dos problemas relacionados con los temas sacados ala azar, siendo necesariamente uno de análisis bromatológico y el otro de análisis clínicos.

En cuanto a las sanciones, a diferencia del Reglamento anterior, la vigilancia de la conducta de todos los inspectores municipales de la provincia se realizaría a través de la constitución de una Comisión Disciplinaria, que sería presidida por el Inspector provincial de Sanidad en lugar de un miembro de la Corporación Municipal. Esta Comisión de Disciplina vigilaría la conducta de todos los Inspectores farmacéuticos municipales de la provincia, instruiría los expedientes de sustitución y destitución y podría imponer, previa audiencia del interesado, multas hasta de quince días de haber.

2.2.2.2. LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL SIGLO XX:

SEGUNDA ETAPA (1936-1975)

2.2.2.2.1. INTRODUCCIÓN:

La segunda etapa de la historia de la Salud Pública española durante el siglo XX va a transcurrir a lo largo del régimen franquista y va a estar marcada por el retroceso y el estancamiento en la práctica y teorías sanitarias[879], lo que va a provocar la ruptura del proceso de construcción de la salud pública española que había empezado a principios del siglo XX.

Desde el *punto de vista político*, este período empezaría con el estallido de la guerra civil española en el año 1936 y seguiría con el posterior triunfo de los sublevados en el año 1939 a través del cual el régimen franquista se hizo con todo el poder, iniciándose una larga dictadura fascista conocida como Franquismo que duraría hasta la restauración de la democracia en año 1975.

Desde el *punto de vista sanitario*, el estallido de la guerra civil supondría la paralización de los intensos procesos de reformas en salud pública llevados a cabo durante la II República, en especial, aquellos que buscaban llevar la sanidad al mundo rural a través de la construcción de centros de higiene locales y comarcales, provocando la desaparición de la estructura comarcal sanitaria existente, limitándose ésta al ámbito provincial y central. Durante el trascurso de la guerra civil se priorizó preferentemente satisfacer las necesidades de sueros y vacunas, la lucha contra las enfermedades venéreas y la lucha antipalúdica. Al acabar la contienda, los esfuerzos sanitarios se centraron en controlar la grave situación sanitaria de aumento de la mortalidad provocada por las enfermedades infectocontagiosas a través de la lucha contra la irrupción y extensión de las tres grandes epidemias, viruela, tifus exantemático y la difteria, además de la lucha frente a la tuberculosis, la mortalidad infantil y el paludismo, concordantes con el deterioro de las condiciones de vida existentes en la posguerra[880].

[879] Ibídem 4; pp25-47.
[880] Marset Campos, P., Sáez Gómez, J. M. & Martínez Navarro, F.: La salud pública durante el franquismo. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medin'nae Sciatiarumque Histonam Illustrandam*; 1995; 15:211-250.

Desde el *punto de vista científico*, se va a producir un retroceso hacia las concepciones de principios de siglo XX, favorables a la integración de la higiene y la microbiología, abandonando la dimensión social preventivista y las nuevas corrientes epidemiológicas y de administración sanitaria que se estaban imponiendo en otros países europeos[881].

Desde el *punto de vista de la administración sanitaria*, se mantendría la organización sanitaria existente durante la IIª República después de la Guerra Civil, si bien, se inició un lento pero progresivo declive cuyos primeros impactos fueron la crisis de la Escuela Nacional de Sanidad, con un creciente deterioro de los recursos humanos, un envejecimiento de los servicios médico-preventivos y una escasez de recursos materiales, humanos y presupuestarios, acrecentándose además con las carencias de equipos de investigación, la destrucción del Instituto Nacional de Higiene y la muerte y el exilio de numerosos profesionales fruto de la depuración política producida tras la guerra[882].

Desde el *punto de vista legislativo*, como hechos normativos más significativos en este período se destacarían la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1944; la promulgación de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 y aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.)[883].

> *"Para la organización del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en 1942, fue fundamental la participación de los médicos y farmacéuticos titulares, de quienes se habían ido dotando los municipios españoles durante el siglo XIX (…)*".[884]

Acabada la guerra Civil e instaurada la dictadura franquista, el desarrollo de las áreas socio-políticas fue encargado al sector falangista, grupo más ideológico de entre las facciones que conformaban el franquismo, en detrimento del sector

[881] Ibídem 880; pp. 211-250.
[882] Ibídem 38; pp 98-99.
[883] Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad (B.O.E. nº 361 de 27/12/1942). Apenas un año más tarde se desarrolla el mismo a través del Decreto de 11 de noviembre de 1943, a través del cual se aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley del Seguro de Enfermedad (*B.O.E*. nº 332 de 28/11/1943).
[884] María Gloria Redondo recalcó la importancia que habían tenido los facultativos titulares en la implantación del seguro obligatorio de enfermedad en la conclusión 5ª de su Tesis Doctoral. Redondo Rincón, Mª G. *El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2013.

católico-militar, que se encargaría de los aspectos preventivistas. Dicho desarrollo se llevó a cabo a través del Ministerio de Trabajo, que incluyó en su organigrama al Instituto Nacional de Previsión para controlar los aspectos asistenciales y dar continuidad así a los programas de los seguros sociales preparados anteriormente durante la IIª República[885], siendo una de sus primeras medidas sacar adelante la Ley de creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en el año 1942, dejando completamente al margen a la Dirección General de Sanidad. Este Seguro Obligatorio de Enfermedad quedó a cargo del Instituto Nacional de Previsión como entidad aseguradora única, cuyos recursos estuvieron constituidos por la aportación del Estado, de los trabajadores, empresarios y los del propio Seguro.

La atención asistencial, médica y farmacéutica llevadas a cabo tuvieron una finalidad sanitaria y un fin político, ganar la opinión favorable de los trabajadores hacia el Régimen franquista al aumentar el colectivo de beneficiarios y así poder legitimarse ante los trabajadores.

Entre las principales consecuencias de la puesta en marcha del SOE destacaron la baja producción científica en materia de salud; la duplicidad inicial de las redes asistenciales y su posterior separación entre las tareas asistenciales y terapéuticas y las tareas preventivas y promotoras; la configuración de un modelo de funcionamiento basado en el autoritarismo, el centralismo y la jerarquización, asentado en una ideología fascista y el excesivo crecimiento de la recaudación a un ritmo superior al de los gastos[886].

La mejora de la situación epidémica de la década de 1950, el debilitamiento de la estructura de la Dirección General de Sanidad en la década de 1960 y la fuerte recaudación que supuso la implantación del SOE, supusieron el declive del modelo de la medicina social levantado en las tres décadas anteriores y el triunfo de los seguros sociales sobre los aspectos salubristas. La escasa relevancia que se le dio a la salud pública, provocó en los facultativos titulares la priorización de sus obligaciones clínicas en detrimento de sus funciones inspectoras de la salubridad, muy sometidas a las autoridades políticas[887].

[885] El propio Reglamento del Cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales de Sanidad de 1935 (artículo 9ºb), ya contemplaba entre las obligaciones de los inspectores, la dispensación de medicamentos para las familias pobres de la Beneficencia y, en su día, para el Seguro de Enfermedad.
[886] Ibídem 4; p 43.
[887] Ibídem 38; p 105.

Respecto al ámbito farmacéutico, se comenzó a proporcionar a los obreros fijos en el año 1944 la prestación farmacéutica del seguro obligatorio de enfermedad[888] y la asistencia de medicina general, siendo éstas las primeras prestaciones sanitarias previstas en el Reglamento. Ese mismo año también se realizó el convenio entre el Instituto Nacional de Previsión y el Consejo General de Colegios Farmacéuticos para garantizar dicho servicio a cargo de todas las farmacias, con una tarifa reducida, especial para el Seguro[889].

Unos años más tarde se aprobó el primer Petitorio de medicamentos y productos farmacéuticos que podrían recetarse a los beneficiarios del seguro de enfermedad, cuyo documento serviría de base para la suscripción de los conciertos entre la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad y los laboratorios farmacéuticos. Aunque se aprobó en 1951, no se implantó hasta el 1 de enero de 1954 a la par que se revisó el Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio[890].

A finales del año 1966[891] se suprimió el Petitorio y el Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio después de haberse aprobado la libertad de prescripción en materia farmacéutica a través de la Ley de la Seguridad Social de 1966 y establecidos los casos en que los beneficiarios tendrían que participar del pago en el precio de los medicamentos[892].

---

[888] Según el artículo doce de Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad: "*el seguro proporcionará a sus beneficiarios la asistencia farmacéutica necesaria hasta un plazo máximo de veintiséis semanas por año para los asegurados y de trece para sus familiares mientras se presta la asistencia médica y sin otras restricciones que las de no servir otros específicos que los incluidos en un petitorio revisable periódicamente*".

[889] El propio artículo 32 de la Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad, establecía que "*si no se llegara a un acuerdo en el plazo de dos meses, a partir del comienzo del Seguro, el Instituto Nacional de Previsión podrá establecer farmacias propias, y el Ministerio de Trabajo, oyendo a la Dirección General de Sanidad y a la Entidad aseguradora, fijará la tarifa obligatoria para las localidades en que no las haya*". Por ello, teniendo en cuenta esta previsión legal, la organización farmacéutica tuvo que comenzar, sin demora, los trabajos para suscribir el convenio.

[890] Redondo Rincón, Mª G. y González Bueno, A.: La implantación de la prestación farmacéutica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944-1955). *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*. 2013; 79(4): pp658-688.

[891] Según el artículo dos del Decreto 3157 de 23 de diciembre de 1966, por el que se regula la dispensación de las especialidades farmacéuticas en el Régimen General de La Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº312 de 30/12/1966.

[892] Artículos 106 y 107 del Decreto 907 de 21 de abril de 1966, por el que se aprueba el texto articulado primero de la Ley 193 de 28 de diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº96 de 22/04/1966.

La Ley de bases de Sanidad Nacional de 1944[893]

Aunque la Ley de Bases de la Sanidad Nacional fue la segunda Ley de Sanidad promulgada en España, no fue nunca desarrollada ni articulada por el Gobierno, salvo algunas disposiciones menores, cuyos objetivos principales se limitaron a la coordinación de las actuaciones sanitarias diseminadas y al desarrollo de una labor de protección sanitaria ante el peligro de las enfermedades infecciosas a través de acciones preventivas e interventoras, pero sin incluir las nuevas directrices epidemiológicas y sanitarias en vigor antes de la Guerra Civil.

Se seguía manteniendo el concepto decimonónico de que la Sanidad era responsabilidad del Estado, asumiendo la Dirección General de Sanidad, como máximo órgano sanitario del Ministerio de la Gobernación, la responsabilidad pública de la prevención, quedando la función asistencial al margen y a cargo del Instituto Nacional de Previsión dependiente del Ministerio de Trabajo. A su vez, la Ley de bases iba a mantener el modelo republicano de la organización de los servicios sanitarios a nivel provincial y municipal, aunque tratando de mejorar la sanidad del medio rural a través de unos aumentos de las funciones de los centros de higiene primarios y secundarios.

Los servicios sanitarios del Estado iban a depender del Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad y de un Consejo Nacional de Sanidad que actuaría como órgano consultivo y asesor de los problemas sanitarios. Toda esta estructura iba a girar en torno a las tres profesiones sanitarias: Medicina, Farmacia y Veterinaria.

La Ley de bases de la Seguridad Social 1963[894]

El objetivo de dicha Ley fue la reestructuración y ordenación general de los distintos sistemas asistemáticos clásicos de previsión y seguros sociales existentes en aquella época (seguro obligatorio del retiro obrero, de enfermedad, de vejez e invalidez, de maternidad, de enfermedad, etc…), integrándolos en un sistema orgánico unitario denominado Seguridad Social, cuyo fin último sería el garantizar a las personas incluidas en la norma, a sus familiares o asimilados que tuviesen a su

[893] Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. *Boletín Oficial del Estado* nº331 de 26/11/1944.
[894] Ley 193 de 28 de diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº96 de 22/04/1966.

cargo, la protección social adecuada en las contingencias y situaciones establecidas. Esta Ley de Bases va a determinar el cambio de una asistencia sanitaria orientada a los trabajadores económicamente débiles propugnada por el Seguro de Enfermedad a una asistencia sanitaria de la población activa[895]. Los farmacéuticos titulares se encontrarían comprendidos en el sistema de la Seguridad Social dentro del régimen especial[896].

Aunque la Ley de Bases de la Seguridad Social empezó a tener efectos a comienzos del año 1967 una vez publicado el Decreto[897] por el que se aprobaba el texto articulado de la ley de Bases de la Seguridad Social, necesitó desarrollarse posteriormente por una multitud de normas para que tuviese una efectividad real, especialmente en materia de afiliación y cotización, en materia de prestaciones (jubilación, desempleo, muerte y supervivencia, incapacidad temporal, protección a la familia…), asistencia sanitaria, asistencia social, etc…[898], lo que conllevó a tener que publicar en el año 1974 un texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social[899].

Desde el punto de vista de la prestación farmacéutica, se procedió a la supresión del Petitorio y del Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio después de haberse aprobado la libertad de prescripción de los facultativos encargados de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, estableciéndose los casos en que los beneficiarios tuviesen que participar del pago en el precio de los medicamentos. La asistencia farmacéutica comprendía las fórmulas magistrales, especialidades y efectos y accesorios prescritos por dichos facultativos[900]. También

[895] Posteriormente, la Ley General de Sanidad de 1986, comportaría otro punto de inflexión en el tema de la asistencia sanitaria: el derecho a la asistencia en la enfermedad nacido de una vinculación laboral se va a transformar en derecho a la salud por el hecho de ser ciudadano español. Hernández de Troya, Mª. Vª.: L*a prestación farmacéutica del sistema nacional de salud*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 1998.

[896] Real decreto 2649 de 29 de septiembre de 1978, por el que se incorporan al Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos a los Farmacéuticos, titulares de oficinas de farmacia. *Boletín Oficial del Estado* nº 268 de 09/11/1978.

[897] Decreto 907 de 21 de abril de 1966, por el que se aprueba el texto articulado primero de la Ley 193 de 28 de diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº 96 de 22/04/1966.

[898] Quintero Lima, Mª G.: *La Seguridad Social en España. Evolución histórica*. Universidad Carlos III de Madrid.

[899] Decreto 2065 de 30 de mayo de 1974, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº 173 de 20/07/1974.

[900] Artículos 106 y 107 del Decreto 907 de 21 de abril de 1966, por el que se aprueba el texto articulado primero de la Ley 193 de 28 de diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº96 de 22/04/1966.

se reguló la responsabilidad de los farmacéuticos en su actuación en la Seguridad Social[901].

2.2.2.2.2. REGULACIÓN NORMATIVA DE LOS FARMACÉUTICOS TITULARES:

2.2.2.2.2.1. El Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Titulares:

Acabada la guerra civil con el triunfo de los sublevados, se produjo la correspondiente depuración de los funcionarios públicos[902] que se encontraban en los territorios liberados, entre los que se incluían los facultativos titulares: médicos de asistencia pública domiciliaria, farmacéuticos, matronas y practicantes. De la investigación de la conducta de estos funcionarios en relación con el Movimiento Nacional iba a depender su destino, que podría variar desde su readmisión sin imposición de sanción[903] hasta la incoación de un expediente con la imposición de una sanción que podría conllevar a su separación definitiva del servicio[904].

---

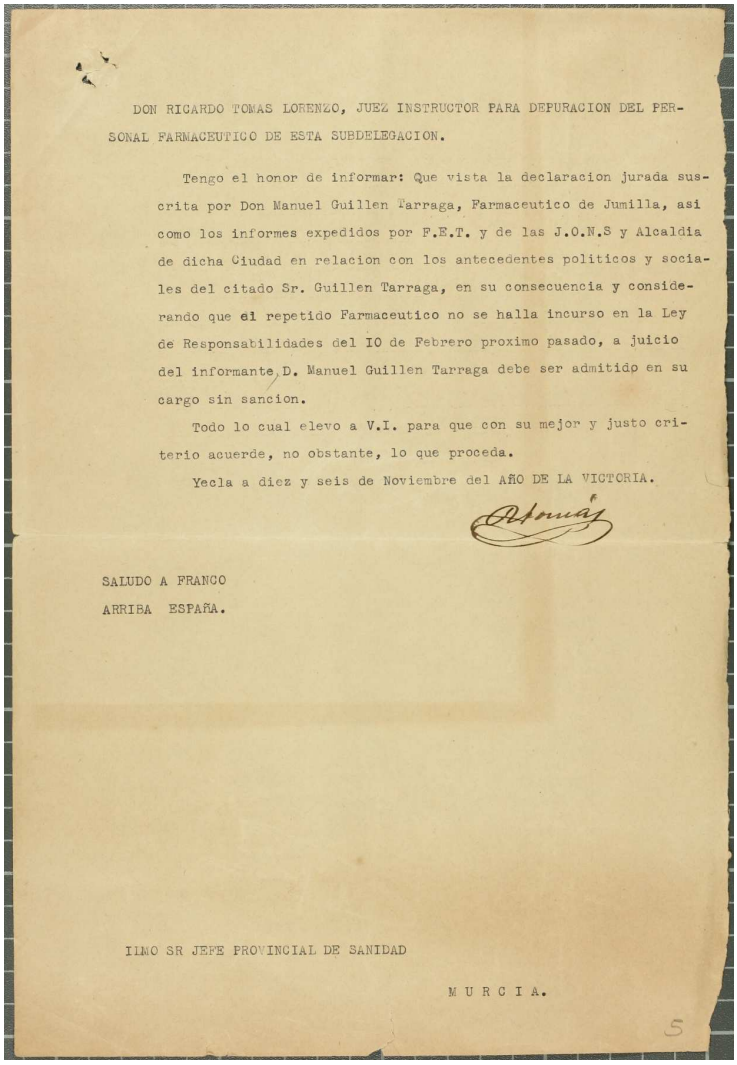
[901] Real Decreto 1410 de 17 de junio de 1977, por el que se desarrolla lo dispuesto en el artículo 125 de la Ley General de la Seguridad Social sobre las faltas y sanciones a los farmacéuticos titulares de las oficinas de farmacia en su actuación en la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº148 de 22/06/1977.

[902] Se calcula que el proceso de depuración política afectó al 25% del personal sanitario funcionario. Barona, J.L. y Bernabeu-Mestre, J. *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Universidad de Valencia, 2008.

Ramírez Muñoz establecía que la mayor parte de los puestos de trabajo en la administración Pública española durante la etapa 1936-1942 se asignaron en concepto de premio a los que formaron parte del bando que resultó ganador en la Guerra Civil, considerando que "*la provisión de puestos de trabajo en la organización administrativa la España nacionalista, puede considerarse como un acto de represión política, ya que en dicha organización no tienen cabida quienes permanecieron fieles a la República. El nuevo Estado sólo admitía en su máquina burocrática a aquellos que lucharon junto a los sublevados y un puesto de trabajo en los servicios públicos como pago, constituyó en la mayoría de los casos la lógica compensación para el vencedor*". Muñoz Ramírez, M.: El empleo público como recompensa en la posguerra española". *Boletín Millares Carlo*, 1993, nº12, pp119-128.

[903] Según las bases de datos del Archivo General de la Región de Murcia, se produjeron en la Provincia de Murcia, 30 expedientes de depuración de inspectores farmacéuticos municipales con el resultado de readmisión sin imposición de sanción. Los expedientes de depuración pertenecen a: Justo Martínez Corbalán y Martínez, Juan Moya Marín, Fausto Antonio Bañón Garrido, Pedro Galera Soler, Francisco Atienza García, José Oliva Gauche, José María López Leal, Ricardo Tomás y Lorenzo, Alfonso Pérez Piñero, Salvador Figueroa Fernández, José María García González, Juan del Pozo y del Pozo, Ricardo Barado Calzada, Pedro Ignacio Sánchez Yúfera, Luis Sánchez Caparros, José Antonio Saura Ballesta, Francisco Ayala Lorente, Juan Moreno Sánchez-Portán, Faustino Arcas Quirós, Jesús Martínez García, José Gómez López, Juan Gil Lorente, Moisés del Amor Marsilla, Carlota Pomares Moya, Antonio Mago Ortega, José Azorín Fornet, Juan Humer Sevilla, Joaquín Rosique Conesa, Manuel Guillén Tárraga y Juan Molina García. Documentación relativa a expedientes de depuración de funcionarios sanitarios. Años 1939-194l. *Archivo Provincial de Murcia*, código de referencia 136.3.1.

[904] La depuración de los funcionarios públicos de los territorios liberados se realizaba de acuerdo a la Ley de 10 de febrero de 1939 (*B.O.E.* nº73 de 14/02/1939), por la que se fijaban las normas para la



DON RICARDO TOMAS LORENZO, JUEZ INSTRUCTOR PARA DEPURACION DEL PERSONAL FARMACEUTICO DE ESTA SUBDELEGACION.

Tengo el honor de informar: Que vista la declaracion jurada suscrita por Don Manuel Guillen Tarraga, Farmaceutico de Jumilla, asi como los informes expedidos por F.E.T. y de las J.O.N.S y Alcaldia de dicha Ciudad en relacion con los antecedentes politicos y sociales del citado Sr. Guillen Tarraga, en su consecuencia y considerando que el repetido Farmaceutico no se halla incurso en la Ley de Responsatilidades del IO de Febrero proximo pasado, a juicio del informante, D. Manuel Guillen Tarraga debe ser admitido en su cargo sin sancion.

Todo lo cual elevo a V.I. para que con su mejor y justo criterio acuerde, no obstante, lo que proceda.

Yecla a diez y seis de Noviembre del AÑO DE LA VICTORIA.

SALUDO A FRANCO
ARRIBA ESPAÑA.

IlMO SR JEFE PROVINCIAL DE SANIDAD

M U R C I A.

Figura 3: Resolución del expediente de depuración del farmacéutico Manuel Guillén Tárraga. (Fuente: *Archivo General de la Región de Murcia.* Código de referencia SANIDAD, 8690/1,29.)

depuración de funcionarios públicos, de modo que todos los funcionarios liberados tenían que presentar ante la Junta Provincial del Cuerpo o Servicio al que pertenecían, una declaración jurada donde se tenía que especificar una serie de datos, quedando suspensos en sus cargos hasta que terminase su expediente. Una vez instruido el expediente y comprobados los hechos y conducta del funcionario, el instructor formulaba la propuesta de resolución que podía llegar a ser desde la admisión sin imposición de una sanción hasta la incoación de un expediente para imponer la sanción que procediese y que podría conllevar desde el traslado forzoso , con prohibición de solicitar cargos vacantes durante un período de uno a cinco años, la postergación desde uno a cinco años, la inhabilitación para el desempeño de puestos de mando o confianza o bien la separación definitiva del servicio.

Dado el número tan elevado de funcionarios sanitarios que presentaron dicha declaración y la necesidad de que se reintegrasen rápidamente a sus puestos aquellos funcionarios que lo merecían por sus antecedentes y conducta, el Ministerio de la Gobernación tuvo que dictar una Orden para autorizar al Jefe de Servicio Nacional de Sanidad para delegar en los Jefes Provinciales de Sanidad la facultad de ordenar la práctica de nuevas diligencias y de proponer acuerdo en las informaciones de depuración de médicos, farmacéuticos, practicantes y matronas titulares (Orden de 2 de agosto de 1939, *B.O.E.* nº 215 de 03/08/1939). A estos funcionarios no se le aplicaba la Orden de 12 de marzo de 1939 (*B.O.E.* nº73 de 14/03/1939) sobre depuración de funcionarios de la Administración local en relación con el movimiento Nacional puesto que, aunque correspondía a las Corporaciones locales su nombramiento y el pago de su retribución, estos funcionarios titulares eran funcionarios del Estado, sujetos a la Ley 10 de febrero de 1939.

Después de esta depuración, los farmacéuticos titulares continuaron trabajando en pro de la sanidad rural con más o menos intensidad hasta que se produjo la publicación del nuevo marco legislativo en el año 1944 a través de la Ley de Bases de Sanidad Nacional y su posterior desarrollo a través del Reglamento del personal sanitario local en el año 1953[905].

Una vez terminada la Guerra Civil, la urgente necesidad de ocupar las plazas vacantes de los inspectores farmacéuticos municipales y al mismo tiempo facilitar a los excombatientes farmacéuticos el acceso a las mismas con carácter definitivo teniendo en cuenta lo preceptuado en la Ley de 25 de agosto de 1939[906], llevó al Director General de Sanidad a publicar una Orden[907] en el año 1939, en la que se instaba a las Jefaturas provinciales de Sanidad al envío de los datos relativos a todas las plazas vacantes o no provistas en propiedad[908] para poder sacarlas a oposición una vez estuviese publicado el escalafón provisional de inspectores farmacéuticos municipales.

Había que tener en cuenta que las vacantes existentes el 18 de julio de 1936 en los Ayuntamientos donde hubiese establecida antes de esa fecha farmacia, se tendrían que proveer por concurso de antigüedad, méritos u oposición restringida entre los farmacéuticos pertenecientes al Cuerpo y establecidos en aquella fecha en la localidad. En cambio, se tendría que realizar por el procedimiento ordinario si no existiesen farmacéuticos que reuniesen dichas condiciones. Quedaría también en

[905] Parrilla Valero, F.: Las funciones desempeñadas por los farmacéuticos titulares en la provincia de Valencia en el año 1954. *Ars Pharmaceutica*. 2003; 54(1): pp24-32.

[906] La Ley de 25 de agosto de 1939, sobre la provisión de plazas de la Administración del Estado con mutilados, excombatientes y excautivos (*Boletín Oficial del Estado* nº244 de 01/09/1939) amplió la reserva del 50% para los excombatientes según el Decreto de 12 de marzo de 1937, al 80% para los mutilados, excombatientes, excautivos y personas de la familia de las víctimas de la guerra, de tal forma que, dichas vacantes a fecha de 18 de julio de 1936 o producidas desde esa fecha en las categorías inferiores de las plantillas de los diferentes servicios de los Ministerios, Diputaciones, Municipios y Corporaciones o entidades que realizasen, explotasen o fuesen concesionarias de servicios públicos, se tendrían que anunciar en concurso u oposición, según procediera reglamentariamente, con carácter restringido. Se tendría en cuenta la obligación de la posesión de los títulos facultativos o universitarios indispensables para cubrir las vacantes en los escalafones de aquellos Cuerpos que los necesitasen.

[907] Orden de 25 de noviembre de 1939, disponiendo se proceda con toda urgencia posible a la publicación en el Boletín Oficial del Estado del anuncio de las plazas vacantes de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº330 de 26/11/1939.

[908] Los datos que tenían que consignar las Jefaturas Provinciales de Sanidad de cada plaza vacante o no provista en propiedad eran: el Partido Farmacéutico que integra la plaza, la causa de la vacante, la clasificación de la vacante, su dotación, el número de familias de la Beneficencia Municipal que tiene asignada, el censo de la población y la certificación del acuerdo del Ayuntamiento y el anuncio del concurso, si ha de ser provisto por ese procedimiento.

suspenso la concesión a los inspectores farmacéuticos municipales de excedencias voluntarias[909].

2.2.2.2.2.1.1. El escalafón del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales

Para proceder a formar ese escalafón provisional, el Ministro de la Gobernación dictó una Orden[910] en el año 1939 para que una Comisión terminase de confeccionar el Escalafón provisional del Cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales que había sido empezado a su vez por otra Comisión en el año 1935, computando los servicios prestados hasta la fecha del 31 de diciembre de 1935. Además, se abrió la posibilidad de incluir en el Cuerpo[911] a aquellos titulares de las provincias de Barcelona, Tarragona, Lérida y Gerona que tuviesen derechos adquiridos con anterioridad al 15 de septiembre de 1932 por no haberles afectado la ley de coordinación sanitaria[912].

Unos meses después, se publicaría otra Orden[913] abriendo un nuevo plazo de tres meses para que todos aquellos farmacéuticos que hubiesen desempeñado en propiedad una inspección farmacéutica municipal por nombramiento anterior al 13 de julio de 1936 pudiesen solicitar su ingreso en el Escalafón, además de los opositores aprobados en las oposiciones dispuestas a través de la Orden de 25 de noviembre de 1939.

---

[909] Resolución de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad de 25 de febrero de 1939, suspendiendo la concesión de excedencias voluntarias a los inspectores farmacéuticos municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº57 de 26/02/1939.

[910] Orden de 25 de noviembre del año 1939, disponiendo la creación de la Comisión Técnica, que se cita, con iguales atribuciones que la creada por Orden Circular de 30 de julio de 1935, con el fin único de terminar la confección del escalafón provisional del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº330 de 26/11/1939.

[911] Orden de 24 de mayo de 1940, por la que se dispone la forma en que quedará constituido el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos municipales y escalafón de dicho Cuerpo. *Boletín Oficial del Estado* nº163 de 11/06/1940.

[912] A través de la Orden de 29 de enero de 1941, por la que se aprueba la inclusión en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de los señores que se relacionan (*Boletín Oficial del Estado* nº31 de 31/01/1941), se incluirían dentro del Cuerpo el nombre y apellidos y el tiempo de servicios prestados de todos aquellos inspectores farmacéuticos municipales acogidos a los beneficios del artículo 5 de la Orden de 24 de mayo de 1940.

[913] Orden de 30 de septiembre de 1940, por la que se concede un plazo para solicitar su ingreso en el Escalafón del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº280 de 06/10/1940.

Finalmente fue a través de una Orden Circular[914] del año 1942 cuando el Cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales se dotó por primera vez en su historia de Escalafón propio definitivo. Dicho Escalafón, publicado por la Dirección General de Sanidad en el Boletín Oficial del Estado[915], contó con la inclusión de un total de 3398 farmacéuticos que desempeñaron en propiedad inspecciones farmacéuticas municipales y que habrían justificado sus servicios prestados a fecha de 31 de diciembre de 1940, de acuerdo con lo preceptuado en el Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales del año 1935[916].

2.2.2.2.2.1.2. El ingreso al Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales (IFM)

Una vez depurados los farmacéuticos titulares tras la finalización de la guerra civil, el ingreso al Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de aquellos farmacéuticos que lo desearan y no les hubiera alcanzado o no hubieran hecho uso de los derechos que les concedía el artículo 2 del Reglamento del Cuerpo de 1935 teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley de 25 de agosto de 1939, se tendría que realizar por la Dirección General de Sanidad a través de la convocatoria de oposiciones, las cuales se tendrían que convocar anualmente con arreglo a un programa dictado por la propia Dirección General.

Dichas oposiciones fueron convocadas 13 veces en un periodo comprendido entre los años 1939, en el que se publica la Orden de 25 de noviembre y el año1953 en el que se produjo el desarrollo de la Ley de Bases de Sanidad Nacional a través del Reglamento de personal sanitario local.

La forma de llevar a cabo el proceso de oposición para el ingreso en el Cuerpo de IFM consistía en la convocatoria de una oposición por la Dirección General de Sanidad a través de una Orden publicada en el Boletín Oficial del

[914] Orden circular de 24 de febrero de 1942, por la que se aprueba la propuesta de la Dirección General de Sanidad y se declara vigente el Escalafón del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales con referencia a 31 de diciembre de 1940. *Boletín Oficial del Estado* nº 77 de 18/03/1942.

[915] Escalafón del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado*: Suplemento al número 77. Fascículo único de 18/03/1942.

[916] Posteriormente se modificaría el Escalafón a través de la Orden de 25 de Abril de 1945, por la que se aprueba la inclusión en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales a los señores que se relacionan (*Boletín Oficial del Estado* nº 121 de 01/05/1945), de conformidad con lo dispuesto en la Orden de 2 de octubre de 1944.

Estado[917] en el que incluía como condiciones de los aspirantes el de ser españoles, licenciados o doctores en Farmacia, ser afectos al Régimen[918] y carecer de antecedentes penales.

El ejercicio de oposición se llevaría a cabo a través de la realización de dos ejercicios. Un ejercicio teórico oral consistente en disertar sobre dos temas sacados a suerte por bolas, una correspondiente a los temas del 1 al 11 y otra del 12 al 21, ambos inclusive, entre los temas del programa aprobado por la Dirección General de Sanidad a través de una Orden Ministerial, mientras que el ejercicio práctico consistiría en la resolución de dos problemas relacionados con los temas sacados a suerte, que tendrían que corresponder necesariamente: uno, con un análisis bromatológicos y el otro, con un análisis clínico, teniendo que redactar sobre él una memoria explicativa de los procedimientos seguidos y deducciones sobre el análisis practicado. Ambos ejercicios tenían que ser leídos ante un Tribunal, el cual, señalaría un mínimo para el ingreso sin limitación de plazas.

A partir de la convocatoria de oposiciones del año 1944 se cambiaría el sistema de oposición y el programa, estableciéndose en tres los ejercicios de oposición: uno escrito, otro oral y finalmente uno práctico, consistiendo este último en la resolución de problemas de análisis clínico y bromatológico.

El Tribunal encargado de juzgar las oposiciones[919] para el ingreso en el Cuerpo de IFM lo nombraba la Dirección General de Sanidad y tenía que estar presidido por el Inspector General de Servicios Farmacéuticos o el Subinspector, por delegación del Director General de Sanidad, completándose con un catedrático de la Facultad de Farmacia, un Jefe de Servicio farmacéuticos provinciales, un

[917] Las 13 convocatorias de oposición para el ingreso en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales en el período citado se produjeron a través de las Órdenes de: 10 de julio de 1940 (*B.O.E*. nº 193 de 11/07/1940); 6 de marzo de 1942 (*B.O.E*. nº 69 de 11/07/1942); 24 de febrero de 1943 (*B.O.E*. nº 60 de 01/03/1943); 31 de julio de 1944 (*B.O.E*. nº 219 de 06/08/1944); 13 de agosto de 1945 (*B.O.E*. nº 230 de 18/08/1945); 17 de julio de 1946 (*B.O.E*. nº 202 de 21/07/1946); 23 de junio de 1947 (*B.O.E*. nº 193 de 12/07/1947); 19 de julio de 1948 (*B.O.E.* nº 207 de 25/07/1948); 12 de julio de 1949 (*B.O.E*. nº 205 de 24/07/1949); 12 de julio de 1950 (*B.O.E*. nº 217 de 05/08/1950); 31 de julio de 1951 (*B.O.E.* nº 222 de 10/08/1951) y 10 de octubre de 1953 (*B.O.E*. nº 291 de 18/10/1953).

[918] Ramírez Muñoz establecía que "*a partir del año 1941 se observa un cambio en los textos de las convocatorias, pues desaparece paulatinamente la referencia a la Ley de 25 de agosto [de 1939] y la distribución concreta de plazas de cada grupo. Sin embargo, para optar a cualquier plaza, se preceptúa la indispensable condición de una absoluta adhesión a la Causa Nacional, y la necesidad ineludible de acompañar una declaración jurada en la que se haga constar dicha adhesión*". Muñoz Ramírez, M.: El empleo público como recompensa en la posguerra española". *Boletín Millares Carlo*, 1993, nº12, p126.

[919] Según el artículo 4º del Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de 1935.

farmacéutico, técnico de un laboratorio químico provincial o municipal y un inspector farmacéutico municipal que actuaría de secretario. El nombramiento de estos Tribunales se realizaría a través de una Orden o Circular que se publicaría en el B.O.E[920]. Una vez terminado el proceso, el Tribunal elevaría la propuesta de opositores aprobados por orden de prelación para que el Ministerio concediese el ingreso en el Cuerpo[921].

El programa para las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales se aprobó por una Comisión en 1944[922], que teniendo en cuenta las obligaciones y servicios inherentes a los Inspectores Farmacéuticos Municipales incluidos en su Reglamento del Cuerpo de 1935, se incluyeron como bloques:

1. *Legislación Farmacéutica*: Básica y complementaria, legislación sobre oficinas de farmacia, inspección de fábricas y centros preparadores de alimentos, bebidas, perfumería y cosmética, la misión analítica e inspectora del inspector municipal y su papel como vocal en las juntas locales y de colaborador con la Administración de Justicia, inspección del tráfico de estupefacientes, etc.
2. *Desinfección* (por ser competentes en la desinfección de los locales y ropas): Incluye el concepto de desinfección y las técnicas y los agentes

[920] Las 13 nombramientos de los Tribunales encargados de juzgar las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales en el período citado se produjeron a través de las Circulares/Órdenes de: 5 de octubre de 1940 (*B.O.E*. nº 280 de 06/10/1940); 10 de junio de 1942; 08 de junio de 1943 (*B.O.E*. nº 163 de 12/06/1943); 7 de noviembre de 1944 (*B.O.E*. nº 322 de 17/11/1944); 13 de noviembre de 1945 (*B.O.E*. nº 321 de 17/11/1945); 6 de noviembre de 1946 (*B.O.E*. nº 314 de 10/11/1946); 9 de noviembre de 1947 (*B.O.E*. nº 328 de 24/11/1947); 16 de noviembre de 1948 (*B.O.E*. nº 331 de 26/11/1948); 10 de diciembre de 1949 (*B.O.E*. nº 347 de 13/12/1949); 21 de noviembre de 1950 (*B.O.E*. nº 328 de 24/11/1950); 4 de febrero de 1952 (*B.O.E*. nº 39 de 8/02/1952); 26 de mayo de 1953 (*B.O.E*. nº 149 de 29/05/1953)y 31 de mayo de 1954 (*B.O.E*. nº 153 de 2/06/1954).

[921] Las 13 Órdenes por las que se aprobó el expediente de oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales en el período citado se produjeron a través de las Órdenes de: 18 de enero de 1941 (*B.O.E*. nº 420 de 19/01/1941); 23 de octubre de 1942 1943 (*B.O.E*. nº 298 de 25/10/1942); 10 de noviembre de 1943 (*B.O.E*. nº 316 de 12/11/1943); 2 de febrero de 1945 (*B.O.E*. nº 39 de 08/02/1945); 16 de enero de 1946 (*B.O.E*. nº 20 de 20/01/1946); 29 de enero de 1947 (*B.O.E*. nº 34 de 03/02/1947); 15 de marzo de 1948 (*B.O.E*. nº 96 de 05/04/1948); 7 de febrero de 1949 (*B.O.E*. nº 44 de 13/02/1949); 29 de marzo de 1950 (*B.O.E*. nº 95 de 05/04/1950); 20 de marzo de 1951 (*B.O.E*. nº 83 de 24/03/1951); 23 de junio de 1952 (*B.O.E*. nº 186 de 04/07/1952); 4 de agosto de 1953 (*B.O.E*. nº 246 de 03/09/1953)y 30 de julio de 1954 (*B.O.E*. nº 223 de 11/08/1954).

[922] Orden de 31 de Julio de 1944, por la que se dispone se convoque oposiciones al Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos. Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 219 de 06/08/1944. Véase **Apéndice 2.**

empleados para realizar los distintos tipos de desinfección. Procedimientos, técnicas y aparatos de Desinsectación y la Desratización, etc.

3. *Toxicología* (realización de la investigación toxicológica y colaboración con la Administración de Justicia para la emisión de dictámenes como peritos judiciales): Clasificación de los tóxicos y venenos, venenos gaseosos, agresivos químicos, aerosoles, protección individual, defensa pasiva, servicio de desimpregnación, venenos volátiles, venenos metálicos, hipnóticos y analgésicos y la química legal (investigación en sangre, esperma, heces, contenido estomacal, sobre tejidos, objetos), etc.

4. *Análisis Clínicos* (son los químicos municipales y efectúan los análisis clínicos que para fines diagnósticos necesiten los enfermos de la Beneficencia): Orina, heces fecales, contenido gástrico, esputos, sangre, líquido cefalorraquídeo, autovacunas, pus, pelos, uñas y escamas y reacciones inmunológicas. Incluye el análisis de la leche de mujer, etc.

5. *Fisiología e higiene de la Alimentación*: La importancia de la alimentación, dietas y valor nutritivo de los alimentos, las proteínas, hidratos de carbono, grasas, el agua, las vitaminas, los métodos de elaboración y conservación de los alimentos, etc.

6. *Bromatología y análisis* (por ser los químicos municipales para efectuar el trabajo analítico confiado): leche, quesos, mantequilla, grasa de cerdo, aceite de oliva, aceite de orujo, aceites y grasas endurecidos, cereales, arroz, harina, tubérculos y raíces feculentas, malta, pan, plantas azucareras, miel, edulcorantes sintéticos, bebidas alcohólicas, vino, cervezas, sidra, vinagre, alcoholes, aguardientes, licores, estimulantes, café, té, cacao y chocolates, bebidas gaseosas, condimentos, vinagres, sal de mesa, azafrán, mostaza, pimentón, clavo, pimienta, conservas alimenticias, carnes y derivados, pescados, materias colorantes, frutas, hortalizas y verduras, aguas y depuración de las aguas, material en contacto con los alimentos, jabones, tierras, abonos, productos anticriptogámicos e insecticidas, aceites esenciales, productos de perfumería y cosmética, etc.

Del temario de la oposición se desprende el papel que ejercía el inspector farmacéutico municipal en el partido farmacéutico y por ende en la sanidad rural. A su papel benéfico en relación a los medicamentos dispensados a la beneficencia, se

sumaba su papel como químico municipal (tanto clínico, toxicológico como bromatológico), un papel en la inspección y vigilancia sanitaria de establecimientos y productos alimenticos, así como de la industria de perfumería y cosmética, una competencia cada vez mayor en la sanidad ambiental relacionada con los procesos de desinfección, desratización y desinsectación, sin olvidar el papel de asesoramiento en las juntas locales, como peritos judiciales en relación con los análisis toxicológicos, así como el asesoramiento a los agricultores de su localidad en cuanto a las características de las tierras de cultivo y abonos a utilizar en las mismas. En comparación con el temario anterior del año 1935, desaparece todo lo relativo a la defensa en caso de guerra química.

Unos años después, en el año 1947, se va a producir una nueva modificación del programa para las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales[923] ampliando el bloque correspondiente con los análisis clínicos, en el cual incorporaría temas relativos a la parasitología.

2.2.2.2.2.1.3. La provisión de vacantes de Inspectores Farmacéuticos Municipales (IFM)

De acuerdo a la Orden de 25 de noviembre de 1939, una vez que las Jefaturas Provinciales de Sanidad les iban enviando los datos de todas las plazas vacantes o no provistas en propiedad de IFM, la Dirección General de Sanidad iba publicando el anuncio de las plazas vacantes en el B.O.E. para poder proveerlas con carácter definitivo. En dicha relación, se tenía que especificar las características de cada vacante en la forma de: Provincia, partido farmacéutico, forma de provisión, categoría, dotación, Municipios que integran el partido farmacéutico, número de familias de la Beneficencia Municipal y el censo de la población.

En cuanto a la forma de provisión de las vacantes de IFM se tendría que tener en cuenta si la vacante era o no posterior a la fecha de 18 de julio de 1936.

Aquellas vacantes existentes a fecha de 18 de julio de 1936 en los Ayuntamientos donde hubiese establecida antes de esa fecha farmacia, se tendrían que proveer a través del sistema de concurso de antigüedad, méritos u oposición restringida entre los farmacéuticos pertenecientes al Cuerpo y establecidos en aquella

[923] Orden de 23 de Junio de 1947, por la que se convoca oposición a ingreso en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos. Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 193 de 12/07/1947. Véase **Apéndice 3.**

fecha en la localidad; en cambio, se tendría que realizar la provisión de la vacante por el procedimiento ordinario si no existiesen farmacéuticos que reuniesen dichas condiciones.

Finalmente, la forma de provisión de las vacantes[924] de IFM ocurridas antes del 18 de julio de 1936 se realizó a través del turno restringido de antigüedad[925], teniendo en cuenta la Ley de 25 de agosto de 1939, entre los farmacéuticos pertenecientes al Cuerpo de IFM establecidos en aquella fecha en la localidad y cumpliendo además[926] la condición de ser españoles, licenciados o doctores en Farmacia y adictos al Glorioso Movimiento Nacional.

Para la provisión del resto de vacantes de IFM existentes posteriores a la fecha de 18 de julio de 1936, se tendrían que proveer a través del sistema de concurso de antigüedad, concurso de méritos u oposición[927] según lo que acordase el respectivo Ayuntamiento, con farmacéuticos inscritos en el Cuerpo de IFM, ateniéndose a las normas de provisión de vacantes establecidas en el capítulo II del Reglamento del Cuerpo de Inspectores Municipales de 1935, siendo la antigüedad estimable la que figurase en el Escalafón. La estimación de los méritos para los concursos se haría de acuerdo a la escala fijada en el Reglamento del año 1935. En caso de empate tendría derecho preferente aquel que se hallase establecido en el partido farmacéutico con oficina de farmacia abierta al público. Para el proceso de oposición, se realizaría teniendo en cuenta el programa por la Dirección General de Sanidad.

Al final, la elección de la forma de la provisión de las vacantes de IFM por parte de los Ayuntamientos ocurridas después del 18 de julio de 1936 se realizó preferentemente a través del sistema de concurso de méritos, en menor escala por

[924] Como ejemplos de anuncios de vacantes en el BOE para IFM ocurridas con anterioridad al 18 de julio de 1936, que se anuncian para su provisión en propiedad a través del sistema de concurso restringido, véase*: B.O.E.* nº 102 de 12/04/1941; *B.O.E.* nº 312 de 08/11/1942; *B.O.E.* nº 27 de 27/01/1943; *B.O.E.* nº 151 de 31/05/1943; *B.O.E.* nº 303 de 30/10/1943; *B.O.E.* nº 326 de 22/11/1943; *B.O.E.* nº 141 de 20/05/1944 y *B.O.E.* nº 176 de 24/06/1944.

[925] Orden de 31 de marzo de 1941, por la que se autoriza a la Dirección General de Sanidad para que se proceda a anunciar en el Boletín Oficial del Estado las vacantes de Inspectores Farmacéuticos ocurridas antes del 18 de julio de 1936. *B.O.E.* nº 93 de 03/04/1941

[926] Circular de 24 de octubre de 1941, por la que se fijan las condiciones para solicitar, en propiedad, las vacantes de Inspectores Farmacéuticos Municipales, en turno restringido de antigüedad, que se relacionan. *Boletín Oficial del Estado* nº 300 de 27/10/1941.

[927] El anuncio de la provisión de vacantes se realizaría de acuerdo a las Órdenes Ministeriales de 11 de abril de 1941 (*B.O.E.* de 14/04/1941); Orden de 10 de abril de 1942 (*B.O.E.* de 14/04/1942); Orden de 23 de enero de 1946 (*B.O.E.* de 28/01/1946) y Orden de 2 de abril de 1946 (*B.O.E.* de 07/04/1946).

concurso de antigüedad y residualmente por oposición[928]. Los aspirantes tenían que ser españoles, licenciados o doctores en Farmacia y pertenecer al Cuerpo de IFM, debiendo además de presentar un certificado de adhesión al Régimen expedido por la Autoridad provincial competente. Para las mujeres además tendrían que presentar una certificación con validez oficial acreditativa del cumplimiento del Servicio Social o exención legal del mismo[929].

2.2.2.2.2.1.4. Las permutas entre los Inspectores Farmacéuticos Municipales (IFM)

Una vez conseguida la plaza de inspector Farmacéutico municipal en propiedad, podían los farmacéuticos permutar dicha plaza entre sí por otra de igual categoría. Para poderse realizar, tenían que cumplir una serie de condiciones como dar cuenta de la permuta al Ayuntamiento respectivo, anunciarlo previamente en el B.O.E.[930] y no lesionar los intereses de otro compañero. Una vez autorizada la

[928] Como ejemplos de anuncios de vacantes en el BOE para IFM ocurridas con posterioridad al 18 de julio de 1936, que se anunciaban para su provisión en propiedad a través del sistema de concurso de méritos, de antigüedad u oposición, véase: *B.O.E.* nº 322 de 18/11/1942; *B.O.E.* nº 325 de 21/11/1942; *B.O.E.* nº 332 de 28/11/1942; *B.O.E.* nº 339 de 05/12/1942; *B.O.E.* nº 354 de 20/12/1942; *B.O.E.* nº 364 de 30/12/1942; *B.O.E.* nº 27 de 27/01/1943; *B.O.E.* nº 41 de 10/02/1943; *B.O.E.* nº 46 de 15/02/1943; *B.O.E.* nº 145 de 25/05/1943; *B.O.E.* nº 149 de 29/05/1943; *B.O.E.* nº 155 de 04/06/1943; *B.O.E.* nº 325 de 21/11/1943*; B.O.E.* nº 332 de 28/11/1943; *B.O.E.* nº 346 de 12/12/1943; *B.O.E.* nº 356 de 21/12/1943; *B.O.E.* nº 10 de 10/01/1944; *B.O.E.* nº 25 de 25/01/1944; *B.O.E.* nº 30 de 30/01/1944; *B.O.E.* nº 37 de 06/02/1944; *B.O.E.* nº 40 de 09/02/1944; *B.O.E.* nº 45 de 14/02/1944; *B.O.E.* nº 51 de 21/02/1944; *B.O.E.* nº 67 de 07/03/1944; *B.O.E.* nº 94 de 03/04/1944; *B.O.E.* nº 118 de 27/04/1944; *B.O.E.* nº 139 de 18/05/1944; *B.O.E.* nº 210 de 28/07/1944*; B.O.E.* nº 219 de 06/08/1944; *B.O.E.* nº 220 de 07/08/1944; *B.O.E.* nº 276 de 02/10/1944; *B.O.E.* nº 283 de 09/10/1944; B.O.E. nº 302 de 28/10/1944; *B.O.E.* nº 311 de 06/11/1944; *B.O.E.* nº 347 de 12/12/1944; *B.O.E.* nº 128 de 08/05/1946; *B.O.E.* nº 143 de 23/05/1946; *B.O.E.* nº 153 de 02/06/1946; *B.O.E.* nº 164 de 13/06/1946; *B.O.E.* nº 314 de 10/11/1946; *B.O.E.* nº 340 de 06/12/1946*; B.O.E.* nº 138 de 18/05/1947; *B.O.E.* nº 171 de 20/06/1947*; B.O.E.* nº 332 de 28/11/1947; *B.O.E.* nº 143 de 22/05/1948; *B.O.E.* nº 297 de 23/10/1948; *B.O.E.* nº 81 de 22/03/1949; *B.O.E.* nº 176 de 25/06/1949; *B.O.E.* nº 317 de 13/11/1949; *B.O.E.* nº 206 de 25/07/1950; *B.O.E.* nº 125 de 05/05/1951; *B.O.E.* nº 180 de 29/06/1951; *B.O.E.* nº 61 de 01/03/1952; *B.O.E.* nº 258 de 14/09/1952*; B.O.E.* nº 365 de 30/12/1952; *B.O.E.* nº 302 de 29/10/1953; y *B.O.E.* nº 101 de 11/04/1954.

Como ejemplos de resolución de los concursos convocado para la provisión en propiedad de vacantes de IFM, véase: *B.O.E.* nº 176 de 25/06/1946; *B.O.E.* nº 181 de 30/06/1946; *B.O.E.* nº 194 de 13/07/1946; *B.O.E.* nº 237 de 25/08/1946; *B.O.E.* nº 238 de 26/08/1946; *B.O.E.* nº 61 de 02/03/1947; *B.O.E.* nº 62 de 03/03/1947; *B.O.E.* nº 238 de 26/08/1947; *B.O.E.* nº 314 de 10/11/1947; *B.O.E.* nº 26 de 26/01/1948; *B.O.E.* nº 55 de 24/02/1948*; B.O.E.* nº 207 de 25/07/1948; *B.O.E.* nº 294 de 21/10/1949; *B.O.E.* nº 232 de 20/08/1949; *B.O.E.* nº 192 de 11/07/1950; *B.O.E.* nº 314 de 10/11/1950; *B.O.E.* nº 154 de 03/06/1951; *B.O.E.* nº 194 de 13/07/1951; *B.O.E.* nº 202 de 21/07/1951; *B.O.E.* nº 361 de 27/12/1951*; B.O.E.* nº 175 de 23/06/1952; *B.O.E.* nº 306 de 01/11/1952; *B.O.E.* nº345 de 10/12/1952; *B.O.E.* nº 79 de 20/03/1953; *B.O.E.* nº 34 de 03/02/1954 y *B.O.E.* nº 219 de 07/08/1954.

[929] Orden de 2 de abril de 1946, anunciando concurso de méritos y antigüedad para la provisión de vacantes de inspectores farmacéuticos municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 97 de 07/04/1946.

[930] Como ejemplos de anuncios de solicitud de permutas de sus titulares publicadas en el BOE, véase: *B.O.E.* nº 45 de 12/02/1940; *B.O.E.* nº 194 de 12/07/1942; *B.O.E.* nº 22 de 22/01/1943*; B.O.E.* nº 59

permuta, el nombramiento tendría carácter de propiedad, alcanzándole al interesado los derechos y deberes del respectivo Ayuntamiento. No se autorizarían las permutas cuando a alguno de los interesados le faltase dos años o menos para cumplir la jubilación forzosa, ni tampoco se concedían otras nuevas en el trascurso de tres años, a partir de la última de aquellas[931].

2.2.2.2.2.2. LA LEY DE BASES DE SANIDAD NACIONAL DE 1944[932]

> "*Realizan los Sanitarios en el ámbito local, (…), una función benemérita que transciende al campo de lo social y constituye, a un tiempo, título de honor y vocación de servicio, que sirve de compensaciones espirituales a un esfuerzo profesional siempre intenso y a menudo desarrollado en situación de evidente penuria, a causa de la excesiva parquedad de las retribuciones que les están asignadas.*"[933]

Aunque el Régimen Franquista se hiciera con el poder en el año 1939, las luchas internas de poder existentes entre los distintos grupos dentro del franquismo, hicieron que se pospusiera la reorganización sanitaria del país[934] hasta el año 1943, con el nombramiento de un Consejo Nacional de Sanidad y la promulgación en 1944 de la segunda Ley de Sanidad Española.

---

de 28/02/1943; *B.O.E*. nº 197 de 16/07/1943; *B.O.E.* nº 281 de 08/10/1943; *B.O.E.* nº 183 de 01/07/1944; *B.O.E.* nº 39 de 08/02/1945; *B.O.E.* nº 86 de 27/03/1945; *B.O.E.* nº 119 de 29/04/1945; *B.O.E.* nº 161 de 10/06/1945; *B.O.E.* nº 280 de 07/10/1945; *B.O.E.* nº 73 de 13/03/1948; *B.O.E.* nº 130 de 09/05/1948; *B.O.E.* nº 186 de 04/06/1948; *B.O.E.* nº 284 de 10/10/1948; *B.O.E*. nº 333 de 28/11/1948; *B.O.E.* nº189 de 08/07/1950; *B.O.E.* nº 279 de 06/10/1950; *B.O.E.* nº 293 de 20/10/1950; *B.O.E. nº* 155 de 04/06/1951 y *B.O.E*. nº 223 de 11/08/1951.

[931] Según lo establecido en el artículo 53 del Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de 1935.

[932] Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. *Boletín Oficial del Estado* nº 331 de 26/11/1944.

[933] Así introducía Francisco Franco la Ley de 17 de julio de 1947, por la que se mejoran las dotaciones de las plantillas de médicos titulares, practicantes y matronas de asistencia pública domiciliaria y los inspectores farmacéuticos municipales (*B.O.E.* nº 200 de 19/07/1947). A través de él, las plazas de la plantilla del Cuerpo de IFM que figurasen en la clasificación aprobada por el Ministerio de la Gobernación, experimentarían un aumento en su dotación de mil quinientas pesetas anuales como mínimo en concepto de gratificación fija y con cargo a los presupuestos de las Mancomunidades Sanitarias Provinciales previo el correspondiente ingreso por parte de los Ayuntamientos.

[934] Aunque la reorganización sanitaria no se realizara hasta el año 1944, sí que se produjeron modificaciones en la Dirección General de Sanidad en relación con la Farmacia. En concreto, a través del Decreto de 23 de noviembre de 1940 (B.O.E. nº339 de 04/12/1940) se produjo la reorganización de los Servicios Farmacéuticos del Ministerio de Gobernación a través de la sustitución de la Jefatura de Servicios Farmacéuticos por la Inspección General de Farmacia con dependencia inmediata del Director General de Sanidad, constando ésta de 5 secciones, entre ellas la Sección de Inspectores Farmacéuticos Municipales.

Esta pugna fue especialmente virulenta entre los dos grupos que componían el bando rebelde, por un lado se encontraba el bando de los falangistas y por el otro el bando católico-militar, cuya lucha se tuvo que resolver finalmente en el año 1941con un reparto de los centros de poder, quedando definitivamente la Sanidad Nacional fuera del ámbito de poder de la Falange.

De este reparto, a los Falangistas les correspondieron fundamentalmente las áreas socio-políticas, para lo cual se quedaron con el Ministerio de Trabajo, que incluía en su organigrama al Instituto Nacional de Previsión, controlando los aspectos asistenciales y dando continuación a los programas de seguros sociales preparados durante la IIª República. En cambio, al grupo católico militar le correspondieron los aspectos preventivistas, quedándose para ello con el Ministerio de la Gobernación, que incluía en su organigrama a la Dirección General de Sanidad, la cual fue adjudicada al comandante médico José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, perteneciente a los círculos militares y católicos con afinidades monárquicas[935]. Las tensiones entre estas corrientes llegaron como mínimo hasta comienzos de la década de 1960, saldándose con el triunfo los Seguros Sociales sobre los aspectos salubristas[936].

El Consejo Nacional de Sanidad, creado en el año 1943, fue el encargado de acometer la tarea de redactar y elaborar el proyecto de Ley de Sanidad, fruto del esfuerzo personal del entonces Director General de Sanidad José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, con el respaldo del Ministro de la Gobernación Blas Pérez González, quien perfilaría la que sería la nueva normativa sanitaria que, a pesar de su carácter innovador en algunos aspectos, mantenía la vetustez de la Ley de Sanidad de 1855. Finalmente la segunda Ley de Sanidad promulgada en España fue aprobada el 25 de noviembre de 1944 como **Ley de Bases de la Sanidad Nacional** con una duración de vigencia de más de 40 años[937]. Esta Ley significó un cambio en la

[935] Molero Mesa, J.: Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medin'nae Sciatiarumque Histonam Illustrandam*. 1994; Vol. 14, pp. 199-225.
[936] Campos Marín, R.: El desarrollo de la salud pública en España durante el siglo XX. *Eidon: Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, 2009, nº32, pp67-73.
[937] A pesar de denominarse Ley de "Bases", dicha calificación era incorrecta pues no se trataba de una delegación de las Cortes Españolas al Gobierno, para que éste dictara luego, con fuerza de Ley, un texto articulado que sustituyese a la Ley de Bases, sino que se trató de una Ley ordinaria que fue desarrollada por multitud de Reglamentos posteriores. En realidad en esta Ley, a los artículos se les denominó bases y desde la entrada en vigor vincularía a los poderes públicos y a los particulares.

estructura de la sanidad española con la separación de la actividad preventiva, responsabilidad de la Dirección General de Sanidad, de la asistencial, responsabilidad del Instituto Nacional de Previsión dependiente del Ministerio de Trabajo.

La Ley de Bases, que tomó como referencia la Ley de Sanidad de 1855 y la Instrucción General de 1904 y que perpetuó la estructura recibida de la normativa anterior con la Dirección General de Sanidad como máximo órgano sanitario del Ministerio de la Gobernación, no fue nunca desarrollada ni articulada por el Gobierno, salvo disposiciones menores. Tuvo, como objetivos principales, la coordinación de las actuaciones sanitarias y el desarrollo de una labor de protección sanitaria ante el peligro de las enfermedades infecciosas a través de acciones preventivas e interventoras, pero sin incluir las nuevas directrices epidemiológicas y sanitarias en vigor antes de la Guerra Civil. Se seguía manteniendo el concepto decimonónico de que la Sanidad era responsabilidad del Estado, asumiendo el Ministerio de la Gobernación la responsabilidad pública de la prevención, quedando la función asistencial al margen.

La Ley de bases también mantendría el modelo republicano de la organización de los servicios sanitarios a nivel provincial y municipal, aunque se trató de mejorar la sanidad del medio rural a través de incrementar la función de los centros de higiene primarios y secundarios. La relativa autonomía de los servicios provinciales de las mancomunidades sanitarias se mantendría hasta el año 1967 en el que desaparecieron. También se suprimiría el Instituto Nacional de Sanidad, por tener cada capital de provincia un centro semejante, siendo absorbido éste por la Escuela Nacional de Sanidad[938], la cual a su vez se independizaría, pasando a ser una institución autónoma bajo la dirección de un Patronato dependiente del Ministerio de la Gobernación y del de Educación Nacional, con funciones en enseñanza sanitaria

---

Guaita Martorell, A.: *Derecho Administrativo Especial*, Tomo II, 1ª reimpresión, Zaragoza, Librería General, 1965.

García de Enterría también señalaba a esta Ley como ejemplo de que a veces se utilizaba la expresión "Ley de Bases" no en un sentido de delegación recepticia, sino en vulgar de ley básica, en cuyo supuesto es de aplicación inmediata (o mediante reglamentos ejecutivos) y no requeriría de un texto articulado. García de Enterría, E.: Legislación delegada, potestad reglamentaria y control judicial.1970. Madrid. P135-Vid; En: Bando Casado, H.C.: Evolución histórica de la protección de la salud en España: desde 1812 hasta la Ley General de Sanidad (1986). *Estudios sobre Consumo*, 1986, vº8, nº9, pp51-61.

[938] A través de la Circular de 1de marzo de 1948, se dieron las normas que tenían que regir para la obtención del Diploma de Sanidad entre Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios. *Boletín Oficial del Estado* nº69 de 09/03/1948.

especialmente a la que habría que sumar la investigación científica, una función epidemiológica y la producción de elementos sanitarios.

Los servicios sanitarios del Estado pasaron a depender del Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad, estructurándose en seis servicios (servicios generales, inspección de centros y servicios, luchas sanitarias, servicios farmacéuticos, sanidad veterinaria y servicios especiales) y en un Consejo Nacional de Sanidad que actuaría como órgano consultivo y asesor de los problemas sanitarios, del cual se integraría una sección de Farmacia. Toda esta estructura giraba en torno a las tres profesiones sanitarias: Medicina, Farmacia y Veterinaria.

2.2.2.2.2.2.1. Los consejos municipales de sanidad[939]

La nueva reforma sanitaria llevada a cabo por la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 contaría con la presencia de los consejos municipales de sanidad como órganos asesores del Alcalde del Municipio o por su delegación al Jefe Local de sanidad, en sustitución de las juntas municipales de sanidad.

En aquellos municipios de menos de 25000 habitantes, el consejo municipal de sanidad pasaría a estar compuesto por el alcalde como presidente, el secretario que sería el jefe local de Sanidad y como vocales los funcionarios municipales, si los hubiere: un Médico, un Farmacéutico, un Veterinario, un Arquitecto o un Ingeniero, un Médico designado por la F.E.T. y de las J.O.N.S., un Maestro y el Secretario del Ayuntamiento. En poblaciones mayores de 25000 habitantes y capitales de provincia, la constitución de la Junta será igual a la anterior, salvo que actuará como secretario un médico de la Beneficencia o de la sanidad municipal, diplomado en la Escuela Nacional de Sanidad o en su defecto un Médico de Sanidad Nacional.

Las obligaciones mínimas de los Ayuntamientos en el orden sanitario serían:

> "*Proporcionar agua potable de pureza bacteriológica garantizada o, por lo menos, sanitariamente tolerable. Poseer un buen servicio de vigilancia y examen de alimentos y bebida; Formación del padrón de viviendas. Formación de estadísticas de viviendas, su inspección y mejora en el grado más completo posible, señalando especialmente las insalubres a derribar y las insalubres reformables, así como los planes para extinción de las primeras y corrección de las segundas; Ejercicio de una policía sanitaria en vías públicas, mercados, mataderos, lavaderos y cementerios; Profilaxis de las enfermedades evitables, epidemiología, endemiología, estudio y planes de mejoramiento de las*

[939] Base vigesimocuarta de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944.

> *características deficitarias de la población, desde el punto de vista sanitario; Higiene de las escuelas y reconocimiento periódico de los escolares allí donde no alcance la red dispensarial de la organización provincial; Evacuación de aguas negras y residuales, clausura de pozos negros y antihigiénicos, supresión de aguas estancadas. Instalación de red de alcantarillado donde sea posible con carácter urgente o en etapas sucesivas. Inspección de fábricas de embutidos, salazones, comercio del ramo de la alimentación, lecherías y establos. Habilitación de locales adecuados para enfermos de carácter epidemiológico y de material de práctica de desinfecciones y desinsectaciones; Vacunaciones preventivas y Sostenimiento de Centros sanitarios locales*".

A los consejos municipales se les atribuyó la obligación el redactar un Reglamento sanitario local, al igual que a las juntas municipales de sanidad anteriormente, cuyo grado y extensión de los servicios iría acorde con las características del Municipio y sus recursos económicos, incumbiendo el informe y aprobación a los Consejos provinciales de Sanidad y a los Gobernadores Civiles. En los casos de desatención por parte de los Municipios de sus obligaciones sanitarias podrían ser tutelados por el Consejo provincial de Sanidad.

La labor sanitaria de los Ayuntamientos va a pasar a ser desempeñada por los inspectores municipales y por el jefe local de sanidad, cuyo cargo iba a recaer en el inspector municipal designado por el Consejo provincial a propuesta del Jefe Provincial de Sanidad. Para la atención de las necesidades sanitarias de los Ayuntamientos habría Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Odontólogos, Practicantes y Matronas en el número y condiciones que fije el reglamento correspondiente.

2.2.2.2.2.2.2. Los inspectores farmacéuticos municipales

La Base vigesimocuarta de la Ley de Bases hace referencia al inspector farmacéutico municipal de tal forma que establece la obligación por parte de los Ayuntamientos de consignar en sus presupuestos las cantidades necesarias para su sostenimiento, la obligación de disponer su residencia en la población o partido farmacéutico correspondiente, quedando obligados a dispensar los medicamentos para la familias inscritas en el padrón de la Beneficencia y para el Seguro de Enfermedad, debiendo además de realizar como farmacéutico municipal todas aquellas funciones para cuya práctica estuviesen capacitados por su especial formación profesional.

Dejaba claro, que el Ministerio de la Gobernación era el competente para establecer su ingreso (por oposición y perteneciendo al Cuerpo de farmacéuticos Titulares) y su destitución, la concesión de excedencias y jubilaciones, pensiones y traslados, aunque finalmente no se desarrolló y hubo que esperar hasta el año 1953 para que se aprobase su Reglamento de ejecución.

2.2.2.2.2.3. EL REGLAMENTO DE PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS LOCALES DE 1953[940]

Con objeto de desarrollar la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 en lo que a la Sanidad Local se refería, se aprobó el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales en el año 1953[941], cuya aplicación se extendió al personal sanitario en la esfera local (provincial y municipal) con la excepción del personal de los municipios capitales de provincia o populosos que se hubiesen expresamente exceptuado o se fueran a hacer en un futuro por tener Cuerpos propios para el cumplimiento de las funciones de Beneficencia y Sanidad.

Estos últimos quedaban sometidos al estatuto de funcionarios de la Administración Local mientras que los primeros se ajustarían a la regulación orgánica de la Administración Central, lo cual delimitaría el ámbito funcional de cada Cuerpo. El personal del Cuerpo de los Farmacéuticos Titulares formaría parte de los Servicios sanitarios municipales, los cuales tendrían la condición de funcionarios técnicos del Estado, dependientes del Ministerio de Gobernación a través de las Jefaturas Provinciales y de las Jefaturas de Sanidad Civil de Ceuta y Melilla, sin perjuicio de la dependencia jerárquica inmediata en que se encontrasen con respecto al Alcalde, como funcionarios al servicio de la sanidad local (art. 30.2).

[940] Decreto de 27 de noviembre de 1953, por el que se aprueba el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº99 de 09/04/1954.

[941] A través de la Orden de 15 de marzo de 1954, se encargaba al Instituto de Estudios de Administración Local la edición oficial del Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales (*B.O.E.* nº99 de 09/04/1954). En ella iba a prohibir a las Corporaciones, Entidades y particulares durante un plazo de 6 meses desde la publicación en el B.O.E. del Reglamento, su reproducción total o parcial del texto del referido Reglamento, en cualquier forma que fuese. Parece ser que el objeto de esta medida un tanto injustificada era el dedicar el ingreso líquido de su venta a fomentar los estudios en dicho Centro a través de becas (50%) y a premiar a los Cuerpos que habían intervenido en la creación del documento: la Mutualidad de Funcionarios de la Dirección General de Sanidad (25%) y la Asociación benéfica de Socorros, Colegio y Asistencia a huérfanos funcionarios de los Cuerpos técnico-administrativo y auxiliar del Ministerio de la Gobernación (25%).

Dicho Reglamento sustituyó al Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de 1935, siendo prácticamente igual al anterior introduciendo como principales novedades el aumento de competencias relacionadas con la sanidad ambiental.

El Reglamento devolvía el término "farmacéutico titular" al crear el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, el cual estaría constituido por todos aquellos funcionarios farmacéuticos que perteneciesen o tuviesen derecho a pertenecer al Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales, a los que habría que añadir aquellos que ingresasen en dicho Cuerpo de acuerdo al Reglamento de 1953, cuya entrada en vigor se realizó con fecha de 1 de enero de 1854.

El Reglamento mantenía el carácter de autoridad sanitaria a los farmacéuticos titulares en el ejercicio de sus funciones inspectoras, sin perjuicio de la subordinación jerárquica al Alcalde del respectivo Ayuntamiento y a los órganos superiores de Sanidad. De igual forma también iba a mantener la inamovilidad de los funcionarios titulares, no pudiendo privarles de la plaza que ocupasen en propiedad, salvo por las causas reglamentarias y con todas las garantías legales.

En cuanto a las **obligaciones** propias del cargo de Farmacéutico titular, mantendrían aquellas funciones relacionadas con la función asistencial de beneficencia en cuanto al suministro de medicamentos, a las que habría que añadir otras más amplias relacionadas tanto con la higiene alimentaria de competencia farmacéutica como otras del área de medio ambiente como el control y vigilancia de las aguas potables, señal de identidad de los farmacéuticos titulares hasta la actualidad[942], además de las correspondientes a la realización de análisis clínicos, químicos y microbiológicos. Según el artículo 39, serían funciones de los Farmacéuticos titulares:

[942] Según José María Ordoñez Iriarte y colaboradores "*La Sanidad Ambiental en nuestro país cobra cierta relevancia como consecuencia del desarrollo de la Ley de Bases de Sanidad Nacional del año 1944 a través del Decreto de 27 de noviembre de 1953, por el que se aprueba el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales (médicos, farmacéuticos y veterinarios fundamentalmente). Sobre estos agentes sanitarios descansaban las funciones de Salud Pública, entre las que se encontraban, las de Salud Ambiental e Higiene Alimentaria (de forma genérica Salud Ambiental)*". Ordóñez Iriarte, J.M.; Abad Sanz, I; Martínez-Pardo Valle, P.; Martínez Corral, J. y Villoria Mendieta, M. La reestructuración de los recursos sanitarios dedicados a la salud ambiental en la Comunidad de Madrid (1989-1999). *Revista Salud Ambiental*. 2001; 1(1):pp36-48.

1. Despachar los medicamentos para las familias incluidas en el Padrón de Beneficencia municipal
2. Surtir a las Casas de Socorro y a los Botiquines de su demarcación de los medicamentos que necesitasen.
3. Efectuar, previa prescripción del correspondiente Facultativo titular, los análisis clínicos necesarios para fines diagnósticos de los enfermos incluidos en el Padrón de Beneficencia.
4. Practicar, como Químico sanitario municipal, en aquellas poblaciones donde no existiesen laboratorios municipales los servicios siguientes:

    a) Análisis químico y microbiológico de los alimentos, bebidas, condimentos y de los utensilios relacionados con la alimentación en cuanto a sus condiciones higiénicas para el consumo.

    b) Inspección de fabricación y venta de utensilios de cocina, por lo que respecta a esmaltes y barnices, así como en cuanto a la fabricación de papel de estaño, cápsulas metálicas y en general toda clase de envases metálicos.

    c) Recogida y análisis de los gases y otras sustancias tóxicas que se originan en fábricas consideradas insalubres o peligrosas establecidas dentro del territorio a que se extiendan sus funciones.

    d) Prestación de los servicios que sean necesarios a la Dirección General de Sanidad, en todo lo que se refiere a la higiene bromatológica.

    e) Inspección y análisis de los productos anti criptogámicos y los demás empleados contra las plagas del campo, cuya utilización pueda repercutir en la sanidad e higiene pública.

    f) Inspección y vigilancia de los establecimientos e industrias que se determinen en el término municipal.

Otra de las funciones que tendrían que desarrollar en su población sería la vigilancia de la potabilidad de las aguas de consumo público, realizando la depuración de las mismas y de las residuales cuando fuese necesario, así como su análisis químico y bacteriológico.

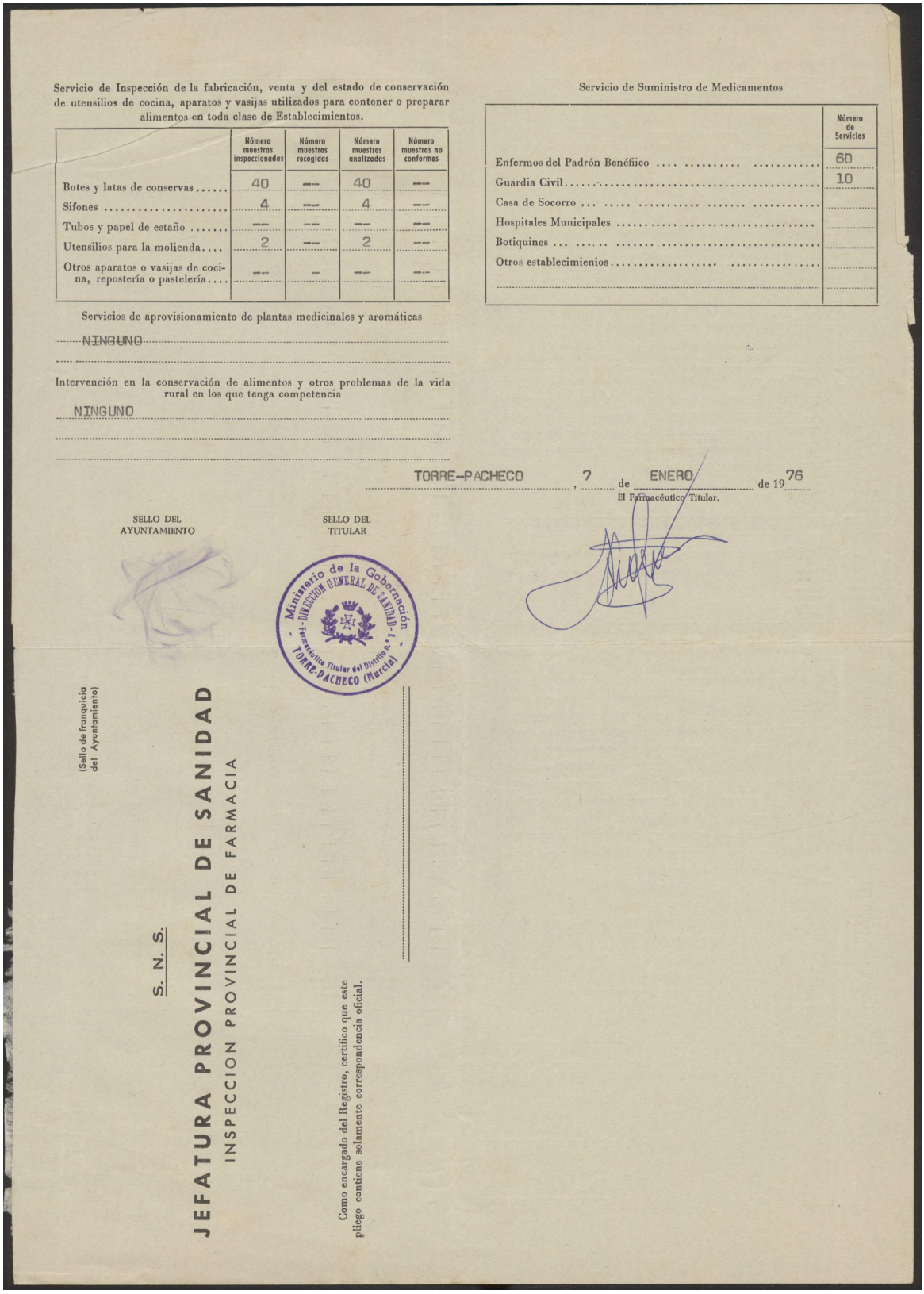
Los Farmacéuticos titulares también practicarían los análisis necesarios para comprobar la pureza de los productos y perseguir, en su caso, los fraudes que

pudiesen existir, a cuyo fin tomarían personalmente o harían tornar, con las debidas garantías, las muestras en la localidad en que residiesen, debiendo, en otro caso, serles facilitadas, también con las debidas garantías, por el Alcalde correspondiente.

Estas funciones de inspección y vigilancia tenían que ser permanentes respecto de aquellos establecimientos que radicasen en la misma población donde el Farmacéutico titular prestase sus servicios, y periódicas y circunstanciales cuando radicase en poblaciones distintas. En este último caso, los Ayuntamientos tendrían que proveer al Farmacéutico titular de los medios de locomoción necesarios para su traslado al punto en que ha de verificar su cometido.

Para cumplir estas obligaciones, se necesitaban unas instrucciones y unas normas precisas que les serían suministradas por la Dirección General de Sanidad, teniendo los farmacéuticos titulares la obligación de hacer constar en un "Libro Oficial de Titulares Farmacéuticos, de Análisis y Servicios" todas aquellas notas, estadísticas que les fuesen pedidas y servicios realizados por el titular. Dicho Libro, que se tendría que ajustar al modelo oficial aprobado por la Dirección General de Sanidad, sería suministrado por la Inspección General de Farmacia y diligenciado por las Inspecciones Provinciales de Farmacia. Al mismo tiempo, tenían que rellenar una "Hoja Oficial de Análisis y Servicios" que se tendría que remitir periódicamente a las Jefaturas Provinciales de Sanidad. Con todos estos datos se elevaría a la Dirección General de Sanidad un resumen estadístico y un informe sobre la marcha de sus servicios en las respectivas provincias[943].

[943] Estos datos recopilados sirvieron posteriormente también para valorar las funciones desempeñadas por este colectivo en las distintas provincias. Parrilla Valero, F.: Las funciones desempeñadas por los farmacéuticos titulares en la provincia de Valencia en el año 1954. *Ars Pharmaceutica*. 2003; 54(1): pp24-32; Pérez López, E., Cabezas López M.D. y López Andújar, G.: "El farmacéutico en el control sanitario local en Andalucía: evolución y actualidad del cuerpo de farmacéuticos titulares.". *Ars Pharmaceutica*. 2010; 51. Suplemento3: pp41-65 y Díaz López, N.: Estudio de la reestructuración orgánica y funcional de los farmacéuticos titulares. *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*. Servicio de Publicaciones. Madrid. 1980.



Servicio de Inspección de la fabricación, venta y del estado de conservación de utensilios de cocina, aparatos y vasijas utilizados para contener o preparar alimentos en toda clase de Establecimientos.

	Número muestras inspeccionadas	Número muestras recogidas	Número muestras analizadas	Número muestras no conformes
Botes y latas de conservas	40	—	40	—
Sifones	4	—	4	—
Tubos y papel de estaño	—	—	—	—
Utensilios para la molienda	2	—	2	—
Otros aparatos o vasijas de cocina, repostería o pastelería	—	—	—	—

Servicio de Suministro de Medicamentos

	Número de Servicios
Enfermos del Padrón Benéfico	60
Guardia Civil	10
Casa de Socorro	
Hospitales Municipales	
Botiquines	
Otros establecimienios	

Servicios de aprovisionamiento de plantas medicinales y aromáticas

NINGUNO

Intervención en la conservación de alimentos y otros problemas de la vida rural en los que tenga competencia

NINGUNO

TORRE-PACHECO, 7 de ENERO de 1976

El Farmacéutico Titular,

SELLO DEL AYUNTAMIENTO

SELLO DEL TITULAR

Ministerio de la Gobernación - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD - Farmacéutico Titular del Distrito n.º 1 - TORRE-PACHECO (Murcia)

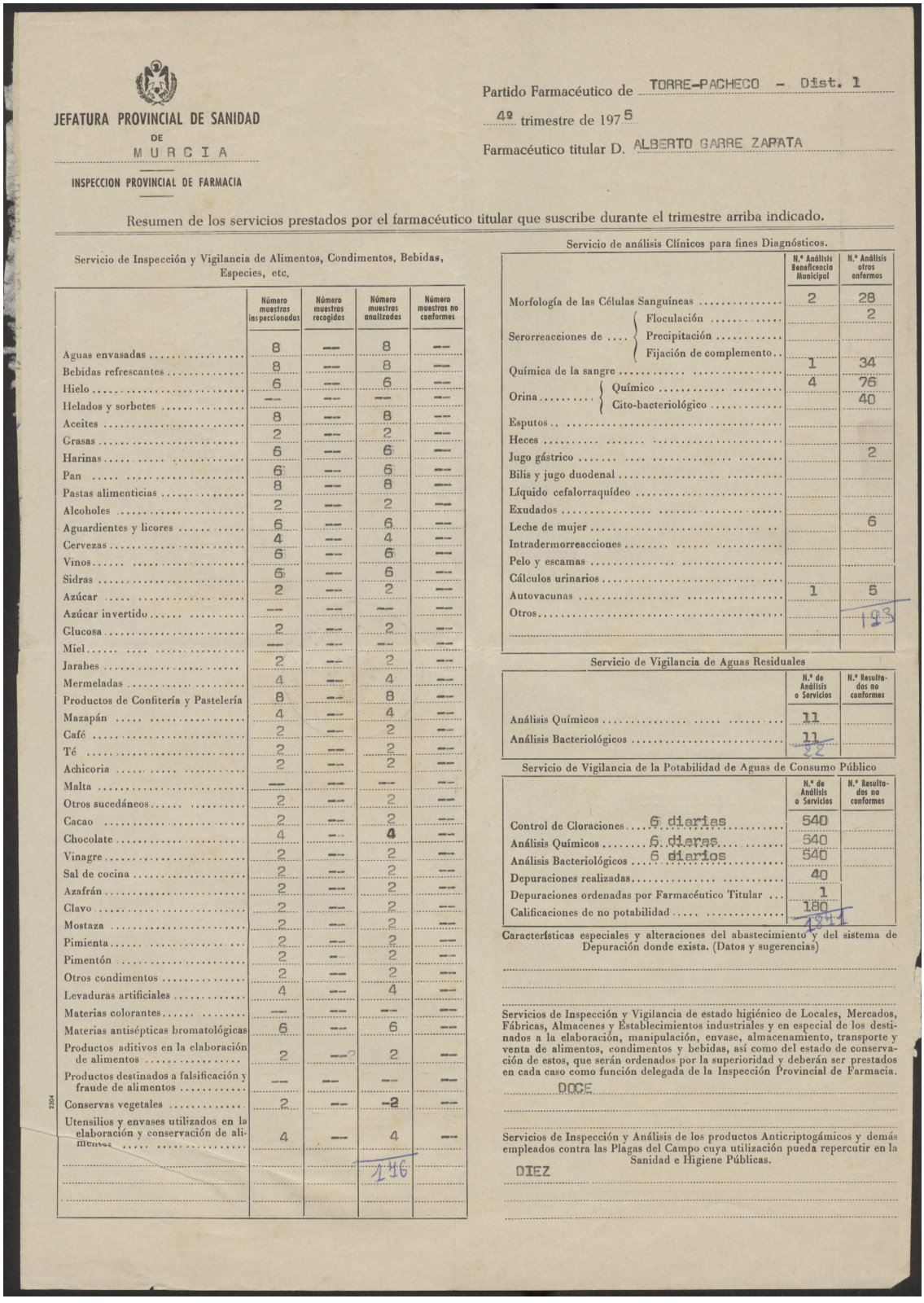
(Sello de franquicia del Ayuntamiento)

S. N. S.

JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD

INSPECCION PROVINCIAL DE FARMACIA

Como encargado del Registro, certifico que este pliego contiene solamente correspondencia oficial.



JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD
DE
MURCIA

INSPECCION PROVINCIAL DE FARMACIA

Partido Farmacéutico de TORRE-PACHECO - Dist. 1

4º trimestre de 1975

Farmacéutico titular D. ALBERTO GARRE ZAPATA

Resumen de los servicios prestados por el farmacéutico titular que suscribe durante el trimestre arriba indicado.

Servicio de Inspección y Vigilancia de Alimentos, Condimentos, Bebidas, Especies, etc.

	Número muestras inspeccionadas	Número muestras recogidas	Número muestras analizadas	Número muestras no conformes
Aguas envasadas	8	—	8	—
Bebidas refrescantes	8	—	8	—
Hielo	6	—	6	—
Helados y sorbetes	—	—	—	—
Aceites	8	—	8	—
Grasas	2	—	2	—
Harinas	6	—	6	—
Pan	6	—	6	—
Pastas alimenticias	8	—	8	—
Alcoholes	2	—	2	—
Aguardientes y licores	6	—	6	—
Cervezas	4	—	4	—
Vinos	6	—	6	—
Sidras	6	—	6	—
Azúcar	2	—	2	—
Azúcar invertido	—	—	—	—
Glucosa	2	—	2	—
Miel	—	—	—	—
Jarabes	2	—	2	—
Mermeladas	4	—	4	—
Productos de Confitería y Pastelería	8	—	8	—
Mazapán	4	—	4	—
Café	2	—	2	—
Té	2	—	2	—
Achicoria	2	—	2	—
Malta	—	—	—	—
Otros sucedáneos	2	—	2	—
Cacao	2	—	2	—
Chocolate	4	—	4	—
Vinagre	2	—	2	—
Sal de cocina	2	—	2	—
Azafrán	2	—	2	—
Clavo	2	—	2	—
Mostaza	2	—	2	—
Pimienta	2	—	2	—
Pimentón	2	—	2	—
Otros condimentos	2	—	2	—
Levaduras artificiales	4	—	4	—
Materias colorantes	—	—	—	—
Materias antisépticas bromatológicas	6	—	6	—
Productos aditivos en la elaboración de alimentos	2	—	2	—
Productos destinados a falsificación y fraude de alimentos	—	—	—	—
Conservas vegetales	2	—	2	—
Utensilios y envases utilizados en la elaboración y conservación de alimentos	4	—	4	—
			146	

Servicio de análisis Clínicos para fines Diagnósticos.

	N.º Análisis Beneficencia Municipal	N.º Análisis otros enformos
Morfología de las Células Sanguíneas	2	28
Serorreacciones de: Floculación		2
Serorreacciones de: Precipitación		
Serorreacciones de: Fijación de complemento		
Química de la sangre	1	34
Orina: Químico	4	76
Orina: Cito-bacteriológico		40
Esputos		
Heces		
Jugo gástrico		2
Bilis y jugo duodenal		
Líquido cefalorraquídeo		
Exudados		
Leche de mujer		6
Intradermorreacciones		
Pelo y escamas		
Cálculos urinarios		
Autovacunas	1	5
Otros		193

Servicio de Vigilancia de Aguas Residuales

	N.º de Análisis o Servicios	N.º Resultados no conformes
Análisis Químicos	11	
Análisis Bacteriológicos	11 / 22	

Servicio de Vigilancia de la Potabilidad de Aguas de Consumo Público

	N.º de Análisis o Servicios	N.º Resultados no conformes
Control de Cloraciones 6 diarias	540	
Análisis Químicos 6 diarios	540	
Análisis Bacteriológicos 6 diarios	540	
Depuraciones realizadas	40	
Depuraciones ordenadas por Farmacéutico Titular	1	
Calificaciones de no potabilidad	180 / 181	

Características especiales y alteraciones del abastecimiento y del sistema de Depuración donde exista. (Datos y sugerencias)

Servicios de Inspección y Vigilancia de estado higiénico de Locales, Mercados, Fábricas, Almacenes y Establecimientos industriales y en especial de los destinados a la elaboración, manipulación, envase, almacenamiento, transporte y venta de alimentos, condimentos y bebidas, así como del estado de conservación de estos, que serán ordenados por la superioridad y deberán ser prestados en cada caso como función delegada de la Inspección Provincial de Farmacia.

DOCE

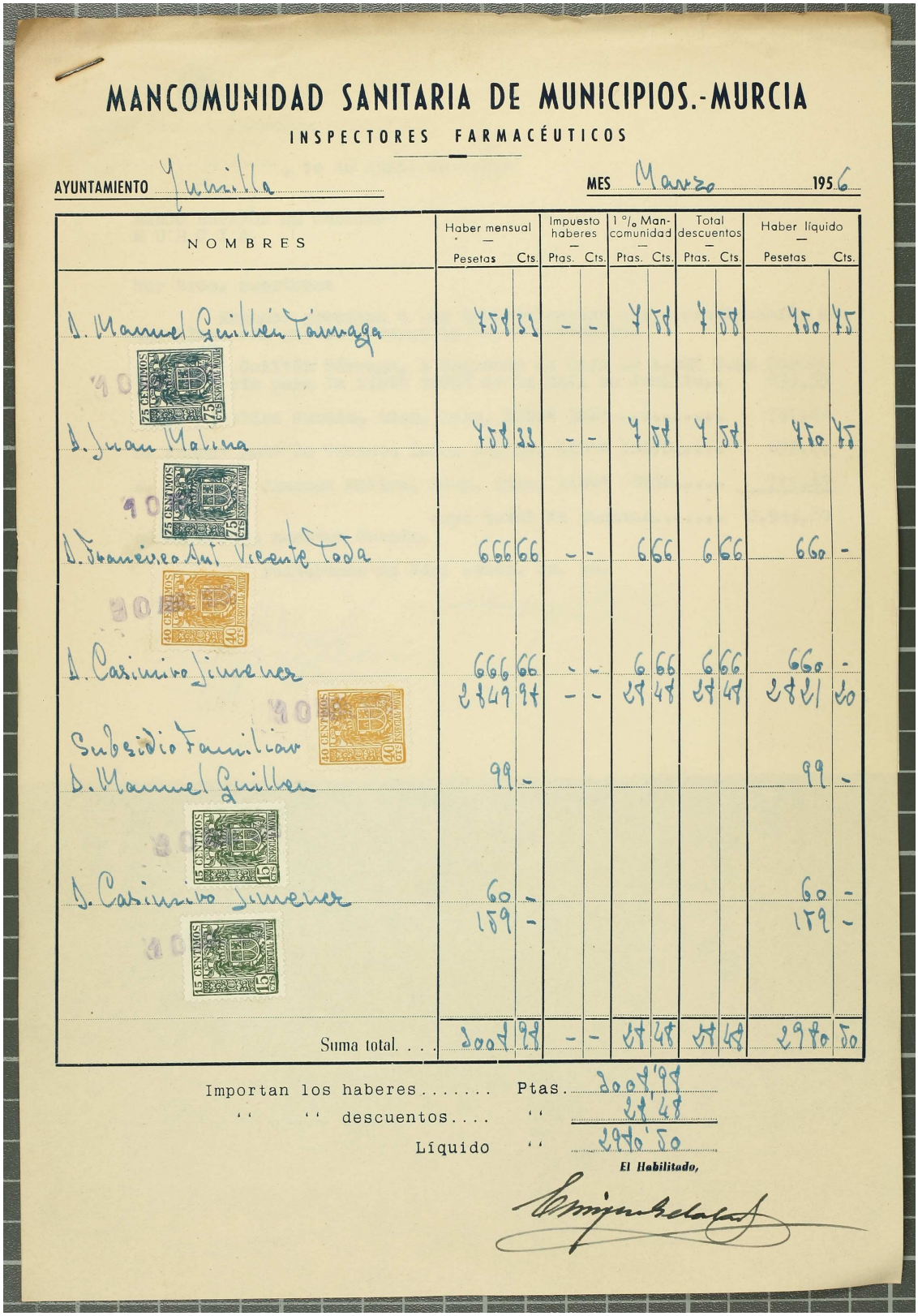
Servicios de Inspección y Análisis de los productos Anticriptogámicos y demás empleados contra las Plagas del Campo cuya utilización pueda repercutir en la Sanidad e Higiene Públicas.

DIEZ

Figura 4: Libro Oficial de Titulares Farmacéuticos, de Análisis y Servicios y Hoja Oficial de Análisis y Servicios del farmacéutico titular D. Alberto Garre Zapata. (**Fuente**: *Archivo General de la Región de Murcia*. Código de referencia SANIDAD, 9354)

Correspondía también a los Farmacéuticos titulares, con carácter subsidiario y en defecto del Farmacéutico militar, prestar los servicios propios de su cargo al personal de la Guardia Civil, Policía Armada y de Tráfico, Caballeros Mutilados y Fuerzas destacadas del Ejército, en las condiciones que se determinase mediante disposiciones que habrían de ser dictadas por el Ministerio de la Gobernación o de acuerdo con él.

En cuanto al suministro de medicamentos a la Beneficencia municipal, todos los Ayuntamientos estarían obligados a prestar un servicio de farmacia completo y gratuito a las familias incluidas en el Padrón de Beneficencia municipal, previa prescripción formulada por los correspondientes Facultativos titulares. Dicha prestación se podía efectuar a través de los farmacéuticos titulares o bien realizarla a través de otros farmacéuticos libres de la localidad o del partido farmacéutico que llevasen tres años establecidos en la residencia. Las cantidades consignadas para el pago de los medicamentos serían ingresadas en las respectivas Mancomunidades Sanitarias respectivas.



MANCOMUNIDAD SANITARIA DE MUNICIPIOS.-MURCIA

INSPECTORES FARMACÉUTICOS

AYUNTAMIENTO Jumilla MES Marzo 1956

NOMBRES	Haber mensual — Pesetas	Cts.	Impuesto haberes — Ptas.	Cts.	1 % Mancomunidad — Ptas.	Cts.	Total descuentos — Ptas.	Cts.	Haber líquido — Pesetas	Cts.
D. Manuel Guillén Tamayo	751	33	-	-	7	51	7	51	750	75
D. Juan Molina	751	33	-	-	7	51	7	51	750	75
D. Francisco Jul. Vicente Toda	666	66	-	-	6	66	6	66	660	-
D. Casimiro Jiménez	666	66	-	-	6	66	6	66	660	-
	2149	97	-	-	27	48	27	48	2122	50
Subsidio Familiar										
D. Manuel Guillen	99	-							99	-
D. Casimiro Jiménez	60	-							60	-
	159	-							159	-
Suma total. . .	3008	97	-	-	27	48	27	48	2980	50

Importan los haberes..... Ptas. 3008'97
'' '' descuentos.... '' 27'48
Líquido '' 2980'50

El Habilitado,

Figura 5: Ejemplo de Hoja para el pago de haberes a los farmacéuticos titulares del Ayuntamiento de Jumilla por parte de la Mancomunidad Sanitaria de Municipios de Murcia (**Fuente**: *Archivo General 1de la Región de Murcia*. Código de referencia SANIDAD, 53977/1)

Los farmacéuticos titulares tendrían que residir en el Municipio, cuando la demarcación estuviese constituida por uno solo, y cuando estuviese integrado por varios municipios sería el Jefe Provincial de Sanidad el que decidiese oyendo previamente al funcionario y a los Ayuntamientos interesados. El deber de residencia incluía también el emplazamiento de la farmacia en la misma localidad.

El Reglamento definía la **plantilla** del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares como el conjunto de todas plazas que se consideraban necesarias para realizar el servicio, las cuales únicamente podrían ser autorizadas y clasificadas por el Ministerio de Gobernación, a través del oportuno expediente[944].

Las plazas de farmacéuticos titulares pertenecientes a la plantilla del Cuerpo, se iban a clasificar[945] de acuerdo al censo de población de los respectivos municipios o agrupación de municipios en cuatro categorías: serían plazas de "primera categoría" aquellos con un censo de población de más de 5000 habitantes, los de "segunda categoría" serían de entre 3501 a 5000 habitantes, los de "tercera categoría" estarían comprendidos entre 2501 y 3000 habitantes y los de "cuarta categoría", con una población inferior a los 2500 habitantes.

El número de farmacéuticos titulares que tendrían que existir en cada Municipio o agrupación de ellos, estaría acorde con su número de habitantes, de la forma:

[944] Los Municipios no podían ni crear ni sostener, para sus servicios sanitarios, otras plazas distintas a las autorizadas y clasificadas por el Ministerio de Gobernación. Como ejemplos del trámite que tenían que seguir los Municipios para la creación de nuevas plazas de Farmacéuticos titulares en su Ayuntamiento, véase: *B.O.E.* nº 21 de 21/01/1955 y *B.O.E*. nº 228 de 16/08/1955.

[945] Se ordenó por parte del Ministerio de Gobernación a la Dirección General de Sanidad, a través de la Orden de 26 de abril de 1955 (*B.O.E.* nº130 de 10/05/1955), que se procediera a la revisión de las clasificaciones de las plantillas del personal sanitario al servicio de los municipios pero, ante la imposibilidad de llevarlo a cabo de la forma establecida en dicha Orden, se tuvo que dictar otra Orden el 21 de enero de 1957 (*B.O.E.* nº40 de 09/02/1957) para llevarla a cabo.

En ella, se disponía que se tendría que nombrar una Comisión en cada Provincia para la redacción de la clasificación de las plazas comprendidas en todos los municipios enclavados en su demarcación determinando el número y categoría de las mismas. Una vez redactado el proyecto de clasificación separado por cada Cuerpo, se remitiría a la Dirección General de Sanidad para su aprobación provisional y posterior publicación en el Boletín Oficial del Estado en forma de Resolución y que una vez resueltas las alegaciones, pasaría a tener carácter definitivo, publicándose en forma de Orden.

Como ejemplo de Resolución de clasificación de plazas en la provincia de Murcia de los Cuerpos Generales de Sanidad Locales con carácter provisional publicadas en el BOE, véase: (*B.O.E.* nº296 de 29/06/1962) y como ejemplo de Orden de clasificación de plazas en la provincia de Murcia de los Cuerpos Generales de Sanidad Locales con carácter definitivo publicadas en el BOE, véase: (*B.O.E.* nº71 de 23/03/1963)

Municipios	Número de Farmacéuticos Titulares
Hasta 8000 habitantes	1
De 8001 a 20000 habitantes	2 a 3
De 20001 a 50000 habitantes	3 a 6
De 50001 a 100000 habitantes	5 a 10
De 100001 a 250000 habitantes	8 a 20
De 250001 a 500000 habitantes	15 a 30
Más de 500000 habitantes	20 a 40

El Escalafón del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares estaría formado por las relaciones autorizadas de los funcionarios que desempeñasen en propiedad las plazas integrantes de las respectivas plantillas o que tuviesen derecho a desempeñarlas. Cada Escalafón tenía que ser rectificado cada 5 años como máximo y tendría que comprender a todos los titulares que formasen el Cuerpo dispuestos por riguroso orden cronológico de ingreso y a los ingresados en la misma fecha, por el orden de la lista definitiva de aprobados; a falta de ésta por el tiempo de servicios computados para el ingreso.

Los datos de cada funcionario incluido en el Escalafón estarían formados por el número de orden, nombre y dos apellidos, fecha de nacimiento, forma y fecha de ingreso, servicios computables en el Cuerpo y situación administrativa, destino y especialidad en su caso.

2.2.2.2.2.3.1. El ingreso al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares[946]

El ingreso se realizaba a través de una **oposición** directa que se tendría que celebrar todos los años[947]. La forma de llevar a cabo el proceso de oposición para el

[946] El Decreto 1717/1961, de 6 de septiembre de 1961, modificó los artículos 109, 119 y 126 del Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de noviembre de 1953 (*B.O.E.* nº 222 de 16/09/1961) debido a las "*especiales circunstancias* "que concurrían en el personal de los farmacéuticos titulares, reestableciendo para este grupo exclusivamente el ingreso directo en el Cuerpo mediante oposiciones directas y periódicas. También modificaba para los farmacéuticos titulares el concurso de prelación y la composición de los tribunales de oposición.

[947] Pese a establecer que debería realizarse una oposición cada año, durante el período comprendido entre la publicación del Reglamento del Personal de los Servicios Sanitario Municipales de 1953 hasta la publicación de la siguiente reglamentación a la que fueron sometidos los farmacéuticos titulares en el año 1964 a través de la Ley articulada de funcionarios civiles del Estado, se realizó únicamente un proceso de oposición para el ingreso en el Cuerpo (CFT) en el año 1962, lo que provocó que existiesen un elevado número de vacantes a titular sin cubrir.

ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares consistía en la convocatoria primeramente de la oposición por la Dirección General de Sanidad a través de una Orden que tenía que ser publicada en el Boletín Oficial del Estado, en la que se tenía que incluir como condiciones de los aspirantes el hecho de ser españoles, mayores de edad, que se encontrasen en posesión del título de Farmacia, que careciesen de antecedentes penales, que observasen buena conducta, que tuviesen una aptitud física para el desempeño del cargo y que justificasen su adhesión al Régimen. En cuanto a las mujeres, tenían que haber cumplido el Servicio Social, si no se hallasen exentas de su cumplimiento.

La oposición consistía en la realización de tres ejercicios, todos ellos eliminatorios. Un primer ejercicio oral consistente en desarrollar cuatro temas sacados a suerte del programa aprobado por la Dirección General de Sanidad, el segundo ejercicio consistiría en la solución de uno o varios problemas de análisis clínicos, atendiendo especialmente al aspecto práctico y el tercer ejercicio consistiría que ejercicio práctico en la solución de uno o varios problemas bromatológico, atendiendo especialmente al aspecto práctico.

El Tribunal[948] encargado de juzgar las oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares estaría presidido por un farmacéutico Consejero Nacional de Sanidad, el Inspector General de Farmacia o un miembro de la Real Academia de Farmacia. Como Vocales se incluirían a un farmacéutico Jefe de la Sección de Inspectores Farmacéuticos Municipales de la Dirección General de Sanidad, un catedrático de la Facultad de Farmacia, un farmacéutico titular propuesto por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos y un farmacéutico titular propuesto por la Secretaría General del Movimiento.

Esta única oposición se convocó a través de la Orden del Ministerio de la Gobernación de 25 de octubre de 1962 (*B.O.E.* nº 284 de 27/11/1962), mediante la Resolución de la Dirección General de Sanidad de 17 de diciembre de 1963 (*B.O.E.* nº 10 de 11/01/1963), a la cual se inscribieron 1827 aspirantes (Resolución de la Dirección General de Sanidad de 22 de marzo de 1963; *B.O.E*. nº82 de 05/04/1963, modificada por la Resolución de la Dirección General de Sanidad de 22 de julio de 1963; *B.O.E.* nº186 de 05/08/1963), aprobando un total de 1030 aspirantes (Orden de 17 de febrero de 1964; *B.O.E.* nº82 de 04/04/1964), los cuales fueron incluidos en el Escalafón de Farmacéuticos Titulares (Inspectores farmacéuticos municipales) al final del mismo y por el mismo orden de puntuación obtenida.

[948] El Tribunal designado para la oposición libre para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares convocada en el año 1962, se designó mediante la Orden de 18 de junio de 1963. *Boletín Oficial del Estado* nº161 de 06/07/1963.

El programa para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (Inspectores Farmacéuticos Municipales) se aprobó en el año 1962[949], manteniendo prácticamente los mismos bloques temáticos de programas anteriores, acordes con las funciones que desarrollaban. El temario se estructuraba en las siguientes partes: Legislación Farmacéutica; Desinfección, Desinsectación y Desratización; Análisis Clínicos; Fisiología e higiene de la Alimentación y Bromatología y análisis. En comparación con el temario anterior del año 1947, desaparece todo lo relativo a la toxicología, incorporándose como novedad los temas relativos a nuevas competencias relativas a la calidad del aire, las aguas residuales y las plantas medicinales y aromáticas.

2.2.2.2.2.3.2. La provisión de las vacantes de farmacéuticos titulares

La provisión de las vacantes para ocuparlas en propiedad, se podría realizar a través de un proceso de oposición directa y libre o bien a través de un **concurso de prelación**[950] entre todos aquellos titulares que figurasen en el Escalafón del Cuerpo y no tuviesen impedimento legal para concurrir y de acuerdo a un orden de preferencia[951].

---

[949] Resolución de la Dirección General de Sanidad de 6 de octubre de 1961, por la que se trascribe el programa de las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Farmacéuticos titulares (Inspectores Farmacéuticos Titulares). *Boletín Oficial del Estado* nº1 de 01/01/1962. Véase **Apéndice 4.**

[950] Durante el período comprendido entre los años 1953 y 1964, se realizaron dos procesos de concursos de antigüedad para proveer las plazas de la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares:

El primero se realizó a través de la convocatoria mediante la Orden de 8 de abril de 1957, por la que se convocaba concurso a plazas de farmacéuticos titulares (*B.O.E.* nº104 de 16/04/1957), quedando resuelto el mismo mediante la Orden de 20 de febrero de 1958, por la que se aprueba el concurso de antigüedad entre farmacéuticos titulares (Inspectores farmacéuticos municipales) (*B.O.E.* nº104 de 16/04/1957.

El segundo concurso de antigüedad se realizó a través de la convocatoria mediante la Orden de 30 de junio de 1964, por la que se dispuso que por la Dirección General de Sanidad se procediera a la convocatoria de concurso de antigüedad para proveer plazas de la plantilla del Cuerpo de farmacéuticos titulares (*B.O.E*. nº210 de 01/09/1964), quedando resuelto el mismo mediante la Orden de 23 de junio de 1965, por la que se resuelve con carácter definitivo concurso de provisión de plazas vacantes de la plantilla del Cuerpo Farmacéuticos Titulares (*B.O.E*. nº160 de 6/06/1965).

[951] El Decreto 1717/1961, de 6 de septiembre de 1961, dictó las normas de preferencia de los concursos de prelación: "*Primera: Los que se hallen en situación de excedencia activa o voluntaria respecto de la vacante que causaron al pasar a tal situación o, en su defecto, otra del mismo Municipio o Agrupación; Segunda: Los que en la fecha de publicación de la convocatoria lleven al menos un año desempeñando interinamente la plaza solicitada, siempre que ésta sea la única del Cuerpo en el Municipio, Agrupación o Mancomunidad; Tercera: Los que en la fecha de publicación de la convocatoria lleven al menos un año desempeñando interinamente la plaza solicitada, siempre que ésta sea la única del Cuerpo en el Municipio, Agrupación o Mancomunidad y Cuarta: La mayor antigüedad en el Cuerpo, entendiéndose por antigüedad la suma de los servicios computables el efecto*". Además, para los farmacéuticos titulares se fijaba como condición preferente sobre aquellas

Una vez nombrados en propiedad, los funcionarios tenían que tomar posesión de sus cargos ante el Jefe Provincial de Sanidad en el plazo de treinta días, disponiendo de 90 días para los casos de tener que instalar previamente la farmacia en la localidad. Posteriormente se presentaría al Alcalde, Presidente de la Agrupación o Mancomunidad con objeto de hacerse cargo de los servicios propios de su plaza, haciéndole entrega del Padrón de la Beneficencia municipal correspondiente a su demarcación.

Si después del concurso local de traslado la plaza se quedara vacante, se podría proceder a cubrir la plaza de la plantilla con carácter de interino por la propia Jefatura provincial a propuesta del Colegio Oficial de Farmacéuticos[952].

Las distintas situaciones administrativas en las que se podrían encontrar los funcionarios titulares serían el de servicio activo, la expectativa de destino, la licencia, el cese del servicio activo, la excedencia voluntaria, activa especial o forzosa y la baja definitiva del funcionario. Correspondía a la Dirección General de Sanidad la declaración de estas situaciones administrativas previo expediente que acreditase el hecho o hechos determinantes de aquellas[953].

"*el encontrarse establecido en el Municipio o Agrupación de Municipios con oficina de farmacia de su propiedad o abierta al público. Cuando haya más de uno se dará preferencia al que en estas condiciones ocupe plaza con carácter interino y en su defecto, el que lleve establecido más tiempo en el Municipio*".

[952] El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Provincia tenía que tener un libro de registro, de folios numerados y diligenciado por los Jefes provinciales de Sanidad en donde se tendrían que inscribir todos aquellos colegiados que, cumpliendo unas condiciones, aspirasen a desempeñar interinamente las vacantes en las plantillas del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. Orden de 2 de mayo de 1962, por la que se dictan normas para la provisión interina de plazas vacantes de los Cuerpos Generales Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº133 de 04/06/1962. La forma de provisión interina de vacantes fue posteriormente modificada por la Orden de 25 de marzo de 1980 (*B.O.E.* nº75 de 27/03/1980), incluyendo al Consejo General de Colegios Profesionales y por la Resolución de 26 de mayo de 1980 (*B.O.E.* nº141 de 12/06/1980), modificando las preferencias a la hora de realizar la provisión interna de vacantes, de tal forma que para el caso de los farmacéuticos titulares se realizaría con la siguiente preferencia:" *I. Tener oficina de Farmacia abierta al público en la localidad respectiva y estar provisto del utillaje de laboratorio correspondiente. II. Hallarse inscrito en el Registro del Colegio .por haber sido desplazado como interino. Esta preferencia se perderá si fueran convocadas oposiciones a su Cuerpo y el interesado no concurriera a las mismas, o no las superase. III. Mayor tiempo de servicios interinos en plaza de plantilla del propio Cuerpo. IV. Diplomado en Sanidad. V. Mayor número de personas bajo la exclusiva dependencia del interesado. VI. Riguroso orden de inscripción en el libro de Registro. caso de concurrencia en varios aspirantes de la primera preferencia aplicable, se designará al que ostente, además, la segunda en orden y así sucesivamente hasta deshacer el empate*".

[953] A través de la Orden de 18 de febrero de 1955, se le concedía un plazo para que los funcionarios de los Cuerpos afectados por el Reglamento de 27 de noviembre de 1953 solicitasen se les declarase en la situación administrativa que les correspondiese (*B.O.E.* nº54 de 23/02/1955). Posteriormente se ampliaría este plazo a través de la Orden de 16 de mayo de 1955 (*B.O.E.* nº140 de 20/05/1955).

Durante el período que abarcó la publicación del Reglamento del Personal de los Servicios Sanitario Municipales de 1953 hasta la publicación de la siguiente reglamentación a la que fueron sometidos los farmacéuticos titulares en el año 1964 a través de la Ley articulada de funcionarios civiles del Estado, se realizaron dos concursos a plazas de farmacéuticos titulares en los años 1957 y 1964 y una oposición para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en el año 1962.

En cuanto a su retribución, toda plaza de funcionario farmacéutico titular de la plantilla tendría una dotación anual fija en concepto de sueldo, de tal forma que el sueldo señalado a cada plaza tendría la consideración de sueldo base, al que habría que sumar un aumento de sueldo cada 5 años en concepto de quinquenios[954]. La suma del sueldo base y los quinquenios constituiría el sueldo consolidado por el funcionario. También tendrían derecho a las pagas extraordinarias y además podrían recibir de los Ayuntamiento las gratificaciones que concediesen a sus propios funcionarios técnicos en concepto de carestía de vida, gratificaciones especiales u otros análogos. Estos haberes tendrían que ser satisfechos por el Estado, las Mancomunidades sanitarias provinciales o las Corporaciones municipales según procediese[955].

Los funcionarios Farmacéuticos titulares y sus familiares tendrían derecho a los derechos pasivos de pensión de jubilación y pensión de viudedad y orfandad respectivamente.

Se consideraban faltas administrativas la ausencia injustificada, la irrespetuosidad en el acto de servicio, la revelación indebida de datos que se conociesen por razón a su cargo, el defectuoso cumplimiento de sus funciones y la conducta irregular, pudiéndose corregir dicha conducta a través del apercibimiento, una multa de quince días de haber, la suspensión de empleo y sueldo de quince días a un año, la pérdida, hasta cinco años de servicios computables en el Cuerpo, la destitución del cargo y la separación definitiva del servicio. Las faltas leves serían

[954] De acuerdo al Decreto de 30 de mayo de 1941 *(B.O.E.* nº 158 de 07/06/1941), modificado por el Decreto de 5 de febrero de 1943 (*B.O.E*. nº 50 de 19/02/1943), para atender el pago de los quinquenios a los que tuvieran derecho los funcionarios farmacéuticos municipales entre otros, los respectivos Ayuntamientos tenían que ingresar mensualmente en la Mancomunidad Sanitaria Provincial, además de los haberes de estos funcionarios, las cantidades que les correspondiera satisfacer a cada Ayuntamiento por los quinquenios que tuviesen reconocidos el personal sanitario a su servicio.

[955] El pago de las retribuciones del personal sanitario municipal lo asumiría el Estado a partir de la entrada en vigor de la Ley 85 de 24 de diciembre de 1962 (*B.O.E.* nº310 de 27/12/1962).

corregidas con apercibimiento a través del Jefe Provincial de Sanidad u Organismos superiores, mientras que las calificadas como graves o muy graves serían corregidas, previo expediente disciplinario, por el Ministerio de la Gobernación.

2.2.2.2.2.4. LOS FARMACÉUTICOS TITULARES COMO FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

Paralelamente al Reglamento del personal sanitario local del año 1953, se fue configurando la reglamentación de los Funcionarios Civiles del Estado, siendo incluido el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares dentro de los "*Cuerpos especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local*", dejando de ser "*Funcionarios Técnicos Sanitarios al servicio de la Sanidad Local*".

Así, en el año 1963, se aprueba la Ley de Bases de los Funcionarios Civiles del Estado, consecuencia de la intensa reforma administrativa realizada tanto en el aspecto orgánico como funcional y que culminaría con el perfeccionamiento del régimen aplicable a los funcionarios públicos, asumiendo que "*la clave de la eficacia de la administración radica fundamentalmente en la calidad de quienes la sirven y en el acertado régimen de personal que tenga establecido*"[956]. Unos meses después se produjo la articulación de dicha Ley a través de un Decreto[957].

Los Sanitarios locales estarían incluidos dentro del ámbito de aplicación de la Ley por estar considerados funcionarios de la Administración Civil del Estado y no quedar excluidos de su ámbito de aplicación[958]. Aunque al principio surgieran discrepancias en su aplicación por la singularidad de sus funciones, el Tribunal Supremo, en una sentencia de 12 de diciembre de 1969 sentaría la doctrina de que "*si bien los sanitarios locales son funcionarios de la Administración civil del Estado, lo son de cuerpo especial y se rigen por sus disposiciones específicas*", de este modo, la

[956] Ley 109 de 20 de julio de 1963, de Bases de los funcionarios civiles del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº175 de 23/07/1963.
[957] Decreto 315 de 7 de febrero de 1964, por el que se aprueba la Ley articulada de funcionarios civiles del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº40 de 15/02/1964.
[958] Según el artículo 2.2, estarían excluidos de su ámbito de aplicación: "*a) los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, los cuales se regirán por sus disposiciones especiales. b) Los funcionarios de los Organismos autónomos a que se refiere el artículo ochenta y dos de la Ley de veintiséis de diciembre de mil novecientos cincuenta y ocho, quienes se regirán por el Estatuto previsto en dicho precepto legal. c) los funcionarios que no perciban sueldos o asignaciones de personal de los Presupuestos Generales del Estado*". Según su artículo 3, la Ley tendría carácter supletorio respecto de todas las disposiciones legales y reglamentarias relativas a los demás funcionarios, cualquiera que fuese la clase de éstos y la Entidad administrativa a la que prestasen sus servicios.

Ley de 1964 les fue solamente aplicable con carácter supletorio[959]. Por tanto, el Cuerpo de Farmacéuticos titulares se encuadraría dentro de los Cuerpos especiales[960] y se regiría por la Ley articulada de los funcionarios civiles del Estado excepto en lo que se refería a los diplomas, la selección, formación y aprovechamiento y la provisión de los puestos de trabajo, que se realizarían por sus disposiciones específicas[961].

En cuanto a las retribuciones de los funcionarios, se establecía que debía realizarse un proyecto de Ley de retribuciones y un cuadro general de coeficientes multiplicadores aparte de la Ley donde se ordenara las retribuciones de los más de 240000 funcionarios de la Administración Civil del Estado, poniendo en orden los distintos conceptos de retribución, las enormes diversidades existentes, los distintos criterios de aplicación y las diferentes fuentes de financiación.

Para ello, se publicó en el año 1965 la Ley 31 de 4 de mayo[962], incorporando un nuevo sistema de retribución donde acabaría con los sueldos calculados sobre las categorías administrativas y estableciendo en su lugar un sueldo-base igual a todos los funcionarios, un coeficiente multiplicador de ese sueldo-base que determinaría el sueldo que correspondería a cada Cuerpo de funcionarios, unos trienios en concepto de pago a la antigüedad en el servicio y un complemento familiar en proporción a las cargas familiares que el funcionario tuviese que mantener.

Fueron las peculiaridades propias de las de las funciones que tenían los Sanitarios Locales[963], las que hicieron que se legislaran las retribuciones de estos

---

[959] Villarino Samalea, G.: El personal al servicio de la Sanidad local: Los funcionarios sanitarios locales. *DS: Derecho y salud*, 1997, vol. 5, nº1, pp45-61.

[960] Según el artículo 24 Se consideraban funcionarios de Cuerpos especiales los que ejercían actividades que constituían el objeto de una peculiar carrera o profesión y los que tienen asignado dicho carácter por razón de las circunstancias concurrentes en la función administrativa que les estuviera encomendada.

[961] En desarrollo de la Ley articulada de Funcionarios Civiles del Estado de 7 de febrero de 1964, se establecieron las normas sobre las relaciones de los funcionarios y hojas de servicio a través del Decreto 864 de 9 de abril de 1964 (*B.O.E.* nº87 de 10/04/1964); las bases para la clasificación de puestos de trabajo y formación de las plantillas orgánicas, a través del Decreto 865 de 9 de abril de 1964 (*B.O.E.* nº87 de 10/04/1964) y la Orden de 30 de junio de 1964 (*B.O.E.* nº158 de 02/07/1964) y la forma de retribuciones de los funcionarios de la Administración Civil del Estado a través de la Ley 31 de 4 de mayo de 1865 (*B.O.E.* nº107 de 05/05/1965).

[962] Ley 31 de 4 de mayo de 1965, sobre retribuciones de los funcionarios de la Administración Civil del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº107 de 05/05/1965.

[963] El preámbulo de la Ley tiene en cuenta estas peculiaridades en sus funciones de la forma: "*Se tiene presente que la mayoría de los puestos de trabajo correspondientes a los Cuerpos objeto de regulación son desempeñados en circunstancias muy peculiares. Y así las funciones típicamente sanitarias y las asistenciales a las familias incluidas en los Patrones de Beneficencia, sólo absorben una parte de la total capacidad de actuación que cabe estimar como normal en el funcionario*

Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local de una forma especial y diferenciada a través de la Ley 116[964] del año 1966, ajustándolas a la de los funcionarios del Estado, condicionándose a su vez a una revisión de plantillas de forma que permitiesen atemperar las funciones públicas ejercidas por los sanitarios locales a las circunstancias de ese momento, coordinándolas con las de niveles superiores y suspendiendo temporalmente la provisión de las vacantes[965].

2.2.2.2.2.4.1. Las retribuciones de los farmacéuticos titulares

La reforma que se produjo en las Haciendas municipales a raíz de la Ley 85[966] del año 1862 provocaría la asunción por el Estado de ciertas cargas municipales entre las que se encontraba el pago del personal sanitario municipal para compensar a los Ayuntamientos los ingresos que iban a perder con la supresión de la imposición municipal sobre el consumo. De esta forma se conseguía la vieja aspiración tanto por parte de los Ayuntamientos como por parte de los facultativos titulares de que el Estado asumiese la carga de las retribuciones de los servicios sanitarios municipales. Esta asunción iba a comprender la totalidad de los haberes activos y de los haberes pasivos reconocidos de los funcionarios en forma de sueldos, quinquenios u otros conceptos percibidos a través de las Mancomunidades, dejando como única salvedad a cargo de los Ayuntamientos, las diferencias superiores a los mínimos legales que regían para los Cuerpos Generales Sanitarios Locales, que se respetarían como derecho personal y a "extinguir". Fuera de ellas las Corporaciones Municipales no podrían satisfacer ninguna otra retribución a este personal.

---

titulado, dándose el hecho de que estos funcionarios simultanean –incluso obligatoriamente por precepto reglamentario- sus propias funciones con la prestación de otros servicios al sector público y al sector privado. Y así, por otra parte, el funcionario no suele estar sujeto a horario, su servicio es potencialmente permanente en cuanto a acudir a cualquier hora, siempre que su presencia sea requerida."

[964] Ley 116 de 28 de diciembre de 1966, sobre retribuciones de los Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº311 de 29/12/1966.

[965] Para Nazario Díaz, "*lo que presumiblemente parecía iba a suponer importantes ventajas para tales funcionarios y para el desarrollo y mejora de sus actividades y funciones, sólo constituyó un "tributo": el ser considerados funcionarios técnicos de la Administración Civil (ya no de la Administración local), pero a costa de que la estructura de los partidos y plazas fuera profundamente modificada sobre la base de la amortización de numerosos puestos de trabajo*". Ibídem 945; p21.

[966] Ley 85 de 24 de diciembre de 1962, sobre reformas de haciendas municipales (*B.O.E.*nº310 de 27/12/1962) y modificada por la Ley 106/1963 de 20 de julio, por la que se concede un crédito extraordinario de 165.000.000 de pesetas al Ministerio de la Gobernación para exceptuar el pago de haberes del personal sanitario de los Ayuntamientos de Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Cádiz, Málaga, Oviedo, Bilbao, San Sebastián, Granada y Gijón del régimen establecido en la Ley número 85, de 24 de diciembre de 1962, compensado con anulación de otras dotaciones del mismo Departamento (*B.O.E.* nº175 de 23/07/1963).

Las retribuciones básicas de los farmacéuticos titulares se realizarían en base a los conceptos definidos legalmente por la Ley 109/1963, de bases de los funcionarios civiles del Estado, el Decreto 315/1964, por el que se aprueba la Ley articulada de funcionarios civiles del Estado y la Ley 31/1965, sobre retribuciones de los funcionarios de la Administración Civil del Estado, y que iban a corresponder al sueldo base, los trienios y las dos pagas extraordinarias. Posteriormente, a través del Real Decreto-Ley 22/1977[967], se va a añadir a las retribuciones básicas el grado de la carrera administrativa, el cual se determinaría teniendo en cuenta la especial preparación técnica que, en razón de la función ejercida, se exija sobre la propia de cada nivel de titulación para el ingreso en los distintos Cuerpos, Escalas o Plazas.

El sueldo base se fijaba en 36000 pesetas anuales y a éste habría que aplicar un coeficiente multiplicador correspondiente al Cuerpo de Farmacéuticos titulares para calcular el sueldo de cada funcionario; los trienios serían fijados sobre el promedio de las treinta y seis mensualidades ordinarias correspondientes y las dos pagas extraordinarias a las que tendrían derecho, equivaldrían cada una de ellas a una mensualidad de sueldo y trienios.

A estos conceptos retributivos habría que añadir otros en base a la peculiar naturaleza de las funciones encomendadas a estos Cuerpos Especiales y que tendrían en cuenta el tratamiento especial para garantizar la presencia de estos funcionarios sanitarios en zonas rurales menos desarrolladas, las dedicaciones superiores a lo establecido y a las peculiaridades del horario de su jornada normal de trabajo. Estos complementos de sueldo, fijados por el Consejo de Ministros, se dividirían a su vez en complementos de destino, complemento de dedicación especial, gratificaciones por servicios especiales y complementos familiares.

Con los complementos de destino se atendían principalmente puestos de trabajo que implicasen responsabilidad, penosidad o aislamiento. El complemento de dedicación especial iba a atender a puestos que implicaban una dedicación extraordinaria no habitual superior al señalado con carácter general para el Cuerpo. La concesión de gratificaciones por servicios especiales o extraordinarios se tenía que basar en la eficacia sanitaria alcanzada por el servicio gratificado y el

[967] Real Decreto-Ley 22 de 30 de marzo de 1977, de reforma de la legislación sobre funcionarios de la Administración Civil del Estado y personal militar de los ejércitos de Tierra, Mar y Aire. *Boletín Oficial del Estado* nº83 de 07/04/1977.

complemento familiar sería para funcionarios con hijos subnormales, inválidos o ciegos.

A todas estas remuneraciones habría que sumar las indemnizaciones para compensar especialmente los continuos desplazamientos que exigía el desempeño de sus funciones en las zonas rurales o con deficientes medios de comunicación.

La Ley especial de retribuciones de los funcionarios al servicio de la sanidad local se complementó posteriormente con una serie de disposiciones de menor rango normativo encaminadas a:

- Fijar las equivalencias del grado de actividad de los Cuerpos de Sanitarios Locales respecto a la jornada normal de trabajo de los funcionarios civiles del Estado y así aplicar la debida proporción en las remuneraciones previstas. Los Farmacéuticos titulares percibirían sus remuneraciones con arreglo al 50% una vez verificada la revisión de la plantilla del Cuerpo[968]. Posteriormente se fijaría la equivalencia en el 100%[969].
- Igualar el sueldo base de los funcionarios locales al de los funcionarios del Estado[970], subiendo posteriormente un 25% el sueldo base, fijándolo en 45000 pesetas anuales[971]
- Asignar los coeficientes multiplicadores a cada Cuerpo de Sanitarios Locales. Al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares les correspondió un coeficiente de 4,00[972].
- Dictar las instrucciones para aplicar el nuevo sistema de retribuciones en los Cuerpos Sanitarios Locales, teniendo en cuenta los coeficientes multiplicadores y las equivalencias de grado de actividad[973].

---

[968] Decreto 187 de 2 de febrero de 1967, por el que se fijan las equivalencias del grado de actividad de los Cuerpos de Sanitarios Locales respecto a la jornada normal de trabajo de los funcionarios civiles del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº37 de 13/02/1967.

[969] Decreto 2344 de 7 de julio de 1972, por el que se modifica el grado de actividad de los Cuerpos especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. *Boletín Oficial del Estado* nº225 de 19/09/1972.

[970] Decreto 2056 de 17 de agosto de 1973, sobre la aplicación de las normas del Decreto-Ley relativo a la acomodación de las retribuciones de los funcionarios locales a los del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº214 de 06/09/1973.

[971] Decreto 2463 de 9 de agosto de 1974, por el que se fija el sueldo base de los funcionarios de la Administración Local. *Boletín Oficial del Estado* nº216 de 09/09/1974.

[972] Decreto 192 de 2 de febrero de 1967, por el que se asignan los coeficientes multiplicadores a los Cuerpos de Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº37 de 13/02/1967.

[973] Orden de 27 de julio de 1967, por el que se dictan instrucciones para la aplicación del nuevo sistema de retribuciones en los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº199 de 21/08/1967.

- Aprobar el régimen provisional de complementos de sueldo en los Cuerpos de Sanitarios Locales. Estos complementos de sueldo se van a clasificar a su vez en complementos de destino (por Jefatura, por aislamiento y por funciones de excepción), complementos de dedicación especial (por prolongación de jornada, por plena dedicación sin horario fijo y por dedicación exclusiva) y gratificaciones por servicios especiales o extraordinarios prestados en el ejercicio de la función pública[974].

- Reglamentar el régimen de acumulaciones de plazas de Sanitarios Locales, justificándose por la necesidad de que los servicios sanitarios estuviesen atendidos en todo momento y sin interrupción por un profesional titulado, aún en los supuestos de no disponer de ningún funcionario que ocupase formalmente en propiedad o con carácter de interino el correspondiente puesto de trabajo. Para ello, se enunciaba los casos en los que iba a proceder la acumulación, el ejercicio de la facultad de acumular con el señalamiento de las preferencias genéricas y la posibilidad de no ajustarse a ellas en caso de motivados, la retribución por el desempeño de las plazas acumuladas y el tratamiento especial de las agregaciones permanentes. En el caso de las acumulaciones para la plaza de Farmacéuticos titulares, tendría preferencia quien ocupase ese puesto en el partido más próximo[975].

- Reglamentar sobre la consignación presupuestaria que determinados Ayuntamientos realizaban para el pago de compensación de igualas sanitarias en zonas rurales. El Estado solo iba a asumir los servicios sanitarios que con arreglo a la legislación local fuesen competencia municipal y no aquellas que el Ayuntamiento subvencionase al pago de las cantidades que el vecindario debiera satisfacer en concepto de igualas al mismo y que le daba derecho a utilizar la correspondiente actividad profesional privada[976].

- Regular el régimen de retribuciones de quienes sustituyan a los Sanitarios Locales en su ausencia como consecuencia de sus vacaciones anuales,

[974] Decreto 3206 de 28 de diciembre de 1967, por el que se aprueba el régimen provisional de complementos de sueldo en los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº13 de 15/01/1968.
[975] Decreto 3207 de 28 de diciembre de 1967, por el que se desarrolla el artículo 10 de la Ley 116/1966, reglamentando el régimen de acumulaciones de plazas en los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº13 de 15/01/1968.
[976] Orden de 11 de julio de 1968, relativa la consignación presupuestaria que determinados Ayuntamientos realizaban para el pago de compensación de igualas sanitarias en zonas rurales. *Boletín Oficial del Estado* nº189 de 07/08/1968.

sustituciones por comisión temporal, licencias por enfermedad y por matrimonio, las cuales serán retribuidas. En el resto de casos las sustituciones no serían retribuidas, siendo obligatoria la sustitución por parte del titular de otra plaza del mismo Centro, establecimiento o Partido[977].

Una vez lograda la uniformidad en los nuevos conceptos retributivos con los funcionarios del Estado, se impuso una paralela uniformidad en los **derechos pasivos**, por lo que equiparó decididamente al personal de estos Cuerpos especiales al servicio de la Sanidad Local al régimen común de derechos pasivos de los funcionarios civiles del Estado a través del Decreto 1120/1966, de 21 de abril[978]. Así, cuando estos cesaban en el servicio, causarían para sí o para sus familias, las pensiones que se determinasen con las condiciones y los requisitos que se estableciesen. Las referidas pensiones podrían ser: de jubilación, de viudedad, de orfandad y a favor de los padres o del que de ellos viviere, y todas podrían ser de carácter ordinario o extraordinario en los casos en los que el funcionario se inutilizase o falleciese en acto de servicio o como consecuencia de él, por accidente o por riesgo específico de su cargo.

2.2.2.2.2.4.2. El escalafón del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (CFT)

Considerando que el Escalafón del CFT estaba constituido por las relaciones autorizadas de funcionarios que desempeñaban en propiedad las plazas integrantes en la plantilla o bien que tenían derecho a desempeñarlas, con objeto de acomodar todas las funciones del personal de los servicios sanitarios locales farmacéuticos titulares a los preceptos del nuevo reglamento de 1954 y a fin de no interrumpir la normalidad de sus servicios, se impuso la necesidad de rectificar el Escalafón de los farmacéuticos que integraban la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (inspectores farmacéuticos municipales) que se había aprobado definitivamente en el año 1942, incorporando a todos aquellos farmacéuticos que figuraban en las relaciones de aprobados en las oposiciones de ingreso al Cuerpo celebradas entre los

[977] Decreto 3283 de 26 de diciembre de 1968, por el que se regula el régimen de retribuciones de quienes sustituyan a los Sanitarios Locales en su ausencia. *Boletín Oficial del Estado* nº17 de 20/01/1969.
[978] Decreto 1120 de 21 de abril de 1966, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Derechos Pasivos de los Funcionarios de la Administración Civil del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº108 de 06/05/1966.

años 1941 y 1954, ambos inclusive y eliminando las bajas naturales a consecuencia de fallecimiento, por edad reglamentaria o por cualquier otra causa legal.

Para proceder a la rectificación del Escalafón de Farmacéuticos titulares, el Ministro de la Gobernación dictó una Orden en el año 1954[979] para que las distintas Jefaturas Provinciales de Sanidad de todas las Provincias remitiesen a la Dirección General de Sanidad los datos necesarios para la confección del nuevo Escalafón correspondientes a los servicios efectivos prestados desde la fecha de 31 de diciembre de 1940, fecha del cierre del anterior Escalafón, al 31 de diciembre de 1954.

Dos años más tarde se publicó la Orden de 23 de julio[980], disponiendo la publicación provisional del Escalafón del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (Inspectores Farmacéuticos municipales), el cual clasificaría los puestos por riguroso orden de antigüedad, teniendo en cuenta que la antigüedad computable era la prestación efectiva de servicios como inspector farmacéutico en propiedad, en cargo técnico de funciones análogas y para los interinos pertenecientes al Cuerpo, la de a partir del 1 de enero de 1954 (fecha de vigencia del Reglamento del personal de los servicios sanitarios locales). Aquellos que no acreditaran los servicios efectivos se colocarían por rigurosa antigüedad de ingreso en el Cuerpo, mientras que los que hubiesen ingresado por oposición, se clasificarían por orden cronológico de celebración y dentro de cada una de ellas, por la puntuación obtenida.

Finalmente fue a través de una Orden[981] del año 1957 cuando el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (Inspectores Farmacéuticos municipales) se dotaría por segunda vez de su Escalafón propio definitivo. Dicho Escalafón, publicado por la Dirección General de Sanidad en el Boletín Oficial del Estado, contó con la inclusión de los farmacéuticos que desempeñaron sus plazas de farmacéuticos titulares y que habían justificado sus servicios prestados a fecha de 31 de diciembre de 1954, de

[979] Orden de 20 de diciembre de 1954, por la que se rectifica el Escalafón de Farmacéuticos titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 2 de 02/01/1955.
[980] Orden de 23 de julio de 1956, por la que se dispone la publicación del Escalafón del Cuerpo de Farmacéuticos titulares (Inspectores Farmacéuticos municipales). *Boletín Oficial del Estado* nº 258 de 14/09/1956.
[981] Orden de 31 de diciembre de 1957, por la que se aprueba con carácter definitivo el del Cuerpo de Farmacéuticos titulares (Inspectores Farmacéuticos municipales), con arreglo a las normas establecidas en las Órdenes ministeriales de 20 de diciembre de 1954 y 23 de julio de 1956. *Boletín Oficial del Estado* nº 115 de 14/05/1958 y Dirección General de Sanidad: Escalafón de Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 115 de 14/05/1958. Fascículo único.

acuerdo con lo preceptuado según el Reglamento de Personal de los Servicios sanitarios locales del año 1953.

En 1961, y una vez transcurrido el tiempo para llevar a cabo una nueva rectificación del Escalafón al haber pasado más de 5 años desde el cómputo de los servicios prestados computados a los farmacéuticos titulares establecido a fecha de 31 de diciembre de 1954, el Ministerio de la Gobernación dispuso que se llevase a cabo dicha rectificación a través de una Orden[982] donde los farmacéuticos incluidos en el Escalafón tendrían que acreditar los servicios prestados en las plazas de la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, en propiedad o interinamente, expresando la fecha de toma de posesión o la del cese si lo hubo o que continuaban en el cargo en la fecha de certificación, referidos estos servicios al período de tiempo comprendido entre el 31 de diciembre de 1954 y el 31 de diciembre del año 1960.

Una vez que se produjo en el año 1963 la integración del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares dentro de los "*Cuerpos especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local*" a través de la Ley 109/1963, les fue de aplicación toda la normativa referente a los Funcionarios Civiles del Estado, incluyéndose la obligación por parte del Estado de confeccionar una relación circunstanciada para cada Cuerpo de todos los funcionarios que lo integrasen, cualquiera que fuese su situación, excepto jubilados, ordenados por fecha de su nombramiento y respetando el orden de promoción obtenido en las correspondientes pruebas selectivas[983].

La elaboración de la relación de funcionarios pertenecientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares se llevó a cabo de acuerdo a lo establecido en un Decreto[984] donde se establecieron las normas sobre dichas relaciones y en una Orden[985] donde se dictaron las instrucciones para su confección. Dichas relaciones se confeccionaron

[982] Orden de 4 de julio de 1961, por lo que se dispone que la Dirección General de Sanidad se lleve a cabo la rectificación del Escalafón de Farmacéuticos titulares con arreglo a las normas que se señalan. *Boletín Oficial del Estado* nº188 de 08/08/1961.

[983] Artículo 27.1 del Decreto 315 de 7 de febrero de 1964, por el que se aprueba la Ley articulada de Funcionarios Civiles del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº40 de 15/02/1964.

[984] Según el Decreto 864 de 9 de abril de 1964, por el que se establecen normas sobre relaciones de funcionarios y hojas de servicio (*B.O.E.* nº 87 de 10/04/1964) y el Decreto 865 de 9 de abril de 1964, por el que se establecen las bases para la clasificación de puestos de trabajo y plantillas orgánicas (*B.O.E.* nº 87 de 10/04/1964), por Presidencia del Gobierno, se tendrían que haber publicado antes del 01/01/1965 todas las relaciones de los funcionarios integrados en cada Cuerpo, considerando todas sus circunstancias referidas a la fecha de 31/12/1963.

[985] Orden de 7 de octubre de 1964, por la que se establece el modelo al que han de ajustarse las relaciones de funcionarios pertenecientes a Cuerpos o escalas de la Administración Civil del Estado y se dictan normas para su confección. *Boletín Oficial del Estado* nº243 de 09/10/1964.

de acuerdo a un modelo normalizado donde se reflejaba por cada funcionario incluido en el Cuerpo: 1º un número de orden; 2º apellidos y nombre; 3º la fecha de nacimiento; 4º la fecha de su primer nombramiento en el Cuerpo; 5º los servicios efectivos prestados en el Cuerpo desde su nombramiento y totalizados a fecha de 31/12/1963; 6º las iniciales del Ministerio donde el funcionario presta sus servicios si se encuentra en actividad; 7º el Servicio u Organismo administrativo en el que el funcionario se encuentre destinado; 8º la localidad donde radique su servicio y 9º el número de Registro personal.

Finalmente fue a través de una Orden[986] del año 1970 cuando el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares se dota nuevamente de una relación de funcionarios correspondientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, referida al 31 de diciembre de 1969. Dicho Cuerpo se integraría por un total de 5.036 funcionarios farmacéuticos titulares, de los cuales 2.085 se encontraban prestando sus servicios al Ministerio de la Gobernación como Farmacéuticos Titulares, encontrándose el resto de funcionarios en la situación de "excedente voluntario".

2.2.2.2.2.4.3. La reestructuración del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares

> *" (…) Fue antes de 1970 cuando como consecuencia de los Planes de Estabilización, y con el fin de no aumentar el gasto público, se llegó a la errónea solución de amortización de plazas de Farmacéuticos Titulares, que venían a producirse, siempre y cuando los Funcionarios de Carrera pedían aumentos de sueldos.*
>
> *La forma jurídica que se daba era que se adscribían las plazas a los Servicios Centrales Periféricos de la Dirección General de Sanidad, lo cual era cierto, pero también lo es que el servicio se deterioraba, al concentrarse y quedar amplias zonas sin la correspondiente inspección.*
>
> *Posteriormente, en 1975, y según la Orden de 2 de julio de 1975, se vuelve a producir la misma situación suprimiéndose múltiples Titulares Farmacéuticos en casi todas las provincias.*
>
> *En el mes de mayo pasado vuelve la guillotina gubernamental a descabezar Partidos Farmacéuticos, con el pretexto de no haber sido ocupadas en los diez años anteriores de manera definitiva.*
>
> *Es a todas luces patente, que durante estos últimos años la convocatoria de Oposiciones al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares ha sufrido un desbarajuste tremendo, ya que se convocaban cuando la presión de la clase se hacía insoportable, pero aún más, se sacaban a concurso plazas desde un punto totalmente caprichoso, haciéndose "reservas" inexplicables, llegándose a dar el caso de que Funcionarios*

[986] Orden de 30 de junio de 1970, por la que se aprueba y publica la relación de funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 297 de 12/12/1970. Suplemento.

> *han pasado a disfrutar la propiedad definitiva de la plaza que venían desempeñando, después de haber tomado posesión de ella interinamente ocho años, luego la excusa de la ocupación no sirve por estar maleada de origen. (…)"*[987]

La asunción y posterior reglamentación por parte del Estado de las retribuciones de los sanitarios locales a través de la Ley 116/1966 de 28 de diciembre fue condicionada a que se produjese una revisión de las plantillas de los Cuerpos Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad local, de forma que permitiese atemperar las funciones públicas ejercidas por los sanitarios locales a las circunstancias del momento[988] y coordinarlas, en la medida de lo posible, con las de niveles superiores[989]. Durante el plazo de un año también se paralizó la provisión de plazas vacantes de Sanitarios titulares[990].

Con ese objeto y en orden a realizar una simplificación de los servicios farmacéuticos locales y mejorar la coordinación con los niveles superiores, se previó la asunción por parte de los Institutos Provinciales de Sanidad y de los Centros Secundarios de Sanidad de las funciones analíticas y de Inspección, encomendadas a los farmacéuticos titulares, que hubiesen de ser ejercidas en las mismas poblaciones en las que radicasen los centros sanitarios. También se contempló que existiesen demarcaciones sanitarias con escaso censo de población que por sí solo no justificase el mantenimiento de una plaza de titular.

---

[987] Manuel Fraga Iribarne preguntaba en el Congreso de los Diputados sobre la supresión de plazas de Inspectores Farmacéuticos Municipales (Farmacéuticos Titulares) y modificación de Partidos Farmacéuticos. *Boletín Oficial de las Cortes Generales: Congreso de los Diputados* nº2437-I de 15/10/1981.

[988] En dicho periodo se produjo una gran evolución industrial, demográfica, social y científica que conllevó una alta emigración de la población española del medio rural hacia zonas más industrializadas o a zonas fuera de España (Europa y América principalmente), provocando una despoblación bastante elevada en las zonas rurales, especialmente en las zonas más pobres.

[989] Disposición final cuarta de la Ley 116 de 28 de diciembre de 1966, sobre retribuciones de los Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº311 de 29/12/1966.

[990] A través de la Orden de 17 de marzo de 1967 se reguló temporalmente el desempeño de funciones y la provisión transitoria de plazas en los Cuerpos Sanitarios Locales (*B.O.E.* nº75 de 29/03/1967). En ella se estableció que no se convocarían concursos ni oposiciones para proveer plazas de plantilla de Cuerpos Sanitarios Locales hasta después del 30 de diciembre de 1967; se fijó la fecha de 28 de febrero de 1967 para la extinción de las plazas de farmacéuticos titulares no pertenecientes al Cuerpo junto con la encomendación de las funciones que estaban realizando y se estableció la posibilidad de establecer "vacantes condicionadas" para situaciones específicas transitorias.

En el desarrollo de la citada Ley 116/1966, se promulga el Decreto 188/1967[991] para la reorganización de los servicios de la Administración Sanitaria del Estado a nivel local, cuyos propósitos fueron por una parte, aligerar lo más posible la organización sanitaria tanto en zonas de menor densidad de población y con vías de comunicación suficientes, como en las aglomeraciones urbanas en que existía un número excesivos de puestos de trabajo de estos Cuerpos, facilitando al mismo tiempo la coordinación con los niveles superiores y por el otro lado promoviendo a niveles superiores a los sanitarios que en su mayoría veían limitadas sus perspectivas profesionales al medio rural.

Pero la realidad es que esta reestructuración se llevó a cabo a costa de que la estructura de los partidos y que las plazas de titulares fuesen modificadas profundamente sobre la base de la amortización de numerosos puestos de trabajo.

Estas amortizaciones de puestos de trabajo en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares se llevaron a cabo a través de la "extinción" de las siguientes plazas[992]:

- Todas las plazas encuadradas en partidos farmacéuticos de capitales de Provincia y de Municipios en que hubiesen Centros Secundarios de Sanidad. Las funciones de los farmacéuticos titulares de estas demarcaciones relativas a la realización de los análisis clínicos de los enfermos incluidos en el Padrón de Beneficencia y la práctica de los servicios como químicos sanitarios municipales, pasarían a desempeñarlas el Instituto Provincial de Sanidad o bien el respectivo Centro secundario, quedando a salvo la competencia del Laboratorio Municipal donde existiese. El resto de las funciones relativas al despacho de los medicamentos para las familias incluidas en el Padrón de la Beneficencia y el surtido de los medicamentos que necesitasen las Casas de Socorro y botiquines, se llevarían a cabo a través de los demás Farmacéuticos establecidos en el partido, sea cual fuere la antigüedad de sus oficinas de farmacia[993].

[991] Decreto 188 de 2 de febrero de 1967, por el que se adoptan medidas preliminares en orden a la revisión de plantillas de los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº37 de 13/02/1967.
[992] Artículo séptimo del Decreto 188 de 2 de febrero de 1967.
[993] Para Nazario Díaz, "*la realidad ha sido otra en la práctica, tales funciones ni fueron ni son asumidas o lo han sido precariamente*" También se reglamentó que excepcionalmente se podría exceptuar de la extinción o restablecerlas si la amortización de hubiese producido cuando las necesidades sanitarias así lo requiriese, aunque "*la realidad es que las amortizaciones se han ido produciendo no existe ningún caso en que se hayan aplicado estas excepciones*". Ibídem 945; p31.

- Todas las plazas que excediesen de un puesto en los demás partidos farmacéuticos en los que existiesen varias plazas.

Según el Decreto, la reestructuración que correspondía realizar en los partidos farmacéuticos, una vez evaluado el aprovechamiento de las actividades del personal, atemperado con las circunstancias de ese momento y coordinado con los servicios de niveles superiores, debía implicar una reducción de la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de 500 plazas[994]. Esta cifra sería en teoría, puesto que en la realidad de "*4376 plazas por aplicación del citado Decreto quedan 2993 y 448 a extinguir*"[995]. Esta reducción de plazas dejó sin efecto lo dispuesto en el Reglamento del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en relación al porcentaje de plazas de farmacéuticos titulares acorde con el censo de población de los respectivos municipios o agrupación de municipios.

Debido a la imposibilidad material de cumplir los plazos dictados por el Decreto 188/1967 (art. 13) para llevar a cabo la reestructuración de las diferentes plantillas, se tuvo que publicar un Decreto[996] por el que se subdividió dicha tarea en diversas fases, con objeto de no demorar la reducción de plantillas. Así, en una primera fase, se resolvió la amortización de aquellas plazas cuya supresión se evidenció como plenamente justificada, correspondiéndole a la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares la supresión de 297 plazas. El resto de plazas a amortizar hasta llegar a las 500 plazas se irían resolviendo en fases posteriores por requerir dicha supresión o modificación estudios más detenidos.

Unos años más tarde se va a volver a instar a realizar una nueva modificación de los partidos sanitarios y una revisión de las clasificaciones de puestos de trabajo y plantillas de los Cuerpo de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local, para "*adaptarlos en todo momento a las necesidades y conseguir la máxima productividad de los recursos humanos disponibles*", esta vez sobre la base de que se iba a realizar una profunda reforma de la Sanidad rural, consecuencia del III Plan de Desarrollo Económico Social, la creación de Centros Sanitarios de nivel

[994] Artículo décimo del Decreto 188 de 2 de febrero de 1967.
[995] Ibídem 945; p31.
[996] Decreto 3279 de 26 de diciembre de 1968, por el se aprueba una reestructuración parcial de partidos médicos, farmacéuticos y veterinarios y se dictan normas para proseguir la reforma de plantillas de los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. *Boletín Oficial del Estado* nº 17 de 20/01/1969.

comarcal y subcomarcal y la puesta en marcha de nuevas actividades relacionadas con la lucha contra las epizootias.

Para ello, el Ministerio de Gobernación aprobó un Decreto[997] en el que se instaba a que cada Provincia creara una Subcomisión Provincial de Reestructuración de Partidos Sanitarios con el objetivo de revisar los partidos sanitarios de la provincia respectiva para conseguir la máxima eficiencia y el mejor aprovechamiento de los recursos humanos disponibles para atender en cada momento las necesidades sanitarias de la población pero, teniendo en cuenta que dichas modificaciones no podrían suponer un aumento de puestos de trabajo en relación con las plazas ya consignadas en los Presupuestos Generales del Estado. El proceso culminó con la determinación de la Plantilla Orgánica de dicho Cuerpo, aprobada por Consejo de Ministros, en su reunión de 24 de julio de 1975, quedando establecida la composición de la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en 3.042 plazas y 328 plazas declaradas a extinguir[998].

El Decreto va a contemplar la posibilidad (art. 4) de que los puestos que se suprimiesen en los partidos sanitarios, pudieran ser adscritos a otros partidos, Casas de Socorro, Hospitales Municipales, Centros Comarcales y Subcomarcales, Jefaturas Provinciales o a servicios de la Dirección General de Sanidad o a otros Centros dependientes del Organismo Autónomo "Administración Institucional de la Sanidad Nacional", estableciendo que dichos funcionarios adscritos a cualquiera de dichos centros seguiría perteneciendo a la plantilla del Cuerpo que se tratase. Así mismo, se facultaba al Ministerio de Gobernación para determinar puestos de trabajo de los distintos Cuerpos, para atender con carácter inmediato, servicios y actividades sanitarias prioritarias.

[997] Decreto 3318 de 21 de noviembre de 1974, sobre modificación o determinación de partidos sanitarios, clasificación de puestos de trabajo y plantillas de los Cuerpos de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. *Boletín Oficial del Estado* nº 296 de 11/12/1974.

[998] Respuesta a la pregunta realizada por Manuel Fraga Iribarne en el Congreso de los Diputados sobre la supresión de plazas de Inspectores Farmacéuticos Municipales (Farmacéuticos Titulares) y modificación de Partidos Farmacéuticos. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*: Congreso de los Diputados nº2437-II de 02/12/1981.

Plazas de titular en 25-10-1933 (Gaceta Oficial)	4.376
Plazas a 31-12-1966	4.042

⇩

Amortizadas el 31-12-1966	85
Amortizadas Decreto 188/1967, capitales, provincia y plazas múltiples cubiertas por los no propietarios	319
Amortizadas a propuesta de la Comisión Central de Reestructuración	297
Declaradas a extinguir	448

⇩

Adscritas a Servicios Centrales (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social)	60
Adscritas a las Delegaciones Territoriales del Ministerio	118
En medio rural	2.864
TOTAL	3.042

Figura 6: Proceso de reestructuración del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (Fuente: Díaz López, N.: Estudio de la reestructuración orgánica y funcional de los farmacéuticos titulares. *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*. Servicio de Publicaciones. Madrid. 1980, p32.).[999]

Al proceso de amortización de plazas llevadas a cabo por el Decreto 188/1967, de 2 de febrero, Decreto 3279/1968, de 26 de diciembre y Decreto 3318/1974 de 21 de noviembre, así como otras disposiciones complementarias, le siguió un período a partir del año 1975 donde lo que se va a producir es una serie de reestructuraciones de los partidos farmacéuticos que, manteniendo íntegramente la plantilla Orgánica del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en las 3.042 plazas iniciales, se van a ir cubriendo con personal técnico-farmacéutico de los partidos farmacéuticos, plazas en las Jefaturas Provinciales de Sanidad (Delegaciones Territoriales) y en los Servicios Centrales, todo ello en atención a "*una mejor*

[999] Para Nazario Díaz era importante señalar que con las 2.864 plazas del medio rural se atendían uno 8.700 municipios entre los cuales no se incluían Navarra, las capitales de provincia y aquellos que disponían de Centros secundarios de Higiene; la conclusión de esto iba a ser que: "*a igualdad de funciones, a un aumento del área geográfica para la asistencia y las funciones de salud pública, una notable disminución de funcionarios o plazas*". Ibídem 945; p32.

utilización de unos muy justos recursos y con el objetivo de no dejar de cumplir ninguna de las funciones sanitarias encomendadas a este colectivo".

Las referidas reestructuraciones se realizaron en una primera etapa, atendiendo a lo previsto en el Decreto 3.318/1974 ya mencionado, y posteriormente en base a lo establecido por el Real Decreto 2.221/1978, de 25 de agosto, por el que se establece la confección del Mapa Sanitario Nacional[1000].

La forma de llevar a cabo este nuevo proceso de reestructuración consistiría en amortizar las plazas de farmacéuticos titulares que tuviesen escaso contenido funcional y se encontrasen vacantes, aconsejándose posteriormente a fusionarse con otros partidos farmacéuticos más próximos. Dicha plaza se incorporaría a los servicios centrales y provinciales en los nuevos puestos de trabajo creados en dichos niveles para reforzar el incremento de las actividades sanitarias farmacéuticas. Dicho proceso se llevó a cabo a través de diversas Órdenes aprobadas por el Ministerio de Gobernación[1001].

A todos estos funcionarios farmacéuticos adscritos a los órganos centrales y periféricos se les daba posteriormente la opción de formalizar su situación al poder presentarse a los concursos especiales como sistema de provisión definitiva en dichas plazas a través del Real Decreto 3031/1978[1002].

[1000] Según la Disposición transitoria del Real Decreto 2221/1978 de 25 de agosto (*B.O.E.* nº226 de 21/09/1978): *"En tanto se aprueba el Mapa Sanitario del territorio nacional, los expedientes de reestructuración de partidos sanitarios serán tramitados de oficio, previa audiencia de los interesados, por las Delegaciones Territoriales del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. que elevará, previo Informe de las correspondientes Comisiones Provinciales de Gobierno, las propuestas pertinentes a la Subsecretaria de la Salud para su resolución"*.

[1001] Como ejemplos de Órdenes del Ministerio de la Gobernación por las cuales se modificaban las demarcaciones de los Partidos Farmacéuticos y se adscribían puestos de trabajo de Farmacéuticos Titulares a los Servicios Centrales y Periféricos de la Dirección General de Sanidad, se podrían citar: La Orden de 02 de julio de 1975 (*B.O.E.* nº220 de 13/09/1975): 22 puestos; la Orden de 24 de mayo de 1976 (*B.O.E.* nº156 de 30/06/1976): 37 puestos; la Orden de 15 de noviembre de 1976 (*B.O.E.* nº17 de 20/01/1977): 23 puestos; la Orden de 13 de febrero de 1979 (*B.O.E.* nº43 de 19/02/1979): 20 puestos; la Orden de 16 de junio de 1979 (*B.O.E.* nº168 de 14/06/1979): 14 puestos; la Orden de 06 de marzo de 1980 (*B.O.E.* nº94 de 18/04/1980): 13 puestos; la Orden de 06 de marzo de 1980 (*B.O.E.* nº94 de 18/04/1980): 04 puestos; la Orden de 01 de septiembre de 1980 (*B.O.E.* nº248 de 15/10/1980): 07 puestos; la Orden de 02 de septiembre de 1980 (*B.O.E.* nº248 de 15/10/1980): 07 puestos; la Orden de 13 de febrero de 1981 (*B.O.E.* nº83 de 07/04/1981): 23 puestos y la Orden de 12 de diciembre de 1983 (*B.O.E.* nº14 de 17/01/1984): 02 puestos.

[1002] Real Decreto 3031 de 7 de diciembre de 1978, por el que se actualiza el Reglamento provisional para ingreso y provisión de puestos de trabajo en los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local, en el caso de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 307 de 25/12/1978.

2.2.2.2.2.4.4. El ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares

La reestructuración de los Cuerpos de sanitarios locales llevada a cabo desde la publicación de la Ley 56/1969 motivó la necesidad de regular nuevamente los sistemas de ingreso y provisión de puestos de trabajo de estos Cuerpos, adecuándolos a su vez con la Reglamentación general para el ingreso en la función pública del año 1965. Para ello se publicó en el año 1971 un Decreto[1003] que, pese a su carácter provisional, estuvo vigente hasta el traspaso de las competencias del personal al servicio de la sanidad local a las distintas Comunidades Autónomas[1004]. Como novedad principal respecto a la anterior norma fue la posibilidad que se les confería a los titulares de poder optar a plazas reservadas exclusivamente a los partidos rurales y a otras situadas en los Servicios e Instituciones Centrales de la Dirección General de Sanidad y Jefaturas Provinciales de Sanidad.

En él, se establecía que el **ingreso** en los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local, entre ellos el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, se podría realizar a través de una oposición libre o bien mediante un concurso-oposición restringido, ambos complementados con un cursillo de formación sanitaria, debiéndose convocar todos los años al menos una convocatoria de ingreso al Cuerpo.

Como requisitos generales para poder presentarse a la oposición libre, los facultativos farmacéuticos no podrían tener más de cincuenta años de edad, mientras que para poder presentarse al proceso de concurso-oposición restringido dichos facultativos tenían que tener más de cinco años de servicios como interinos en puestos de trabajo de la plantilla del Cuerpo.

La forma de llevar a cabo el proceso de oposición libre para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares consistía en la realización de tres ejercicios, siendo todos ellos eliminatorios. Un primer ejercicio oral consistiría en exponer cuatro temas sacados a suerte del programa aprobado por la Dirección General de

[1003] Decreto 2120 de 13 de agosto de 1971, por el que se aprueba el reglamento provisional para el ingreso y provisión de puestos de trabajo en los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local. *Boletín Oficial del Estado* nº 226 de 21/09/1971.

[1004] En el año 1986 se publicó el Real Decreto 1062 de 26 de mayo, por el que se reguló el sistema de unitario de méritos y traslados de los funcionarios de Cuerpos Sanitarios Locales (*B.O.E.* nº132 de 03/06/1986) a través del cual, el Ministerio de Sanidad y Consumo podría convocar, por razones de coordinación, concursos unitarios de méritos y traslados para los funcionarios de los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local, aunque con un carácter provisional hasta que fuesen regulados por los Órganos competentes de las Comunidades Autónomas los sistemas de provisión de plazas para dichos funcionarios.

Sanidad[1005], el segundo ejercicio consistiría en la solución de uno o varios problemas de análisis clínicos, atendiendo especialmente al aspecto práctico y el tercer ejercicio consistiría en la solución de uno o varios problemas de análisis toxicológicos o bromatológicos, atendiendo especialmente al aspecto práctico sanitario.

El Tribunal encargado de juzgar las oposiciones libres para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares estaría presidido por el Director General de Sanidad o un farmacéutico dependiente de la Dirección General de Sanidad, Jefe de Sección o con destino de nivel análogo o superior en quien delegue. Como Vocales, formarían parte del tribunal: dos farmacéuticos con destino en la Dirección General de Sanidad, propuestos por la Subdirección General de Farmacia y dos farmacéuticos del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares propuestos uno de ellos por la Organización Farmacéutica colegial.

El proceso de concurso-oposición restringido consistiría en la calificación de méritos alegados por los aspirantes (méritos específicos, méritos académicos, méritos profesionales, títulos y diplomas y trabajos y publicaciones)[1006] a lo que habría que añadir el proceso de oposición consistente en dos ejercicios eliminatorios: el primero escrito, donde se tendría que exponer dos temas del programa correspondiente, mientras que el segundo consistiría en la práctica o soluciones de problemas sobre cuestiones planteadas por el Tribunal.

Una vez aprobado el proceso anterior, los aspirantes tendrían que realizar un curso de formación sanitaria organizado por la Escuela Nacional de Sanidad, y en su caso, con la colaboración de las Escuelas Departamentales, Jefaturas Provinciales y Centros Sanitarios, previa aprobación de la Dirección General de Sanidad.

[1005] Resolución de la Dirección General de Sanidad de 6 de octubre de 1961, por la que se trascribe el programa de las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Farmacéuticos titulares (Inspectores Farmacéuticos Titulares). *Boletín Oficial del Estado* nº1 de 01/01/1962. A partir de la Orden de 23 de noviembre de 1978 (*B.O.E.* nº294 de 09/12/1978), se van a modificar los programas que van a regir para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, tanto para el proceso de oposición libre como para el proceso de concurso-oposición restringido.

[1006] La puntuación de los méritos se ajustaría al baremo que figura en el Anexo II del Decreto 2120 de 13 de agosto de 1971. El baremo para el concurso ordinario se regularía según el Anexo III (*B.O.E.* nº226 de 21/09/1971)

El programa de materias que rigieron las pruebas selectivas para ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares a partir del año 1978[1007], fue distinto dependiendo del proceso selectivo seguido: oposición libre y concurso oposición restringido.

El temario para la oposición libre constaba de 99 temas que se estructuraban en cuatro bloques: El primer bloque comprendía una mezcla de temas que incluían técnicas instrumentales, DDD, plaguicidas, materiales en contacto con los alimentos, detergentes, abonos, plantas medicinales y tóxicos, entre otros; el segundo bloque hacía referencia a todos los temas relacionados con los análisis clínicos; el tercer bloque se refería a la bromatología y su análisis químico y el cuarto bloque hacía referencia a los temas relacionados con la legislación farmacéutica y el Cuerpo de los inspectores farmacéuticos titulares, entre otros. El temario para el concurso-oposición restringido constaba de la mitad de los temas (50 temas) y se estructuraban en dos bloques compuestos por una mezcla resumida de los temas correspondientes al proceso de oposición libre.

En comparación con el temario anterior del año 1962, se introdujo el tema de las técnicas instrumentales y la Reglamentación de las actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas[1008].

2.2.2.2.2.4.5. La provisión de puestos de trabajo de farmacéuticos titulares

La **provisión interina de plazas vacantes[1009]** de farmacéuticos titulares, una vez resuelto el concursillo local[1010] si procediese, se realizaría a través de la

[1007] Orden de 23 de noviembre de 1978 por la que se convocan pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 294 de 09/12/1978. Véase **Apéndice 5.**

[1008] El Decreto 2414/1961, de 30 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Actividades Molestas, Insalubres, Nocivas y Peligrosas (*B.O.E.* nº292 de 07/12/1961), va a servir de base a los farmacéuticos titulares para la emisión de los informes sanitarios requeridos por los Ayuntamientos a la hora de solicitar las licencias municipales.

[1009] Orden de 2 de mayo de 1962, por la que se dictan normas para la provisión interina de plazas vacantes de los Cuerpos Generales de sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº133 de 04/06/1962.

[1010] Se producía cuando se declaraba una vacante en Municipio, Agrupación o Mancomunidad donde hubiese varias plazas. En este caso el Jefe Provincial de Sanidad convocaba un concursillo entre los demás funcionarios del Cuerpo con plaza en propiedad en el mismo Municipio, Agrupación o Mancomunidad, por si a alguno le interesaba cambiar de distrito. La designación seguía un orden riguroso de antigüedad de los concursantes en la plaza que cada uno tuviese a su cargo y en caso de empate, se atendería a la. mayor antigüedad de cada uno en el Cuerpo. Artículo 112 del Decreto de 27 de noviembre de 1953 por el que se aprueba el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales.

designación por parte de Jefatura Provincial de Sanidad[1011] correspondiente, de un "farmacéutico interino" de las propuestas enviadas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia, entre los farmacéuticos inscritos en el Libro Oficial de Registro, seleccionados atendiendo a una serie de preferencias y por un orden riguroso de prelación[1012].

Por tanto, los colegiados que aspirasen a desempeñar interinamente vacantes en las respectivas plantillas del Cuerpo, tenían que inscribirse previamente en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de su Provincia en un libro de registro, de folios numerados según un modelo y diligenciados por los Jefes Provinciales de Sanidad.

Para ser inscrito en dicho Libro de Registro, el farmacéutico tenía que cumplir las siguientes condiciones:

"*a) Estar colegiado en la respectiva provincia; b) Tener aptitud física y mental para desempeñar el cargo, acreditada por certificación facultativa; c) No estar inhabilitado para el ejercicio de cargos público ni para el profesional; d) No desempeñar en propiedad plaza del Estado, Provincia o Municipio o de Organismo autónomo de carácter paraestatal, del S.O.E. o Médico de Empresa, o interinamente plaza del mismo Cuerpo en que desea inscribirse; e) Acreditar ingresos profesionales manifiestamente insuficientes y f) Aceptar expresamente el cumplimiento de las normas vigentes para el Ejercicio profesional en partidos en que éste se halle regulado por disposiciones competentes*"[1013].

La **provisión en propiedad de las vacantes** de farmacéuticos titulares, se podría realizar a través de tres sistemas: el concurso especial, una oposición restringida o bien un concurso ordinario, al que podrían optar solo aquellos funcionarios pertenecientes a dicho Cuerpo[1014].

[1011] A partir de la Orden de 25 de marzo de 1980, por la que se modifica el artículo quinto de la del Ministerio de la Gobernación de 2 de mayo de l862 (*B.O.E*. nº75 de 27/03/1980), sería el Delegado territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social el que procedería a cubrirla mediante nombramiento interino que recaería entre aquellos aspirantes propuestos que ostentasen mejor derecho, de acuerdo con la escala de preferencias aprobada por la Secretaria de Estado para la Sanidad. a propuesta de los Consejos Generales de los Colegios Profesionales respectivos.

[1012] De acuerdo al punto quinto de la Orden de 2 de mayo de 1962, la prelación a la hora de seleccionar al candidato a farmacéutico interino sería: "*I. Tener Oficina de Farmacia abierta al público en la localidad respectiva y estar provisto del utillaje de laboratorio correspondiente; II. Pertenecer al escalafón respectivo, sin encontrarse en servicio activo, pero teniendo aptitud legal .para volver a él; IV. Ser Diplomado de Sanidad; V. Mejor número en el escalafón; VI Mayor número de personas bajo la exclusiva dependencia económica del interesado; VII El riguroso orden de inscripción en el Libro registro. Caso de concurrencia en varios aspirantes de la primera preferencia aplicable, se designará al que ostente, además. la segunda en orden y así sucesivamente hasta deshacer el empate*".

[1013] Disposición primera de la Orden de 2 de mayo de 1962.

[1014] Según el artículo 34 del Decreto 2120 de 13 de agosto de 1971, también se podrían proveer definitivamente las plazas como consecuencia del intercambio de los funcionarios que las ocupan

El sistema de provisión elegido para selección de las plazas vacantes vendría determinado por el destino de las mismas. Así, para la provisión de plazas de los Servicios Centrales de la Dirección General de Sanidad y de las de Jefaturas Provinciales de Sanidad se escogería el sistema de concurso especial; para las plazas situadas en las Instituciones Centrales dependientes de la Dirección General de Sanidad y las de los partidos farmacéuticos populosos de más de 25000 habitantes se elegiría la oposición restringida[1015]; mientras que para el resto de plazas de titulares se elegiría el sistema de concurso ordinario.

En lo que respecta a los funcionarios Farmacéuticos Titulares, durante el período de tiempo que abarcó la publicación de la Ley 56/1969, de reestructuración de los Cuerpos especiales de funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local, hasta el proceso de transferencias de los funcionarios de los Cuerpos Sanitarios Locales a las Comunidades Autónomas a partir del año 1980[1016], se realizaron tres procesos de oposición junto con otros tres concursos-oposición restringidos para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares[1017], un concurso

mediante la permuta, la sanción firme de traslado con cambio de residencia previo expediente disciplinario y por traslado por exigencias del servicio.

[1015] De acuerdo a la Orden de 28 de marzo de 1977, por la que se fija el porcentaje máximo de vacantes de la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en Partidos Farmacéuticos de 25.000 habitantes o más que habrán de ser anunciadas para su provisión por el sistema de oposición restringida (*B.O.E.* nº 135 de 07/06/1977), el Ministerio de la Gobernación fijó un porcentaje hasta un 35% de estas plazas para su provisión por el sistema de oposición restringida, fijando el resto que estime pertinente la Dirección General para su provisión mediante concurso ordinario.

[1016] El primer proceso selectivo de oposición para el ingreso de farmacéuticos titulares en la Comunidad Autónoma de Murcia, se produciría 21 años después a través de la Orden de 15 de noviembre del año 1999.

[1017] Durante el período comprendido entre los años 1970 y 1980, se realizaron tres procesos de oposición libre junto a otros tres procesos de concurso oposición restringida para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. En las propias convocatorias de las pruebas selectivas se va a especificar todo el proceso selectivo:

El primer proceso selectivo se realizó en el año 1973 a través de la convocatoria producida mediante la Resolución de la Dirección General de Sanidad de 03 de marzo de 1973, por la que se publica la convocatoria para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. (*B.O.E.* nº de 06/04/1973). En ella se convocan 1050 plazas, de las cuales 550 serán por el proceso de oposición libre y 500 plazas por el sistema de concurso-oposición restringido.

El segundo proceso selectivo se realizó en el año 1976 a través de la convocatoria producida mediante la Resolución de la Dirección General de Sanidad 14 de febrero de 1976, por la que se convocan pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. (*B.O.E.* nº58 de 08/03/1976). En ella se convocan 375 plazas, de las cuales 200 serán por el proceso de oposición libre y 175 plazas por el sistema de concurso-oposición restringido.

El tercer proceso selectivo se realizó en el año 1978 a través de la convocatoria producida mediante la Orden del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de 23 de noviembre de 1978, por la que se convocan pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *(B.O.E.* nº294 de 09/12/1978). En ella se convocan 175 plazas, de las cuales 100 serán por el proceso de oposición

especial y un concurso ordinario de traslados para la provisión de puestos de trabajo[1018].

libre y 75 plazas por el sistema de concurso-oposición restringido. Dicha Orden va a incluir además un cambio en los programas de las pruebas selectivas distintos para la prueba de oposición y la prueba de concurso-oposición.

Todos los aspirantes aprobados tanto en el proceso de oposición como a través del proceso de concurso-oposición restringido iban a tener que realizar un cursillo de formación sanitaria organizado por la Escuela Nacional de Sanidad.

[1018] Orden de 11 de marzo de 1980, por la que se convoca concurso ordinario de traslado en la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 74 de 26/03/1980.

2.2.3. LOS FARMACÉUTICOS TITULARES EN EL SIGLO XX: TERCERA ETAPA (1975-1986)

2.2.3.1. INTRODUCCIÓN:

La tercera etapa de la historia de la Salud Pública española del siglo XX va a transcurrir a lo largo de la democracia y va a estar marcada por la aprobación en el año 1986 de la tercera Ley de Sanidad, por la creación y consolidación del Ministerio de Sanidad y por el desarrollo del modelo autonómico de transferencias sanitarias, hecho que va a marcar el renacimiento de la nueva salud pública en España.[1019]

Desde el *punto de vista político* este período va a comenzar con la muerte del General Francisco Franco el 20 de noviembre de 1975 y la proclamación como Rey de España de D. Juan Carlos I de Borbón, iniciándose en España una etapa pre democrática denominada "transición democrática", que durará hasta la aprobación en el año 1978 de la Constitución Española. A partir de este momento, culmina el proceso de transición institucional desde un régimen dictatorial, dando el paso a otro período democrático y constitucional que perdura hasta la actualidad.

Desde el *punto de vista económico social*, esta etapa se va a iniciar en medio de un ciclo económico de crisis, especialmente acentuada en España a partir del año 1973 y que se va a extender hasta principios de los años 80, provocando una crisis del Estado del Bienestar económico y social y causando un aumento de la tasa de paro por las pérdidas masivas de empleo. Esta crisis, provocada por la ruptura del crecimiento económico, causó el hundimiento de la tasa de crecimiento del P.I.B. e incrementó la inflación y los resultados negativos en la balanza corriente.

Desde el *punto de vista de la administración sanitaria*, se creó finalmente el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en el año 1977[1020]. Este Ministerio va a integrar tanto las competencias en materia de salud, que hasta ese momento eran gestionadas por el Ministerio de Gobernación por entender que era un asunto de responsabilidad del Estado, en forma de una Dirección General, como las competencias de la Seguridad Social en forma de una Subsecretaría. En dicho

[1019] Ibídem 4; pp25-47.
[1020] Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados órganos de la Administración Central del Estado (B.O.E. nº159 de 05/07/1977), Real Decreto 1918/1977, de 29 de julio, sobre estructuración del, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (B.O.E. nº181 de 30/07/1977) y Real Decreto 3302/1978, de 22 de diciembre, por el que se reorganiza el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (B.O.E. nº29 de 01/02/1979).

Ministerio se dotó de más protagonismo a los servicios sanitarios asistenciales de la Seguridad Social y a sus cuerpos de funcionarios (como el de Inspectores Médicos) que con un carácter curativo y reparador ejercían el poder sanitario mediante el control de la Subsecretaría del Ministerio, frente a los servicios salubristas de la Sanidad Nacional orientados a la prevención y promoción del modelo científico tradicional, lo cual dio lugar a que se quedara en un segundo plano la Dirección General de Salud Pública[1021].

Desde el *punto de vista legislativo*, como hechos normativos más significativos en este período se destacarían la aprobación de la Constitución Española en el año 1978 y la Ley de Sanidad en el año 1986. Unos años más tarde se aprobaría la Ley del Medicamento.

La Constitución Española de 1978[1022].

La Constitución Española de 1978 es la norma suprema del ordenamiento jurídico del Reino de España, a la que van a estar sujetos tanto los poderes públicos como los ciudadanos de España.

Esta norma estableció un modelo universal de atención sanitaria de la salud, una política sanitaria unitaria y una organización territorial del Estado descentralizada en base a los Municipios, Provincias y Comunidades Autónomas.

En ella, se va a establecer el derecho constitucional a la protección de la salud y a la atención sanitaria de la salud todos los ciudadanos (art. 43) "*compitiendo a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*", así como al derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo (art. 45).

En materia de organización, el Título VIII de la Constitución va a organizar el modelo territorial del Estado, estableciendo un reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas implantando una descentralización política frente a la fuerte centralización histórica de España. En dicho reparto, el Estado se reservaría como competencia exclusiva aquellas que fuesen necesarias para garantizar la equidad e igualdad en la prestación de servicios en el ámbito nacional,

[1021] Amigo Rodríguez, P.: *Institucionalización de la medicina familiar y comunitaria como especialidad médica en España (1978-2008)*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca. 2011; p51.
[1022] Constitución Española. Boletín Oficial del Estado nº311 de 29/12/1978.

como fueron las relativas a las bases y la coordinación general de la Sanidad, la Sanidad exterior y la legislación sobre productos farmacéuticos (artículo 149.1.16ª), cediendo a las Comunidades Autónomas otras competencias, entre otras, las relativas a la Sanidad e Higiene (artículo 148.1.21ª).

La Ley General de Sanidad de 1986[1023]

Fue la tercera Ley General de Sanidad promulgada en España y tuvo como objetivo principal la regulación general de todas las acciones que fuesen a permitir hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud.

Dicha Ley, proporcionó el marco legislativo estatal para establecer un nuevo sistema sanitario a nivel nacional de acuerdo al nuevo modelo político y territorial derivado de la Constitución de 1978. De esta forma, se instauró un Sistema Nacional de Salud basado en la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos (Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas).

El artículo 149.1.16 de la Constitución estableció los principios y criterios substantivos que permitieron conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado, correspondiéndole a las Comunidades Autónomas la organización de sus Servicios de Salud de acuerdo a la citada Ley.

Así, las Comunidades Autónomas pasaron a ser el eje del modelo sanitario y procedieron a delimitar su territorio en unas demarcaciones denominadas Áreas de Salud (que se subdividían a su vez en unas Zonas Básicas de Salud), estructuras fundamentales del sistema sanitario que se van a responsabilizar en desarrollar sus actividades tanto a nivel de atención especializada, en los hospitales principalmente, como a nivel de la atención primaria, sobre la base de los Centros de Salud y posibilitando a las Corporaciones Locales participar en las Áreas de Salud mediante el Consejo de Dirección de Área.

Esta tercera Ley de Sanidad consolidó el cambio cualitativo sanitario que se venía forjando desde años atrás, transformando un sistema de Seguridad Social, nacido del modelo de los seguros sociales, en un modelo de Sistema Nacional de Salud, universal e integrador, donde se va a extender la cobertura sanitaria a toda la

[1023] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº102 de 29/04/1986.

población española y donde se va a consagrar la financiación pública de todo el sistema a través de los Presupuestos Generales del Estado[1024].

Además de reconocer el derecho constitucional a la protección de la salud, compitiendo a los poderes públicos el organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios que fuesen necesarios para llevarlo a cabo, va a reconocer también entre otros, el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo.

Todas estas medidas se van a enmarcar en la estructura autonómica del Estado, con las correspondientes transferencias de las competencias sanitarias, entre otras las competencias en materia de Sanidad e Higiene, recogidas en los distintos Estatutos de las Comunidades Autónomas así como aquellas que el Estado les transfiriese o en su caso, les delegase.

Aunque la Ley vendría a recoger las responsabilidades de las Administraciones Públicas de las Comunidades Autónomas en materia de Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria a través de sus servicios de salud, debilitando el ya decreciente protagonismo que habían tenido anteriormente los Ayuntamientos en materia sanitaria, no recogió como en las anteriores leyes la figura de los sanitarios locales (farmacéuticos titulares) como tal, aunque sí que regularía sus facultades en los artículos 26 y 31 como "autoridades sanitarias".

La Ley del medicamento de 1990[1025]

La Constitución va a establecer el derecho a la protección a la salud y señala como competencia exclusiva del Estado la legislación sobre los productos farmacéuticos. Como resultado del ejercicio de esta competencia se publicó en el año 1990 la Ley del medicamento.

El objetivo primordial de esta Ley fue contribuir a la existencia de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, correctamente identificados y con información apropiada. Para ello reguló los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, su evaluación, autorización, registro, fabricación, elaboración, control de calidad, almacenamiento, distribución,

[1024] Ibídem 1024; p60.
[1025] Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento. Boletín Oficial del Estado nº306 de 22/12/1990.

circulación, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio-riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para la financiación, en su caso, con fondos públicos.

No obstante, aquellas Comunidades Autónomas que a través de sus Estatutos, asumieron como competencia propia lo relativo a establecimientos farmacéuticos dentro del impreciso título competencial de "Ordenación farmacéutica", no supuso asunción alguna de competencia normativa de ordenación de productos farmacéuticos, y tampoco supuso desarrollo reglamentario de los mismos[1026].

2.2.3.2. LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS:

El desarrollo del modelo autonómico de transferencias sanitarias tuvo su origen en el Título VIII de la Constitución Española al organizar el modelo territorial del Estado y establecer el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

En cumplimiento de dicho precepto fundamental, se dictó la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, otorgando a las Comunidades Autónomas el ejercicio de las competencias asumidas en sus Estatutos y aquellas que el Estado les transfiriese o en su caso, les delegase (art. 41). Se estableció también que dichas Comunidades Autónomas tendrían que organizar sus Servicios de Salud de acuerdo a la citada Ley (art. 49). Así, estos Servicios de Salud se van a constituir en la estructura administrativa y de gestión, integrando a todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias[1027].

La Ley General de Sanidad de 1986 también crearía el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) como órgano de coordinación general sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas que disponían de las transferencias sanitarias por aquellas fechas, cuya misión fue la coordinar las líneas básicas de la política sanitaria en lo que afectase a contrataciones, adquisiciones de

[1026] Beltrán Aguirre, J.L.: "Las competencias autonómicas sobre ordenación farmacéutica y la Ley del medicamento". *Revista jurídica de Navarra.* 1991; 11:67-78.
[1027] Para el caso de la Región de Murcia, la creación del Servicio de Salud se realizó a través de la Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 96 de 27/04/1990.

productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas fueron asumiendo paulatinamente las competencias en esta materia, las funciones y servicios, los bienes, derechos y obligaciones relativos a dichas competencias, el personal y los créditos presupuestarios correspondientes, con objeto de poder ejercer las competencias en planificación sanitaria, salud pública y asistencia sanitaria[1028]. Este proceso de transferencia de la asistencia sanitaria gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) se inició en 1981, culminando finalmente en el año 2002[1029].

Una vez que todas las Comunidades Autónomas asumieron paulatinamente las competencias en materia de sanidad y establecido un modelo estable de financiación de todas las competencias asumidas, se publicó la Ley 16/2003[1030] de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo fin fue el establecer las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

[1028] Ibídem 1024; p60.
[1029] El traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, se realizó mediante el Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado* nº 312 de 29/12/2001.
[1030] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado* nº 128 de 29/05/2003.

3.- EL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES EN LA REGIÓN DE MURCIA

PEDRO RIVERA GAONA, JOSÉ RUIZ GÓMEZ, EMILIA GIL LÓPEZ, FRANCISCO MENÁRGUEZ ARNALDOS, JUAN A. DELGADO GARCÍA, MARÍA ELIA SAAVEDRA RAMÍREZ, FRANCISCO MARTÍNEZ ARCAS, VICTORIANO LÓPEZ LÓPEZ, PASCUAL GIL GARCÍA, JOSÉ RUBIO GALVEZ, JESÚS TEMPLADO CASTAÑO, ESTEBAN FIGUERUELA [illegible], JOAQUIN LÓPEZ BATTU, ANTONIO CORBALÁN FERNÁNDEZ, JOSÉ ANTONIO AYALA HURTADO, JOAQUÍN JORDÁN PÉREZ, JUAN ANTONIO [illegible], CANDELARIA BASTIDA VICTORIA, CASIMIRO JIMÉNEZ MOLINA, MODESTA I. GIL GARCÍA, MATÍAS SORIA VILLEGAS, ANTONIO SAURA GARCÍA, JUAN [illegible], PEDRO GIL GARCÍA, JOSÉ GÓMEZ GONZÁLEZ, JESÚS MARTÍNEZ PASTOR, RAFAEL EGEA DE LA CUESTA, MARÍA MARTÍNEZ MIRA, GREGORIO CRESPO CASTILLO, JOSÉ MARÍA AGUILERA MUSSO, JOSÉ MARTÍNEZ ROMÁN, ALBERTO GARRE ZAPATA, FRANCISCO MUNUERA MARTÍNEZ, FRANCISCO CARRIÓN NAVARRO, FELIPE BUENO GUILLÉN, RICARDO TOMÁS SORIANO, ARSENIO PACHECO ATIENZA, BASILIO RUIZ GÓMEZ, EMILIA GIL LÓPEZ, Mª CARMEN LÓPEZ VÁZQUEZ, JOSEFA SORIA FERNANDEZ-MAYORALAS, SOLEDAD TUTAU SANCHEZ, TRINIDAD GÓMEZ CARRASCO, CAYETANO FUENTES AYALA, JOSÉ RUBIO GALVEZ, EMILIO LAORDEN NIÑEZ, VICENTINA MORALES CHACÓN, PRUDENCIO ROSIQUE ROBLES, TEODORA ARIAS FERNÁNDEZ, PEDRO GUERRERO CUADRADO, ELOISA CORBALÁN CARREÑO, EZEQUIEL JARA GIL, Mª PIEDAD ABELLÁN SEMITIEL, GINÉS SÁNCHEZ GARCÍA, CANDELARIA BASTIDA VICTORIA, DIEGO SORIANO SÁNCHEZ, JUAN GIL GARCÍA, NIEVES FUENTES FLOREZ, CEFERINO BAÑÓN ALBACETE, ELENA MARTÍNEZ SÁNCHEZ, SALVADOR MUNUERA ÁLVAREZ, JOSÉ MARTÍNEZ GARCÍA, JOSEFA ROS RUIZ, DOLORES SOUTO NEIRA, FRANCISCO MARTINEZ SERRANO, ESTHER MARTÍN RODRÍGUEZ, FELIPE BUENO GUILLÉN, RAFAEL YAGO ORTUÑO, FRANCISCO MUÑOZ SORIANO, CEFERINO BAÑÓN ALBACETE, OLEGARIO DEL AMOR GARCÍA, EMILIO LAORDEN NUÑEZ, JUAN R. MARTÍNEZ INGLÉS, JOSÉ RUBIO GÁLVEZ, ANTONIA SOLER JAVALOYES, CANDELARIA BASTIDA VICTORIA, FELIPE BUENO GUILLÉN, EMILIA GIL LÓPEZ, CARLOS VICENTE RUIZ DE LOPE ANTON, MARÍA PIEDAD ABELLÁN SEMITIEL, DOLORES SOUTO NEIRA, GINÉS SÁNCHEZ GARCÍA, MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ TORTOSA, PEDRO FRANCISCO SÁNCHEZ LÓPEZ, MARÍA LUISA SEVILLA BERNABEU, MARIA SAQUERO MARTINEZ, RICARDO MARTÍNEZ RUIZ, EMILIO RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, ANA MARÍA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, MARÍA ROSA ROS BULLÓN, MARÍA DEL MAR ALONSO SALOM, ANA MARÍA ALEMÁN RUIZ, CARIDAD ORTEGA MONTALVÁN, MARÍA JOSEFA MARTÍNEZ CÁNOVAS, ANA MARÍA DOLORES BERNAL PASCUAL, MARIA TERESA ANDREU SÁNCHEZ, MARÍA DEL CARMEN SEEMANN FRIES, ALFONSO CERÓN GARCÍA, CLAUDIO BUENESTADO CASTILLO, ROSARIO CONSUELO ASÍS SANDOVAL, CONSTANZA SORIANO CANO, ESPERANZA URRIOS DE PORRAS, MARÍA JOSÉ PÉREZ ARMENGOL, MARÍA PILAR SANMARTIN BURRUEZO, PABLO ANTONIO GÓMEZ GÓMEZ, ROCÍO JIMÉNEZ ESTRÁN, SERAFÍN MARTÍNEZ MUÑOZ, MARÍA ROSELL GARCÍA IBORRA, MARÍA BRAGE TUÑÓN, MARÍA PELIGROS HERNÁNDEZ MARÍN, JAIME MARTÍNEZ UCEDA, CARMEN FONT RUIZ, MARÍA ÁNGELES DE CARLOS CHILLERÓN, AMPARO I. SANTOLARIA BRUN, JORGE RIQUELME ARTAJONA, EVA MUELAS MATEO, MARÍA JOSÉ HERRERA DÍAZ, ANA TERESA PÉREZ BARONA, JUANA DIAZ RODRÍGUEZ, MANUEL JOSÉ MENDEZ ROMERA, CLARA MARÍA RUEDA MAZA, MARÍA JOSEFA GARCÍA ZARCO, JOSÉ SANZ NAVARRO, JUAN FRANCISCO GARCÍA DE JUAN, MARÍA ROSA LÓPEZ CASARES, DOLORES GÓMEZ CASTELLÓ,

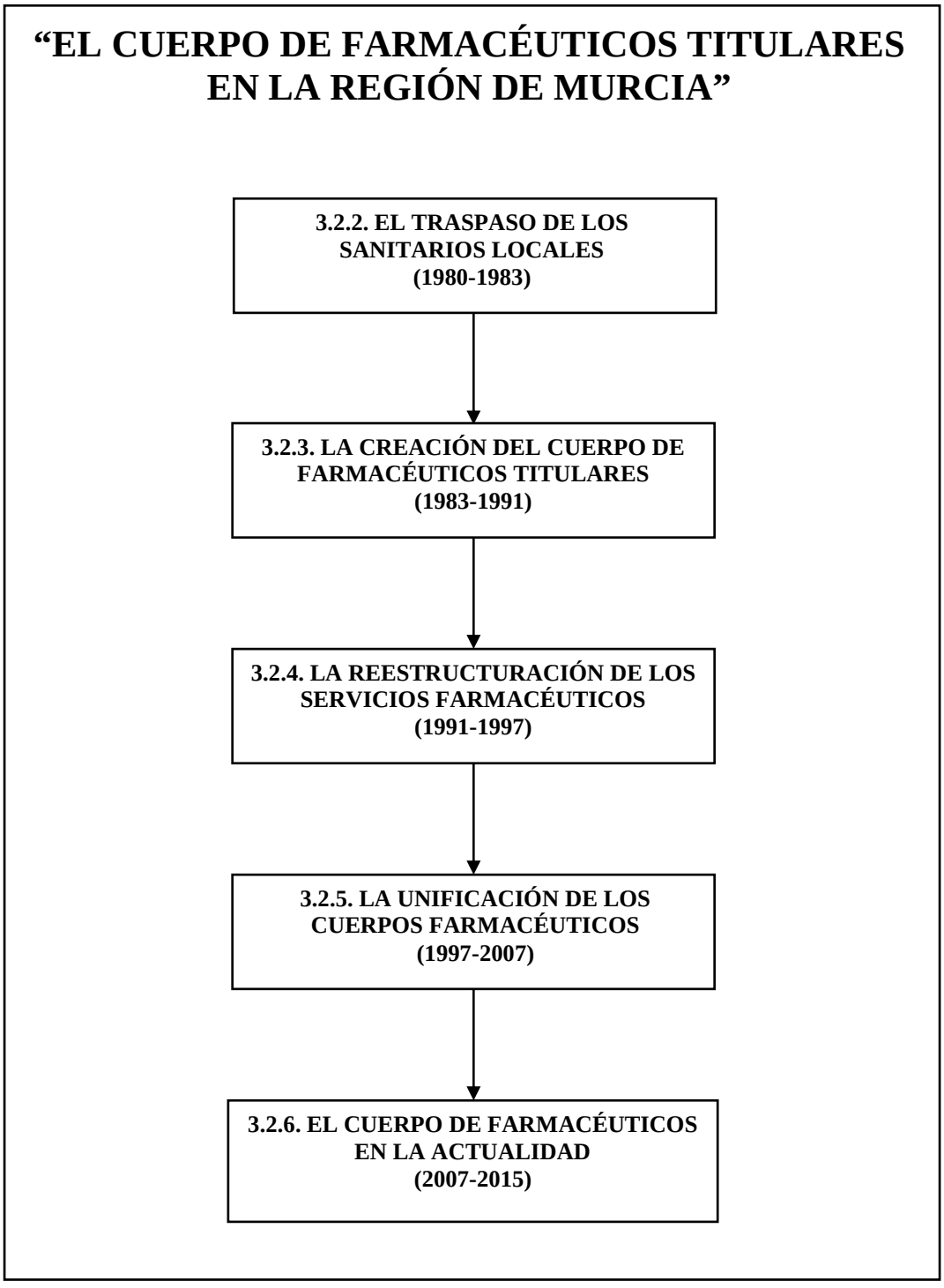


Figura 7: Esquema del capítulo: “El Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en la Región de Murcia”

3.- EL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES EN LA REGIÓN DE MURCIA

El artículo 148.1.21ª de la Constitución Española de 1978, estableció que las Comunidades Autónomas podrían asumir las competencias en materia de Sanidad e Higiene, reservándole al Estado, según el artículo 149.1.16ª, la competencia exclusiva sobre la Sanidad exterior, las bases y la coordinación general de la Sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos.

En cumplimiento de dicho precepto fundamental, se dictó la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, en cuyo artículo 41, otorgó a las Comunidades Autónomas el ejercicio de las competencias asumidas en sus Estatutos y aquellas otras que el Estado les transfiriese o en su caso, les delegase. Además, se estableció en el artículo 49 que dichas Comunidades deberían de organizar sus Servicios de Salud de acuerdo a la citada Ley.

Por su parte, y en consonancia con lo anteriormente expuesto, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia estableció en su artículo 11.f. que, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso en los términos que la misma establezca, le iba a corresponder a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de Sanidad e Higiene.

La asunción por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de estas competencias en materia de Sanidad e Higiene Pública hizo necesario que, en relación a la salud pública, se implantara un sistema de Servicios Farmacéuticos Oficiales que respondiesen a las exigencias de los sectores a los que tendría que servir, creando para ello el **CUERPO FACULTATIVO DE FARMACÉUTICOS TITULARES DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

Este proceso implicó inicialmente la transferencia a la Comunidad Autónoma de los funcionarios pertenecientes a los Cuerpos Sanitarios Locales que se encontraban desarrollando su actividad profesional en Murcia, que se integrarían posteriormente una vez creado el Cuerpo dentro de la función pública de la Administración Regional, en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares.

3.1. LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

3.1.1. INTRODUCCIÓN[1031]

Tras la muerte del General Francisco Franco el 20 de noviembre de 1975 y la proclamación como Rey de España de D. Juan Carlos I de Borbón ante las Cortes y ante el Consejo del Reino asumiendo la Jefatura del Reino, se inicia en España una etapa pre democrática denominada "transición democrática", que durará hasta la aprobación en el año 1978 de la Constitución Española, momento en que se culmina el proceso de transición institucional desde un régimen dictatorial hasta otro democrático y constitucional.

Con anterioridad a la entrada en vigor de la Constitución española de 1978 y tras la celebración de las elecciones generales de 1977, con el concurso de todos los partidos políticos y en pleno período constituyente, se establecieron por algunos territorios unos regímenes preautonómicos que anunciaban la necesidad de una nueva ordenación territorial y administrativa que reflejase la diversidad de los territorios que componían el Estado y que posibilitase el ejercicio del autogobierno para la gestión de sus propios intereses.

El propio artículo 2 de la Constitución española reconocía y garantizaba el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que integraban la Nación española, así como el principio de solidaridad que debía de existir entre todas ellas. La organización territorial del Estado se iba a regular a través del Título VIII, donde se establecía que el Estado se podía organizar territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyesen, gozando de autonomía para la gestión de sus intereses.

A partir de ahí, se empezó a desarrollar un proceso de creación de entidades territoriales autónomas conocido como "Estado autonómico o de las autonomías", cuya regulación vendría establecida a través del Capítulo III de la Constitución Española: "de las Comunidades Autónomas" (artículos 143 al 158). La norma

[1031] Sobre la formación de la Región de Murcia como Comunidad Autónoma, visítese: http://www.congreso.es/consti/estatutos/sinopsis.jsp?com=78 ; http://www.asambleamurcia.es/estatuto-de-autonomia; y http://www.regmurcia.com/servlet/s.Sl?sit=c,373,m,1915&r=ReP-27596-DETALLE_REPORTAJESPADRE. (último acceso el 1 de julio de 2015).

institucional básica de cada Comunidad Autónoma sería su Estatuto de Autonomía que, con rango de Ley Orgánica, formaría parte integrante del ordenamiento jurídico del Estado. Este Estatuto tendría que estar subordinado a la propia Constitución y no podría implicar privilegios económicos o sociales respecto a los de otras Autonomías. Dicha norma tendría que incluir la denominación de la Comunidad Autónoma, la delimitación del territorio, la denominación, organización y sede de las instituciones autónomas propias y las competencias asumidas dentro del marco constitucional.

A este respecto, los motivos que se tuvieron en cuenta para defender la autonomía política para Murcia incluyeron las raíces históricas delimitadoras de Murcia-Región, una cierta homogeneidad económica basada en la agricultura y un cierto sentimiento de marginación de Murcia como provincia.

Las distintas **etapas** seguidas por la Región de Murcia para alcanzar su autonomía consistieron en: 1) la formación de un órgano de trabajo (Asamblea de Parlamentarios) para conseguir la adquisición de un régimen preautonómico; 2) la constitución de un Consejo Regional de Murcia que actuaría como órgano de gobierno y administración de la Región y que se encargaría de la elaboración del anteproyecto de Estatuto de Autonomía de Murcia y por último, 3) la aprobación del propio Estatuto de Autonomía utilizando la vía del artículo 143 de la Constitución Española.

3.1.2. ETAPA PREAUTONÓMICA[1032]:

Aunque el proceso autonómico de la Región de Murcia comenzara en el mes de enero del año 1978 a iniciativa del PSOE a través de la presentación de un borrador de Estatuto, su punto de partida fue lo que se dio en llamar el "Acuerdo de Floridablanca". Esto ocurrió así a pesar de que los resultados de las primeras elecciones de la etapa democrática del año 1977 le habían dado la victoria a UCD y por tanto le correspondía a dicho partido la responsabilidad y la iniciativa de poner en marcha el proceso autonómico con la creación de la Asamblea de Parlamentarios.

[1032] Estatuto de Preautonomía: "Acuerdo de Floridablanca", en: Hernández Lorca, F. J.: *La transición política en Murcia: Crónica del proceso autonómico*. Ediciones Mediterráneo; 1984, pp87-122.

El Acuerdo de Floridablanca se llevó a cabo el 26 de enero de 1878 en el Hotel Conde de Floridablanca entre los dos partidos mayoritarios, Unión de Centro Democrático (UCD) y Partido Socialista Obrero Español (PSOE), y en él se acordó constituir la Asamblea de Parlamentarios que tendría que negociar con el Gobierno Central el Anteproyecto de Real Decreto-Ley de preautonomía. Para la elaboración de dicho proyecto, se formó un Órgano de trabajo compuesto por 18 miembros de 6 partidos políticos distintos, distribuyéndose los puestos de este Órgano en base a los resultados electorales obtenidos, creándose además una Comisión permanente del Órgano de Trabajo integrada por 5 miembros, todos ellos de los dos partidos mayoritarios.

Tanto la Diputación Provincial de Murcia como los partidos políticos UCD, PSOE y el Partido Comunista de España (PCE) presentaron sus proyectos de Estatuto de Autonomía para la Región.

Después de cuatro reuniones en fecha 11/02/1978, 19/02/1978, 04/03/1978 y 18/03/1978, el Órgano de Trabajo firmó finalmente el proyecto de Preautonomía para la Región de Murcia el 27 de marzo de 1878 en el hotel Conde de Floridablanca, cuyo texto final contó con 12 artículos, 3 disposiciones transitorias y 1 final.

Una vez aprobado el proyecto de preautonomía, los representantes regionales de Murcia comenzaron las negociaciones con el Gobierno Nacional en abril de 1978[1033]. Finalmente, el Gobierno presidido por Adolfo Suarez, con la firma del Rey, aprobó el régimen preautonómico para la Región de Murcia el 27 de septiembre de 1978 a través del Real Decreto-Ley 30/1978[1034]. Este Real Decreto-Ley se compuso de diez artículos y tres disposiciones transitorias e incluía, del texto elaborado por el órgano de trabajo de la Asamblea de Parlamentarios, todo aquello que no contradecía el modelo que se había establecido para otros territorios. A partir del 10 de Octubre de 1978, Murcia ya fue Región.

[1033] Negociación del Estatuto. Ibídem 1035; pp123-147.
[1034] Real Decreto-Ley 30/1978, de 27 de septiembre, por el que se aprueba el régimen preautonómico para Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº242 de 10/10/1978.

3.1.3. EL PROCESO AUTONÓMICO: EL CONSEJO REGIONAL DE MURCIA[1035].

Una vez adquirido por Murcia el régimen de preautonomía y hasta la aprobación del Estatuto de Autonomía, se instituyó el Consejo Regional de Murcia el 10 de noviembre de 1978, en coexistencia con la Diputación Provincial, como órgano de gobierno y administración de la Región, con personalidad jurídica plena para el cumplimiento de los fines que se le encomiendan y con un carácter provisional y transitorio hasta la aprobación del definitivo régimen autonómico.

Este Consejo Regional de Murcia se constituyó por 25 consejeros: 12 parlamentarios de las Cortes Generales elegidos por la Región de Murcia, 12 representantes del territorio y por el presidente de la Diputación Provincial, eligiéndose como Presidente del Ente Preautonómico a D. Antonio Pérez Crespo. El acto de investidura del Consejo Regional de Murcia se produjo el 24 de noviembre de 1978 en la Diputación Provincial.

La principal función del Consejo Regional fue impulsar el acceso de la Región de Murcia a su Autonomía, promoviendo los trabajos para la redacción del anteproyecto del Estatuto de Autonomía que permitiese a la Región de Murcia contar con un régimen de autogobierno.

Entre las competencias atribuidas a dicho órgano destacaron la gestión y la administración de las funciones y servicios transferidos por la Administración del Estado, así como la del intercambio de información y colaboración con la Diputación Provincial, proponiendo al Gobierno cuantas medidas afectasen a los intereses de Murcia. Para llevarlas a cabo, se constituyó una Comisión Mixta, compuesta por 15 representantes del Estado y 15 representantes del propio Consejo Regional de acuerdo Real Decreto 2406/1978[1036], siendo la Comisión la encargada de proponer al Gobierno los acuerdos sobre las transferencias al Consejo Regional de la gestión de funciones, actividades y servicios de la competencia de la Administración del Estado.

[1035] Constitución del Consejo Regional. Pérez Crespo, Presidente. Ibídem 1032; pp149-218.

[1036] Real Decreto 2406/1978, de 29 de septiembre, por el que se desarrolla el Real Decreto-Ley 30/1978 que aprueba el régimen preautonómico para Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº242 de 10/10/1978.

Tras las elecciones municipales celebradas el 3 de abril de 1979, se produjo la formación del primer gobierno pre-autonómico regional, ratificado durante el pleno del Consejo Regional el 30 de julio de 1979 y donde D. Andrés Hernández Ros (PSOE) presidió el primer Gobierno integrado por 15 miembros (8 del PSOE y 7 de la UCD).

Fue el 11 de junio de 1979, cuando el Consejo Regional aprobó la creación de una comisión compuesta por 12 miembros para la elaboración del anteproyecto de Estatuto de Autonomía. Esta comisión estuvo integrada por miembros de los distintos partidos políticos: PSOE, UCD, PCE, AP, el Partido Cantonal (PCAN), y el independiente Mariano Yúfera, concluyendo su redacción el 15 de diciembre de 1979.

Tras un período para la presentación de sugerencias o enmiendas al anteproyecto de Estatuto, el Consejo Regional hizo público su contenido el 11 de junio de 1980, aprobando el 14 junio de 1980, en el Auditorio de Totana, la puesta en marcha del inicio del "proceso constituyente regional" por la vía del artículo 143.2 de la Constitución española, sustituyendo de esta forma la iniciativa de la Diputación Provincial al amparo de la Disposición Transitoria Primera de citado texto[1037].

Esta vía imponía dos condiciones para ejercer la iniciativa autonómica: a) que la ejercieran todas las Diputaciones interesadas y b) que se adhirieran a ella las dos terceras partes de los municipios cuya población represente, al menos, la mayoría del censo electoral de cada provincia. A partir de ahí, el Gobierno preautonómico dispondría de 6 meses para la aprobación de la autonomía regional por parte de las dos terceras partes de los Ayuntamientos murcianos.

La comisión redactora entregó el 1 de agosto de 1980 el borrador del Estatuto de Autonomía al Presidente del Consejo Regional, abriendo un plazo de información pública hasta el 15 de septiembre de 1980, procediéndose a la redacción definitiva del anteproyecto de Estatuto el 10 de octubre de 1980. Una vez que expiró el plazo para la presentación de enmiendas al borrador del Estatuto de Autonomía, el presidente del Consejo Regional, Andrés Hernández Ros, entregó el 2 de abril de 1981 el proyecto de Estatuto de Autonomía de la Región al presidente del Congreso

[1037] De acuerdo a la Disposición Transitoria Primera de la Constitución española de 1978, se permitía sustituir la iniciativa de las Diputaciones Provinciales por la del Consejo Regional (órgano colegiado superior) en aquellos territorios que ya tuviesen un régimen provisional de autonomía, como fue el caso de Murcia.

D. Landelino Lavilla para su tramitación definitiva en las Cortes, siendo respaldado por la totalidad de las fuerzas culturales, empresariales y políticas de Murcia.

Publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el Proyecto de Estatuto de Autonomía el 17 de diciembre de 1981, fue remitido a la Comisión Constitucional del Congreso, la cual dio el visto bueno al borrador del Estatuto de Autonomía de Murcia, sin apenas cambios.

El Congreso de los Diputados, en sesión plenaria, aprobó finalmente el texto completo del Estatuto de Autonomía el 25 de mayo de 1982 mediante Ley Orgánica, siendo publicado el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 9 de junio de 1982.

Paralelamente al proceso constituyente regional, el ejecutivo central de Adolfo Suárez, a propuesta de la Comisión Mixta de Transferencias ya creada, comenzó el traspaso de competencias al Gobierno preautonómico de Murcia el 15 de marzo de 1980 mediante un Real Decreto[1038], siendo las primeras competencias transferidas al Consejo Regional de Murcia las relativas a actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, ferias interiores, turismo y transportes, administración local, cultura y sanidad.

Las competencias sanitarias traspasadas vendrían contempladas en la Sección Novena del Real Decreto 466/1980 y empezarían a ejercerse por el Consejo Regional a partir del 1 de julio de 1980, siendo efectivas la adscripción de personal, las cesiones patrimoniales y las transferencias presupuestarias procedentes del Estado.

3.1.4. EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

La aprobación del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia se produjo a través de la publicación de la Ley Orgánica 4/1982[1039]. A partir del día 9 de junio de 1982, la Región de Murcia pasó a ser Comunidad Autónoma, asumió el autogobierno y la administración autonómica de la provincia de Murcia.

[1038] Real Decreto 466/1980, de 29 de febrero, sobre transferencias de competencias de la Administración del Estado al Consejo Regional de Murcia en materia de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, ferias interiores, turismo y transportes, administración local, cultura y sanidad. *Boletín Oficial del Estado* nº85 de 15/03/1980.

[1039] Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº146 de 19/06/1982.

> *"La Región de Murcia, entidad histórica perfectamente definida dentro de España, haciendo uso del derecho a la autonomía que la Constitución reconoce y en base a las decisiones de sus Ayuntamientos y del Consejo Regional Preautonómico, libre y democráticamente expresadas, manifiesta su voluntad de constituirse en Comunidad Autónoma de acuerdo con lo dispuesto en el artículo ciento cuarenta y tres de la Constitución y con el presente Estatuto, que es su norma institucional básica".*[1040]

El Estatuto de Autonomía se va a considerar la expresión de la identidad de la Región de Murcia y en él, se van a definir sus órganos institucionales y recursos, se van a establecer los órganos y competencias de la Administración de Justicia, Hacienda y Economía, el Régimen jurídico de la Administración Regional y también los procedimientos de reforma del propio Estatuto.

Dicho Estatuto se estructuró en siete títulos, siendo el Título Preliminar donde se estableció la identidad histórica y la autonomía regional, el territorio y la población, los símbolos de la Región, la capitalidad regional, el derecho consuetudinario y los derechos y deberes de los murcianos.

El Título I va a contener las competencias asumidas; el Título II regula los órganos institucionales de nuestra Comunidad Autónoma que son la Asamblea Regional, el Presidente y el Consejo de Gobierno; el Título III se refiere a la Administración de Justicia, destacando el Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, incardinado en la organización judicial del Estado; el Título IV regula la Hacienda y la Economía; el Título V regula el Régimen Jurídico de la Administración Pública Regional y el Título VI dedicado a la Reforma del Estatuto.

Contiene además, dos disposiciones adicionales y siete disposiciones transitorias, entre las que va a destacar aquella que regula el traspaso de los servicios inherentes y las competencias, que según el Estatuto corresponden a la Comunidad Autónoma de Murcia y que se realizarían a través de una Comisión Mixta de transferencias Administración Central-Comunidad Autónoma, asumiendo también con carácter definitivo y automático y sin solución de continuidad, los servicios que hubiesen sido traspasados al Ente Preautonómico[1041]. En materia sanitaria, a la

[1040] Preámbulo de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio.
[1041] Disposición transitoria quinta, sexta, de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio.

Comunidad Autónoma le corresponderá el desarrollo legislativo y la ejecución de la Sanidad y de la higiene en el marco de 1a legislación básica del Estado[1042].

> "*En el término máximo de un mes desde el nombramiento del Presidente del Consejo por el Rey, se nombrará, una Comisión Mixta encargada de inventariar los bienes y derechos del Estado que deban ser objeto de transferencia a la Comunidad Autónoma, de concretar los servicios y* ***funcionarios*** *que deban ser transferidos y de proceder a la adaptación, si es preciso, de los que, pasen a la competencia de la Comunidad Autónoma*"[1043]

La Comisión Mixta de transferencias Administración Central-Comunidad Autónoma fue la encargada de llevar a cabo los traspasos de las competencias que le correspondían a la Comunidad Autónoma, regulándose su funcionamiento y su desempeño a través del Real Decreto 2628/1982[1044].

Dicha Comisión Mixta estuvo compuesta paritariamente por siete Vocales designados por el Gobierno y otros siete vocales designados por el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia, siendo presidida por el Ministro de Administración Territorial (Presidente) y por un representante expresamente designado por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma (Secretario).

Los acuerdos de traspaso de servicios tenían que contener, entre otros datos, la identificación concreta de los servicios transferidos y de las funciones que pasarían a ejercer la Comunidad Autónoma junto con las relaciones nominales del personal adscrito a dichos servicios, con expresión de su número de Registro de Personal, Cuerpo, puesto de trabajo; situación administrativa y régimen de retribuciones básicas y complementarias; el Cuerpo o Escala al que se asimila y sus retribuciones. En su caso, la relación de vacantes dotadas presupuestariamente de los servicios e instituciones que se traspasan, con indicación del Cuerpo al qué están adscritas, nivel orgánico e importe de la dotación económica.

Dicho Real Decreto también regularía, en su artículo undécimo, el traspaso de los funcionarios de carrera de la Administración Civil del Estado adscritos a funciones y servicios transferidos, a la Comunidad Autónoma de Murcia, con las siguientes particularidades:

[1042] Artículo 11.g) de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio.
[1043] Disposición transitoria quinta, uno, de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio.
[1044] Real Decreto 2628/1982, de 24 de septiembre, por el que se aprueban las Normas de Traspaso de Servicios del Estado a la Comunidad Autónoma de Murcia y el funcionamiento de la Comisión Mixta prevista en la disposición transitoria quinta de su Estatuto de Autonomía. *Boletín Oficial del Estado* nº251 de 21/10/1982.

"A) Quedarán en situación de supernumerarios en los Cuerpos o Escalas a que pertenezcan el momento del traspaso, teniendo derecho de preferencia permanente para el reingreso al servicio activo en la localidad dónde servían cuando pasaron a esta situación. El reingreso al servicio activo en otras localidades quedará sujeto a las normas que sean de aplicación general.

B) El tiempo de servicios prestados en la Comunidad Autónoma les será computable a todos los efectos en los Cuerpos o Escalas a que pertenezcan en el momento del traspaso. Del mismo modo el tiempo de servicios acreditados en los Cuerpos o Escalas a que pertenezcan en el momento del traspaso serán computables a todos los efectos en la Comunidad Autónoma. En ningún caso podrá existir duplicidad en el cómputo de servicios.

C) La Comunidad Autónoma asumirá las obligaciones del Estado en materia de Seguridad Social respecto de estos funcionarios. En ningún caso podrá existir duplicidad de pensiones como consecuencia de los servicios prestados al Estado y a la Comunidad Autónoma."[1045]

A nivel estatal, después de que el Tribunal Constitucional invalidara 14 de los 38 artículos que contenía la Ley Orgánica de 30 de julio de 1982 de Armonización del Proceso Autonómico por considerar que los Estatutos, textos con carácter constitucional, no podían estar limitados por una ley estatal, se aprobó una nueva la Ley del Proceso Autonómico[1046], la cual establecería los mecanismos para completar el desarrollo autonómico y los canales a través de los cuales se efectuara de forma coordinada dicho proceso.

El título IV de dicha Ley va a regular los traspasos de los servicios a las Comunidades Autónomas de acuerdo a una serie de criterios que debían ser contemplados en los Reales Decretos de transferencias. Su título VI, sobre la función pública, incluiría la regulación de los acuerdos de transferencias de funcionarios estatales a las Comunidades Autónomas (artículos del 24 al 31):

"Los funcionarios transferidos se integrarán como funcionarios propios de las Comunidades Autónomas de las que dependerán orgánica y funcionalmente. Las Comunidades Autónomas asumirán todas las obligaciones del Estado en relación con los mismos, incluidas las que se deriven del régimen de Seguridad Social o Clases Pasivas que les sea de aplicación".[1047]

[1045] Artículo undécimo del Real Decreto 2628/1982, de 24 de septiembre.
[1046] Ley 12/1983 de 14 de octubre, del proceso autonómico. *Boletín Oficial del Estado* nº 247 de 15/10/1983.
[1047] Artículo 25.1. de la Ley 12/1983 de 14 de octubre, del proceso autonómico.

Para el caso de la Región de Murcia, los traspasos de los servicios por parte de la Administración del Estado en materia sanitaria se realizaron a través de los siguientes Reales Decretos:

- Real Decreto 466/1980, de 29 de febrero, sobre transferencias de competencias de la Administración del Estado al Consejo Regional de Murcia en materia de urbanismo, agricultura, actividades molestas, insalubres y peligrosas, ferias interiores, turismo, transportes, administración local, cultura y sanidad (B.O.E. nº 65 de 15-03-1980).
- Real Decreto 340/1982, de 15 de enero, sobre transferencia de competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado a Entes Preautonómicos en materia de Sanidad (AISNA) (B.O.E. nº 51 de 01-03-1982).
- Real Decreto 550/1984, de 8 de febrero, sobre valoración definitiva, ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados y adaptación de los transferidos en fase preautonómica a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de sanidad (B.O.E. nº 70 de 22-03-1984).
- Real Decreto 2026/1985, de 9 de octubre, sobre valoración definitiva, ampliación de medios adscritos y adaptación de los transferidos en fase preautonómica a la Comunidad Autónoma de Murcia en materia de Sanidad (A.I.S.N.A.) (B.O.E. nº 261 de 31-10-1985).
- Real Decreto 510/2001, de 11 de mayo, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos (B.O.E. nº 125 de 25-05-2001).
- Real Decreto 1474/2001, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud (B.O.E. nº312 de 29-12-2001).

En lo que respecta al Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, éste se ha **reformado** hasta en cuatro ocasiones a través de distintas Leyes Orgánicas:

La primera reforma del Estatuto se produjo a través de la Ley Orgánica 1/1991[1048], cuyo origen fue el acuerdo adoptado entre las principales fuerzas políticas con representación en las Cortes Generales y en la Cámara murciana para asegurar la celebración de las elecciones autonómicas y locales el cuarto domingo de mayo cada cuatro años.

La segunda reforma del Estatuto se produjo a través de la Ley Orgánica 4/1994[1049] cuya finalidad fue la ampliación del techo competencial al amparo de la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, la cual buscaba equiparar las competencias de las Comunidades Autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución con aquéllas cuyos Estatutos se elaboraron de acuerdo con el artículo 151 del texto constitucional. Así, la Región de Murcia asumió 10 nuevas competencias y 18 ampliaciones de las competencias atribuidas por el propio Estatuto, lo que supuso un reforzamiento de la capacidad de autogobierno de la Región de Murcia.

La tercera reforma del Estatuto se produjo a través de la Ley Orgánica 1/1998[1050] cuya finalidad fue ampliar los techos competenciales y reforzar el funcionamiento y papel del Parlamento regional, permitiendo incrementar el número de diputados hasta llegar a los 45.

La cuarta reforma del Estatuto se produjo a través de la Ley Orgánica 7/2003[1051] cuyo objetivo fue la inclusión en el artículo 30 del Estatuto de Autonomía de un nuevo punto para habilitar al Gobierno Regional a dictar disposiciones legislativas provisionales en forma de decreto-ley, estableciéndose asimismo sus límites materiales y los trámites para su convalidación por la Asamblea Regional.

[1048] Ley Orgánica 1/1991, de 13 de marzo, de reforma del artículo 24.3 del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 63 de 14/03/1991.
[1049] Ley Orgánica 4/1994. de 24 de marzo. de reforma del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 72 de 25/03/1994.
[1050] Ley Orgánica 1/1998, de 15 de junio, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, del Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 143 de 16/06/1994.
[1051] Ley Orgánica 7/2013, de 28 de noviembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 286 de 29/11/2013.

3.2. REGULACIÓN NORMATIVA DE LOS FARMACÉUTICOS TITULARES

3.2.1. INTRODUCCIÓN. ETAPAS.

La asunción por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las competencias en materia de Sanidad e Higiene Pública hizo necesario que, en relación a la salud pública, se implantara un sistema de Servicios Farmacéuticos Oficiales que respondiesen a las exigencias de los sectores a los que tendría que servir.

Estos servicios, que estaban siendo desarrollados hasta la fecha por el personal del Cuerpo Nacional de Farmacéuticos Titulares como funcionarios del Estado al servicio de la sanidad local, consistían fundamentalmente en actuaciones relacionadas con una función asistencial de beneficencia en cuanto al suministro de medicamentos, a las que habría que añadir otras funciones más amplias relacionadas tanto con la higiene alimentaria de competencia farmacéutica como con otras del área de medio ambiente como fueron el control y vigilancia de las aguas potables, señal de identidad de los farmacéuticos titulares hasta la actualidad, además de otras correspondientes a la realización de análisis clínicos, químicos y microbiológicos encomendados por los Ayuntamientos.

El proceso llevado a cabo de reestructuración de los servicios farmacéuticos en la Comunidad Autónoma fue un proceso largo y no exento de problemas, que empezó con el traspaso y posterior integración de todo el personal funcionario farmacéutico del Estado al servicio de la sanidad local que se encontraba ejerciendo sus competencias en Murcia en otro nuevo Cuerpo de Farmacéuticos Titulares propio de la Comunidad de Murcia y que terminó con la supresión de éste al integrarse en el Cuerpo Farmacéutico Superior Facultativo (Escala Superior de Salud Pública).

Todo este proceso se podría dividir en cinco **ETAPAS:**

La **primera etapa (1980-1983)**, se gestó a finales del año 1978 una vez aprobado el régimen preautonómico de Murcia a partir del cual, se produjo el traspaso de las competencias del Estado al Gobierno preautonómico, siendo precisamente las competencias de carácter sanitario las primeras que se transfirieron al Consejo Regional de Murcia. Dichas competencias comenzarían a ejercerse a partir del 1 de julio de 1980.

Para poder llevar a cabo el ejercicio de estas competencias sanitarias transferidas, el Estado puso a disposición de la Comunidad Autónoma los medios personales y patrimoniales necesarios, los cuales se concretarían posteriormente mediante un Acuerdo del Consejo de Ministros en el año 1980. En dicho Acuerdo se fijaron como número de funcionarios sanitarios locales que se necesitaban ser transferidos (Farmacéuticos Titulares) un total de 42 plazas, y precisamente coincidió con el personal que ya se encontraba trabajando como personal sanitario local en la provincia de Murcia al servicio de los enfermos de la Beneficencia y realizando los análisis clínicos, químicos y microbiológicos encomendados por los Ayuntamientos. Durante este proceso, los farmacéuticos transferidos siguieron destinados en la Diputación Provincial de Murcia cobrando del Estado.

Una vez aprobado el Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia en 1982, se hizo necesario adaptar el régimen jurídico de aquellos medios personales y patrimoniales puestos a disposición del Consejo Regional de Murcia. Para ello, se estableció el traspaso a la Comunidad de Murcia de esas 42 plazas de Farmacéuticos Titulares transferidos, los cuales tomaron posesión de sus plazas el día 1 de julio de 1983 en la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de Murcia, siendo asumido por parte de la Comunidad Autónoma el pago íntegro de las retribuciones por los servicios prestados. Las funciones que desarrollaron, seguirían siendo las dispuestas en el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de noviembre de 1953.

La **segunda etapa (1983-1991)**, se correspondió con el período de tiempo comprendido entre la toma de posesión de los funcionarios sanitarios locales (farmacéuticos titulares) transferidos a la Comunidad Autónoma de Murcia el 1 de julio de 1983 y la creación del nuevo Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de la Comunidad Autónoma de Murcia el 30 de diciembre de 1991, cuyo objetivo fue el integrar a todos aquellos Farmacéuticos Titulares transferidos como Sanitarios Locales en la Función Pública Regional.

Durante este período, se va a regular la Función Pública de la Administración Pública de la Región de Murcia siguiendo el dictado de la Ley estatal, estableciéndose que los funcionarios transferidos que procediesen de la Administración del Estado se integrasen en la Función Pública de la Región de Murcia como funcionarios propios. Al mismo tiempo también se crearon los

"Cuerpos" y "Escalas" de funcionarios en los que, en el ámbito de la Administración Regional y de acuerdo a la Ley estatal, debían de agruparse todos funcionarios propios de la misma, tanto los seleccionados directamente como los transferidos a la Administración Regional. La integración de los funcionarios de los Cuerpos de Sanitarios Locales en los Cuerpos y Escalas de los funcionarios de la Comunidad Autónoma se realizó a través de un Decreto, conforme a las bases establecidas en la ley General de Sanidad y la propia Ley de Función Pública. Además de todo esto, también se clasificó y se aprobó una relación de todo el personal que tenían la condición de funcionario al servicio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, fuesen funcionarios asumidos, transferidos o propios.

Dado que en este período de tiempo no se llevó a cabo la publicación del Decreto donde se fijase el régimen jurídico de los farmacéuticos titulares, no se pudo producir la integración de los mismos en ningún Cuerpo de la Administración Regional, provocando que, junto con las Matronas Titulares, fuesen los únicos funcionarios de toda la Función Pública Regional que no apareciesen en la relación de personal funcionario de la Administración Regional.

La **tercera etapa (1991-1997)**, se correspondió con el período de tiempo comprendido entre la creación por Ley del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares y las convalidaciones de sus puestos de trabajo en el año 1997 tras la publicación del Decreto de reestructuración de los servicios farmacéuticos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales en el año 1995.

A través de este Decreto 34/1995, se definieron las funciones que tenían que prestar los farmacéuticos en tales Servicios, fundamentalmente de carácter analítico, inspección y asesoramiento en materia de Salud Pública. Además, se fijó el régimen jurídico y retributivo de estos funcionarios de la Administración Pública y se estableció por primera vez la incompatibilidad de estos con la titularidad de la oficina de farmacia al no tener ya que dispensar los medicamentos para la beneficencia.

Este período, pese a empezar con la creación del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, significó para el colectivo farmacéutico titular una de las épocas de menor relevancia profesional, motivado probablemente por el retraso durante más de tres años de la publicación de un Decreto de reestructuración de dichos servicios farmacéuticos y de tardar más de dos años en llevar a cabo las convalidaciones de los puestos de farmacéuticos de salud pública, fruto de los desencuentros que existieron

entre la Administración Regional y los propios funcionarios del Cuerpo que se encontraban en una situación de interinidad, apoyados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia. Esta situación además supuso para el colectivo la pérdida de casi la mitad de sus plazas, con la consecuente pérdida de influencia a costa de otros colectivos, así como una limitación de sus funciones a prácticamente las referidas a la sanidad ambiental en materias de aguas y las referentes a las actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas en los respectivos Ayuntamientos.

La **cuarta etapa (1997-2007)**, se correspondió con el período de tiempo comprendido entre reestructuración de los servicios farmacéuticos del año 1997, que supuso la supresión de las 35 plazas de los "Farmacéuticos de Atención domiciliaria (A.P.D.)", la posterior convalidación de dichos puestos de trabajo y toma de posesión de las 19 nuevas plazas de los "Farmacéuticos de Salud Pública" y por último la unificación, en el año 2007, de los dos Cuerpos Farmacéuticos de la Administración Regional en uno único Cuerpo: "Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia", hecho que supuso la supresión del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares el 1 de enero de 2007.

Este período de tiempo estuvo marcado por una gran cantidad de acontecimientos que hicieron que este Cuerpo se reivindicara y proyectara profesionalmente ante la Administración Regional y ante la sociedad, aunque sin duda, el acontecimiento que marcó el devenir del mismo, fue la aparición en Murcia en el año 2001 del mayor brote de legionelosis detectado hasta la fecha a nivel mundial y donde los farmacéuticos titulares de la Región de Murcia tuvieron un papel decisivo en cuanto a su detección y control. Como consecuencia de este suceso, la Administración Regional se percató de la precariedad de una plantilla de 19 personas para atender las necesidades sanitarias de toda una Comunidad Autónoma, lo que supuso un aumento de su plantilla en 10 plazas más, siendo 39 las plazas finales (esto significó un aumento de cerca del 35% su plantilla).

El hecho del aumento del número de plazas, unido a la jubilación de todos los farmacéuticos traspasados del Estado, motivó que durante este período de tiempo de 10 años, se produjese en la Administración Regional la convocatoria de hasta 6 procesos selectivos de oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, ofertándose un total de 38 plazas. La primera convocatoria se produjo en el

año 1998 y dio lugar a que los Farmacéuticos titulares de Murcia, después de 20 años, pudiesen volver a ser funcionarios de carrera con su plaza en propiedad, eso sí, sin el derecho a abrir una oficina de farmacia. El temario de la oposición para el ingreso en el Cuerpo incluyó temas relacionados con la salud pública, la sanidad ambiental, la higiene alimentaria y la Farmacia. En esta época también se aprovechó para convocar un concurso de méritos para la adquisición en propiedad de las plazas vacantes.

Aunque en el año 2001 se produjese el traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos, los farmacéuticos titulares desarrollaron fundamentalmente su labor profesional en las Áreas de Salud en materias relacionadas con la sanidad ambiental y la seguridad alimentaria, siendo residual las tareas relacionadas con el uso racional del medicamento. El ámbito territorial de actuación de los Farmacéuticos Titulares se fue ampliando y pasó de ser el "Partido Farmacéutico" a la "Zona de Salud", terminando por estar adscritos finalmente a un "Área de Salud".

Una vez que fijado el régimen jurídico y retributivo de estos funcionarios de la Administración Pública a través del Decreto 34/1995, quedaron a lo previsto en la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia, dejando de ser aplicable el régimen de los sanitarios locales, el cual había tenido una vigencia transitoria hasta ahora, pasando a aplicarse el nuevo correspondiente a los funcionarios de la Comunidad Autónoma de Murcia. A partir de aquí, se incluyeron ya en las retribuciones de los farmacéuticos titulares los complementos asignados a sus plazas, además de las retribuciones que venían cobrando en forma de sueldo, grado y trienios.

La aparición en el año 2005 de la "Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia" resultó decisiva para consecución de numerosas mejoras profesionales y retributivas para el colectivo, entre las que destacaron el aumento, tanto de los niveles del complemento de destino (situándolo en un nivel 24) y complemento específico, como el de la productividad, así como la tramitación de la unificación de los dos cuerpos farmacéuticos.

La **quinta etapa (2007-20015)** se va a corresponder con el período de tiempo comprendido entre la integración de los funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares al Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia, tras su supresión del Cuerpo a primeros del año 2007, hasta la actualidad.

Este período se puede decir que es un período de consolidación profesional para los inspectores farmacéuticos de sanidad, donde a las funciones que realizaban en materia de sanidad ambiental y seguridad alimentaria, se les unieron aquellas relacionadas con la farmacia, pasando de esta forma ya a cubrir todo el ámbito de control de cualquier sustancia o producto que pudiese afectar a la salud humana, excluyendo eso sí, los productos de origen animal. Serían por tanto objeto de inspección y control por parte de los farmacéuticos de este Cuerpo todo lo relacionado con los medicamentos, productos sanitarios, cosméticos, productos de higiene, productos químicos, biocidas, alimentos, etc…

La crisis económica que azotó y que sigue afectando a la economía española desde el año 2008, también tuvo consecuencias para el colectivo farmacéutico titular en la medida de producirse 3 jubilaciones forzosas de funcionarios que han dado lugar a sendas amortizaciones de sus plazas. De igual forma también ha provocado la paralización del proceso de homologación retributiva con el Servicio Murciano de Salud y a una ausencia de los procesos de oposición para el acceso al Cuerpo, aunque sí se han producido en este período dos procesos de concurso de méritos para la adquisición en propiedad de las plazas vacantes en los años 2008 y 2014.

3.2.2. EL TRASPASO DE LOS SANITARIOS LOCALES (1980-1983)

Una vez aprobado el régimen preautonómico para Murcia a finales del año 1978, comenzó el traspaso de competencias del Estado al Gobierno preautonómico de Murcia a propuesta de la recién creada Comisión Mixta de Transferencias, siendo las primeras competencias transferidas al Consejo Regional de Murcia las relativas a las actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, ferias interiores, turismo y transportes, administración local, cultura y sanidad.

Debido a la complejidad que entrañaba la articulación técnica de dichas transferencias sanitarias, se hizo oportuno efectuar dichos traspasos en fases sucesivas a través de diferentes Reales Decretos: Real Decreto 466/1980[1052], Real Decreto 340/1982[1053], Real Decreto 4165/1982[1054] y Real Decreto 3175/1983[1055].

En la primera fase, las competencias sanitarias traspasadas vinieron contempladas en la Sección Novena del Real Decreto 466/1980 y empezaron a ejercerse por el Consejo Regional a partir del 1 de julio de 1980, figurando entre ellas la adscripción del personal, las cesiones patrimoniales y las transferencias presupuestarias procedentes del Estado[1056].

Los medios materiales y personales puestos a disposición de la Comunidad Autónoma por el Estado se concretaron posteriormente mediante un Acuerdo del Consejo de Ministros el 30 de Junio de 1980 a través del cual quedaba "expreso" el personal transferido y los puestos de trabajo vacantes a través una serie de Anexos.

En total, el personal del Estado puesto a disposición del Consejo Regional de Murcia para el ejercicio de las competencias sanitarias transferidas se concretó provisionalmente en 607 personas, de las cuales 528 iban a corresponder a personal funcionario, 30 plazas estarían vacantes, 21 personas a contratados administrativos y 28 a contratados laborales. Dentro de las 528 plazas de funcionarios se incluían los funcionarios sanitarios locales, de las cuales 42 plazas correspondían a los Farmacéuticos Titulares, los cuales se encontraban ya trabajando como personal sanitario local de la provincia de Murcia. La relación de los mismos se adjunta en la siguiente tabla:

[1052] Real Decreto 466/1980, de 29 de febrero, sobre transferencias de competencias de la Administración del Estado al Consejo Regional de Murcia en materia de urbanismo, agricultura, actividades molestas, insalubres y peligrosas, ferias interiores, turismo, transportes, administración local, cultura y sanidad. *Boletín Oficial del Estado* nº 65 de 15/03/1980.
[1053] Real Decreto 340/1982, de 15 de enero, sobre transferencia de competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado a Entes Preautonómicos en materia de Sanidad (AISNA). *Boletín Oficial del Estado* nº 51 de 01/03/1982.
[1054] Real Decreto 4165/1982, de 29 de diciembre, sobre transferencia de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Murcia en materia de disciplina del mercado. *Boletín Oficial del Estado* nº 63 de 15/03/1983.
[1055] Real Decreto 3175/1983, de 16 de noviembre, sobre valoración definitiva y ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de disciplina del mercado. *Boletín Oficial del Estado* nº 310 de 28/12/1983.
[1056] Disposición final segunda del Real Decreto 466, de 29 de febrero de 1980.

TABLA 3: Propuesta de efectivos de personal sanitario local (farmacéutico titular) de la provincia de Murcia que se transfieren al Consejo Regional de Murcia.

PUESTO DE TRABAJO	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	CARÁCTER
FARMACÉUTICO TITULAR	PEDRO RIVERA GAONA	ABANILLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ RUIZ GÓMEZ	ABARÁN	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	DIONISIO GALLEGO ALCÁZAR	ÁGUILAS	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO MENÁRGUEZ ARNALDOS	ALCANTARILLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JUAN A. DELGADO GARCÍA	ALCANTARILLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	VACANTE	ALGUAZAS	-
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO MARTÍNEZ ARCAS	ALHAMA DE MURCIA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	VICTORIANO LÓPEZ LÓPEZ	ARCHENA-OJOS-VILLANUEVA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	PASCUAL GIL GARCÍA	ARCHENA-OJOS-VILLANUEVA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ RUBIO GALVEZ	BENIEL	Provisional
FARMACÉUTICO TITULAR	JESÚS TEMPLADO CASTAÑO	BLANCA-RICOTE	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	ESTEBAN FIGUEROA EGEA	BULLAS	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JESÚS Mª PÉREZ MAYO	CALASPARRA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JOAQUIN LÓPEZ BATTU	CARAVACA DE LA CRUZ	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	ORENCIO BRAVO MARTÍNEZ-IGLESIAS	CARAVACA DE LA CRUZ	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	ANTONIO CORBALÁN FERNÁNDEZ	CEHEGÍN	Interino
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ ANTONIO AYALA HURTADO	CEUTI	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JUAN A. L. DE GUEVARA LÓPEZ	CIEZA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JOAQUÍN JORDÁN PÉREZ	CIEZA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	GINÉS SÁNCHEZ GARCÍA	FORTUNA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	CANDELARIA BASTIDA VICTORIA	FUENTEÁLAMO	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO A. VICENTE TODA	JUMILLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	CASIMIRO JIMÉNEZ MOLINA	JUMILLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO GIL MUNUERA	LIBRILLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	MATÍAS SORIA VILLEGAS	LORQUÍ	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	ANTONIO SAURA GARCÍA	MAZARRÓN	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JUAN HUMMER UNDA	MAZARRÓN	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ GÓMEZ GONZÁLEZ	MOLINA DE SEGURA	Provisional
FARMACÉUTICO TITULAR	PEDRO GIL GARCÍA	MOLINA DE SEGURA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	RAFAEL EGEA DE LA CUESTA	MORATALLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JESÚS MARTÍNEZ PASTOR	MORATALLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ POMARES MOYA	MULA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO CARRIÓN NAVARRO	SAN JAVIER	Propiedad

PUESTO DE TRABAJO	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	CARÁCTER
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO MUNUERA MARTÍNEZ	SAN PEDRO DEL PINATAR	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ MARTÍNEZ ROMÁN	TORREPACHECO	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	ALBERTO GARRE ZAPATA	TORREPACHECO	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	VACANTE	TORRES DE COTILLAS	-
FARMACÉUTICO TITULAR	GREGORIO CRESPO CASTILLO	TOTANA-ALEDO	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	MARÍA MARTÍNEZ MIRA	TOTANA-ALEDO	Provisional
FARMACÉUTICO TITULAR	FELIPE BUENO GUILLÉN	LA UNIÓN-VILLANUEVA-	Provisional
FARMACÉUTICO TITULAR	JUAN AZORÍN MOLINA	YECLA	Propiedad
FARMACÉUTICO TITULAR	RICARDO TOMÁS SORIANO	YECLA	Propiedad

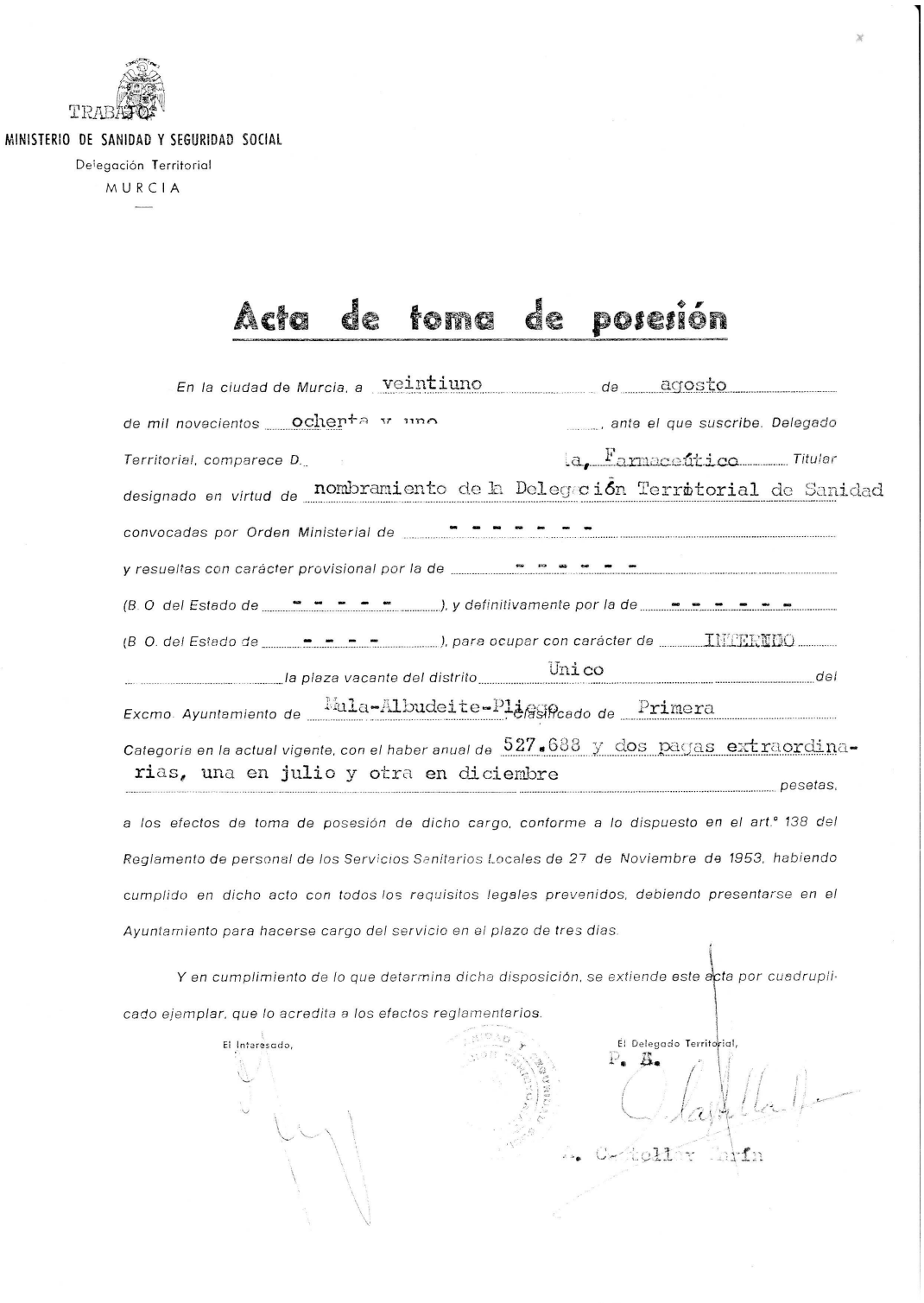
Fuente: Archivo Provincial de Murcia: Documentación de la Comisión Mixta de transferencias Administración del Estado-Consejo Regional de Murcia. Años 1979-1983. Código de referencia: CARM, 21247. Elaboración propia.

En sus Anexos, se incluían como "Cláusulas Generales":

> *"Primera: Además de la transcrita relación de funcionarios, se transfieren asimismo todos los funcionarios de los Cuerpos Sanitarios Locales (Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Practicantes, Matronas, Tocólogos y Odontólogos) titulares de Casas de Socorro, Hospitales Municipales, Partidos Sanitarios, Industrias y Mataderos de la provincia de Murcia, sin perjuicio de que si para llevar a cabo las competencias no traspasadas al Consejo de Regional de Murcia, el Estado precisase de sus servicios, el Consejo designará el funcionario de que se trate para que ejercitase la competencia correspondiente".*
>
> *Segunda: En el supuesto de que para llevar a cabo algunas de las competencias traspasadas al Consejo Regional, el Estado precisase de medios personales de los que se relacionan en la presente transferencia referidos a algún Facultativo Médico, Farmacéutico, Veterinario, Practicante o similar, el Consejo Regional de Murcia colaborará con los funcionarios transferidos de la expresada titulación para que ejerciten las competencias correspondientes (…)."*[1057]

En dicho período, los nuevos farmacéuticos titulares que tomaban posesión de sus plazas, realizaban el acta de toma de posesión tanto en la Delegación Territorial de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social como en la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de Murcia a propuesta del Consejo Regional de Murcia. Posteriormente, realizaban la toma de posesión de su plaza como "farmacéutico de Asistencia Pública Domiciliaria" con destino el municipio correspondiente, ante el respectivo Ayuntamiento.

[1057] Documentación de la Comisión Mixta de transferencias Administración del Estado-Consejo Regional de Murcia. Años 1979-1983. *Archivo Provincial de Murcia*: Código de referencia: CARM, 21247.



TRABAJO

MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

Delegación Territorial

MURCIA

Acta de toma de posesión

En la ciudad de Murcia, a veintiuno *de* agosto *de mil novecientos* ochenta y uno *, ante el que suscribe, Delegado Territorial, comparece D.* la, Farmacéutico *Titular designado en virtud de* nombramiento de la Delegación Territorial de Sanidad *convocadas por Orden Ministerial de* - - - - - - - *y resueltas con carácter provisional por la de* - - - - - - *(B. O. del Estado de* - - - - - *), y definitivamente por la de* - - - - - - *(B. O. del Estado de* - - - - *), para ocupar con carácter de* INTERINO *la plaza vacante del distrito* Unico *del Excmo. Ayuntamiento de* Mula-Albudeite-Pliego *, clasificado de* Primera *Categoría en la actual vigente, con el haber anual de* 527.688 y dos pagas extraordinarias, una en julio y otra en diciembre *pesetas, a los efectos de toma de posesión de dicho cargo, conforme a lo dispuesto en el art.º 138 del Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de Noviembre de 1953, habiendo cumplido en dicho acto con todos los requisitos legales prevenidos, debiendo presentarse en el Ayuntamiento para hacerse cargo del servicio en el plazo de tres días.*

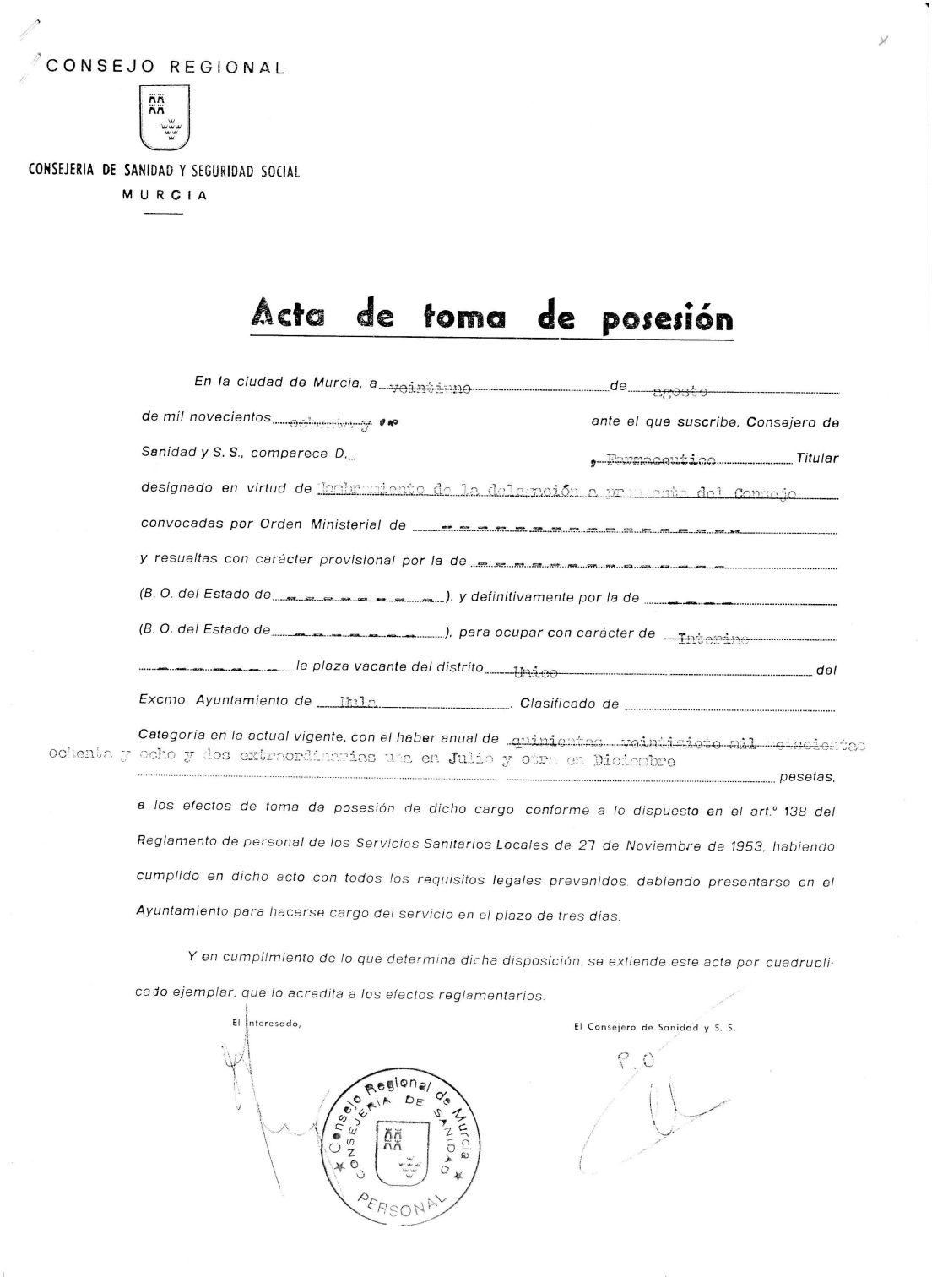
Y en cumplimiento de lo que determina dicha disposición, se extiende este acta por cuadruplicado ejemplar, que lo acredita a los efectos reglamentarios.

El Interesado,

El Delegado Territorial,
P. S.

A. Cortell y Martín

Figura 8: Acta de toma de posesión de un farmacéutico titular ante la Delegación Territorial de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social



CONSEJO REGIONAL

CONSEJERIA DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

MURCIA

Acta de toma de posesión

En la ciudad de Murcia, a veintiuno de agosto de mil novecientos ochenta y uno ante el que suscribe, Consejero de Sanidad y S. S., comparece D. , Farmacéutico Titular designado en virtud de nombramiento de la delegación a favor del Consejo convocadas por Orden Ministeriel de y resueltas con carácter provisional por la de (B. O. del Estado de). y definitivamente por la de (B. O. del Estado de), para ocupar con carácter de Interino la plaza vacante del distrito Unico del Excmo. Ayuntamiento de Mula. Clasificado de Categoria en la actual vigente, con el haber anual de quinientas veintisiete mil cuatrocientas ochenta y ocho y dos extraordinarias una en Julio y otra en Diciembre pesetas, a los efectos de toma de posesión de dicho cargo conforme a lo dispuesto en el art.º 138 del Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de Noviembre de 1953, habiendo cumplido en dicho acto con todos los requisitos legales prevenidos. debiendo presentarse en el Ayuntamiento para hacerse cargo del servicio en el plazo de tres dias.

Y en cumplimiento de lo que determina dicha disposición, se extiende este acta por cuadruplicado ejemplar, que lo acredita a los efectos reglamentarios.

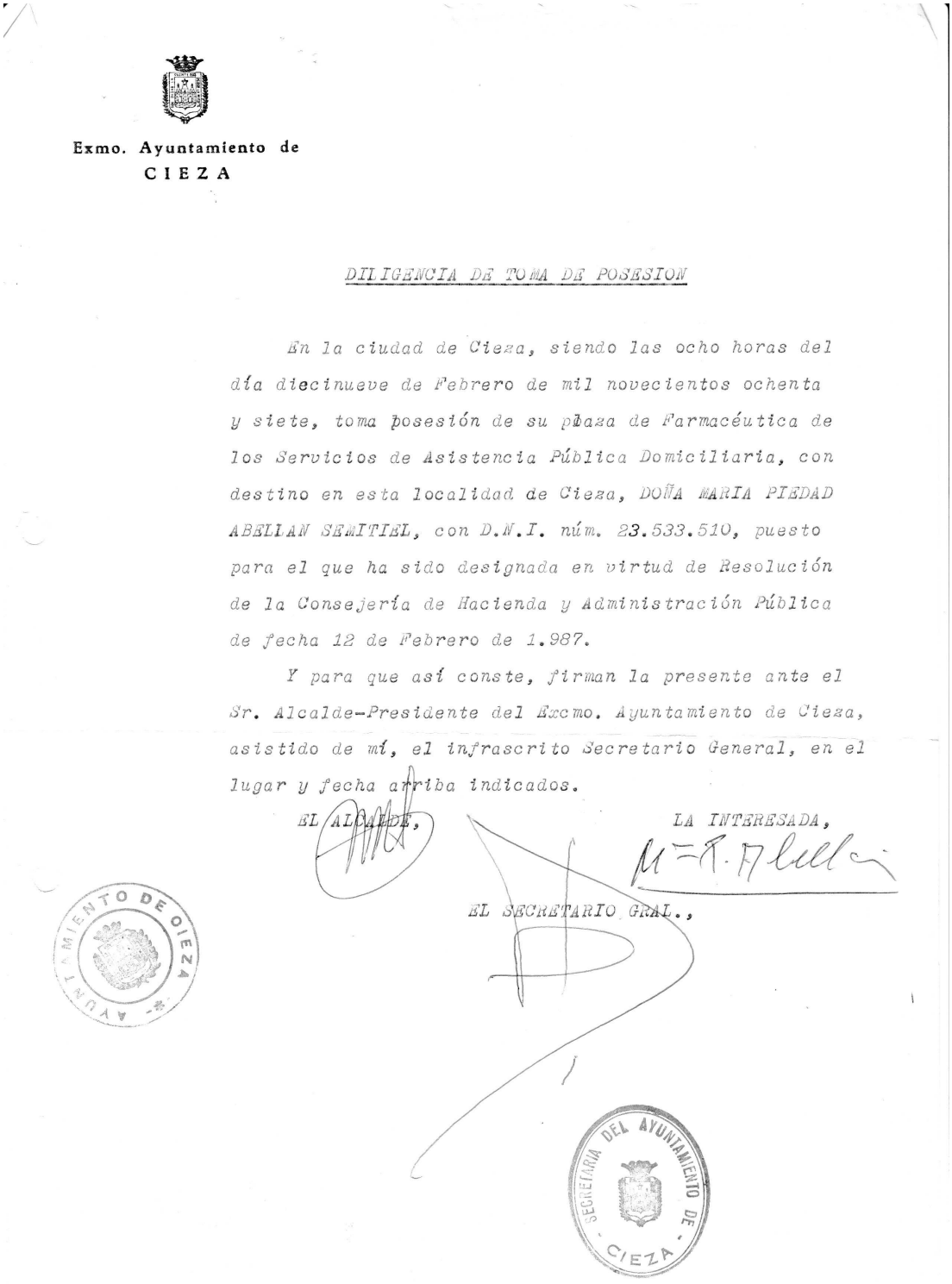
El Interesado,

El Consejero de Sanidad y S. S.

P. O.

Consejo Regional de Murcia CONSEJERIA DE SANIDAD PERSONAL

Figura 9: Acta de toma de posesión de un farmacéutico titular ante la Consejería de Sanidad y Seguridad Social



Exmo. Ayuntamiento de
CIEZA

DILIGENCIA DE TOMA DE POSESION

En la ciudad de Cieza, siendo las ocho horas del día diecinueve de Febrero de mil novecientos ochenta y siete, toma posesión de su plaza de Farmacéutica de los Servicios de Asistencia Pública Domiciliaria, con destino en esta localidad de Cieza, DOÑA MARIA PIEDAD ABELLAN SEMITIEL, con D.N.I. núm. 23.533.510, puesto para el que ha sido designada en virtud de Resolución de la Consejería de Hacienda y Administración Pública de fecha 12 de Febrero de 1.987.

Y para que así conste, firman la presente ante el Sr. Alcalde-Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Cieza, asistido de mí, el infrascrito Secretario General, en el lugar y fecha arriba indicados.

EL ALCALDE,

LA INTERESADA,

M=P. Abellán

EL SECRETARIO GRAL.,

AYUNTAMIENTO DE CIEZA

SECRETARIA DEL AYUNTAMIENTO DE CIEZA

Figura 10: Diligencia de toma de posesión de la farmacéutica titular Dª María Piedad Abellán Semitiel ante el Alcalde del Ayuntamiento de Cieza.

Estos nuevos farmacéuticos titulares podían provenir, bien de las resoluciones de las convocatorias nacionales de concursos ordinarios de traslado en la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares[1058] o bien a través de la cobertura de las vacantes de plazas en los Partidos Farmacéuticos de forma provisional, pasando a tener carácter de funcionarios interinos[1059].

Estas plazas vacantes normalmente se solían cubrir, puesto que las necesidades del servicio exigían que se ocuparan a la mayor brevedad al ser puestos de trabajo que implicaban un servicio a los enfermos de la Beneficencia, así como la necesidad de la realización de los análisis químicos y microbiológicos encomendados por los Ayuntamientos[1060]. El nombramiento como funcionario interino tenía carácter temporal y se revocaba cuando se proveía la plaza por un funcionario de carrera.

Dentro de las funciones y competencias sanitarias transferidas al Consejo Regional de Murcia en orden a la acción pública sanitaria que afectaban a los farmacéuticos titulares cedidos, destacaron:

> *"a) El control sanitario de las aguas de bebida, aguas residuales, residuos sólidos, contaminación atmosférica. Vivienda y urbanismo, locales y edificios de convivencia pública o colectiva y, en general del medio ambiente en que se desenvuelve la vida humana.*
>
> *g) El otorgamiento de la autorización oportuna para la creación, construcción, modificación, adaptación o supresión de Centros, servicios y establecimientos sanitarios de cualquier clase y naturaleza, incluidos los balnearios y las Entidades del Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica.*
>
> *Quedan exceptuadas de la transferencia las autorizaciones que se refiere a los laboratorios y Centros o Establecimientos de elaboración de*

[1058] A través de la Orden de 11 de marzo de 1980, se convocó concurso ordinario de traslado en la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (*B.O.E.* nº74 de 26/03/1980) que incluía, entre otras, las plazas de Farmacéutico titular de las localidades de Murcia: Alguazas, Beniel y La Unión. Tras la Resolución del concurso, se adjudicaron de forma definitiva dichas plazas a María Elia Saavedra Ramírez (Alguazas), José Rubio Gálvez (Beniel) y Felipe Bueno Guillén (La Unión). Resolución de 6 de abril de 1981, de la Secretaria de Estado de Empleo y Relaciones Laborales, por la que se eleva a definitiva la relación provisional de admitidos y excluidos y se hace pública la adjudicación provisional de plazas en el concurso de traslado del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (*B.O.E.* nº120 de 20/05/1981).

[1059] Como ejemplo de plazas que se cubrieron por funcionarios interinos nombrados con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública (*B.O.E.* nº 185 de 03/08/1984) y de la Ley 3/1986, de 19 de marzo, de la función pública de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº75 de 02/04/1986), se podrían señalar a: Olegario del Amor García (Mula) nombrado interino el 21/08/1981, José Mª. Aguilera Musso (Las Torres de Cotillas) nombrado interino el 01/08/1980 y Modesta Inmaculada Gil García (Librilla) nombrada interina el 09/02/1983.

[1060] Los nombramientos de interinos se realizaban a través de la selección de la Bolsa de Trabajo que existía para cubrir las interinidades de los Sanitarios Locales, en cumplimiento de la Orden de 2 de mayo de 1962 (*B.O.E.* nº 123 de 29/05/1962) del Ministerio de la Gobernación, de la Resolución de 26 de mayo de 1980 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (*B.O.E.* nº 141 de 12/06/1980), así como de los funcionarios que solicitaban su reingreso.

drogas, productos estupefacientes, psicotrópicos o similares, especialidades farmacéuticas y sus materias primas y material instrumental médico, terapéutico o conectivo.

h) El control sanitario de la producción, almacenamiento, transporte, manipulación y venta de alimentos, bebidas y productos relacionados directa o indirectamente con la alimentación humana, cuando estas actividades se desarrollen en Murcia".[1061]

El resto de los traspasos de competencias, funciones y servicios sanitarios se llevaron a cabo a través de los Reales Decretos: RD 340/1982; RD 4165/1982 y RD 3175/1983 que, en referencia a la valoración provisional del personal puesto a disposición del Consejo Regional de Murcia, se resumiría en la siguiente tabla:

Tabla 4: Propuesta de efectivos de personal de la provincia de Murcia que se transfieren al Consejo Regional de Murcia.

MINISTERIOS Y ORGANISMOS	REAL DECRETO	FUNCIONARIOS	VACANTES	CONTRATADOS ADMINISTRATIVOS	CONTRATADOS LABORALES	TOTAL
Sanidad	**RD 466/80**	**528**	**30**	**21**	**28**	**607**
A.I.S.N.A.	**RD 340/82**	**43**	**1**	**-**	**7**	**51**
Disciplina de Mercado	**RD 4165/82**	**5**	**3**	**2**	**-**	**10**
Disciplina de Mercado	**RD 3175/83**	**-**	**-**	**13**	**-**	**13**
TOTAL		**576**	**34**	**36**	**35**	**681**

Fuente: Documentación de la Comisión Mixta de transferencias Administración del Estado-Consejo Regional de Murcia. Años 1979-1983. *Archivo Provincial de Murcia*: Código de referencia: CARM, 21247.

Una vez aprobado el Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia[1062], se hizo necesario adaptar el régimen jurídico de aquellos medios personales y patrimoniales puestos a disposición del Consejo Regional de Murcia, fruto de las transferencias efectuadas en fase preautonómica en materia de sanidad. Para ello, la Comisión Mixta de Transferencias, en una reunión el 28 de junio de 1983, adoptó un acuerdo que se aprobaría posteriormente como Real Decreto 550 en 1984[1063].

[1061] Artículo 56.1 del Real Decreto 466, de 29 de febrero de 1980.

[1062] De acuerdo a la Disposición Transitoria Quinta, Seis: "*La Comunidad Autónoma asumirá con carácter definitivo y automático, y sin solución de continuidad, los servicios que hayan sido traspasados al Ente Preautonómico. En relación con las competencias cuyo traspaso esté en curso de ejecución, se continuará su tramitación de acuerdo con los términos establecidos por el correspondiente Decreto de. Traspaso"*. Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº146, de 19/06/1982.

[1063] Real Decreto 550/1984, de 8 de febrero, sobre valoración definitiva, ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados y adaptación de los transferidos en fase preautonómica a la

Este Real Decreto contempló la valoración definitiva del coste efectivo de los servicios traspasados y amplió los medios personales, patrimoniales y presupuestarios traspasados. Estableció en su artículo 2, el traspaso a la Comunidad de Murcia del personal que figuraba en el Anexo del acuerdo de la Comisión Mixta, estableció la efectividad de dichos traspasos al día 1 de julio de 1983 y transfirió los créditos presupuestarios destinados a financiar los servicios asumidos por la Comunidad Autónoma del Ministerio de Economía y Hacienda a la Comunidad de Murcia.

En total, se transfirieron a la Comunidad Autónoma de Murcia 42 plazas de Farmacéuticos Titulares, los cuales tomaron posesión de sus plazas el 1 de julio de 1983, siendo asumido por la Comunidad Autónoma el pago íntegro de las retribuciones por los servicios prestados. La relación (Cuerpo o Escala al que estaban adscritos o asimilados, nivel orgánico, dotación presupuestaria y demás circunstancias) se adjunta en la siguiente tabla:

Tabla 5: Relación de sanitarios locales (farmacéuticos titulares) de la provincia de Murcia que se transfieren a la Comunidad Autónoma de Murcia.

CUERPO	NOMBRE Y APELLIDOS	PARTIDO	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	RETRIBUCIONES (*)		
				MÍNIMO	COMPLEMENTOS	TOTAL ANUAL
FARMACÉUTICO TITULAR	PEDRO RIVERA GAONA	ABANILLA	Destino Definitivo	954.164	-	954.164
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ RUIZ GÓMEZ	ABARÁN	Destino Definitivo	911.238	-	911.238
FARMACÉUTICO TITULAR	EMILIA GIL LÓPEZ	ÁGUILAS	Destino Provisional	913.338	-	913.338
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO MENÁRGUEZ ARNALDOS	ALCANTARILLA	Destino Definitivo	904.788	-	904.788
FARMACÉUTICO TITULAR	JUAN A. DELGADO GARCÍA	ALCANTARILLA	Destino Definitivo	930.940	-	930.940
FARMACÉUTICO TITULAR	MARÍA ELIA SAAVEDRA RAMÍREZ	ALGUAZAS	Destino Definitivo	615.636	-	615.636
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO MARTÍNEZ ARCAS	ALHAMA DE MURCIA	Destino Definitivo	958.420	-	958.420
FARMACÉUTICO TITULAR	VICTORIANO LÓPEZ LÓPEZ	ARCHENA-OJOS-VILLANUEVA	Destino Definitivo	897.562	-	897.562
FARMACÉUTICO TITULAR	PASCUAL GIL GARCÍA	ARCHENA-OJOS-VILLANUEVA	Destino Definitivo	938.490	-	938.490
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ RUBIO GALVEZ	BENIEL	Destino Definitivo	810.260	-	810.260
FARMACÉUTICO TITULAR	JESÚS TEMPLADO CASTAÑO	BLANCA-RICOTE	Destino Definitivo	909.910	-	909.910
FARMACÉUTICO TITULAR	ESTEBAN FIGUEROA EGEA	BULLAS	Destino Definitivo	949.066	-	949.066
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ Mª PÉREZ MAYO	CALASPARRA	Destino Definitivo	913.510	-	913.510

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de sanidad. *Boletín Oficial del Estado* nº 70 de 22/03/1984.

FARMACÉUTICO TITULAR	ORENCIO BRAVO MARTÍNEZ-IGLESIAS	CARAVACA DE LA CRUZ	Destino Definitivo	885.660	-	885.660
FARMACÉUTICO TITULAR	JOAQUIN LÓPEZ BATTU	CARAVACA DE LA CRUZ	Destino Definitivo	896.460	-	896.460
FARMACÉUTICO TITULAR	ANTONIO CORBALÁN FERNÁNDEZ	CEHEGÍN	Destino Definitivo	940.988	-	940.988
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ ANTONIO AYALA HURTADO	CEUTI	Destino Definitivo	965.352	-	965.352
FARMACÉUTICO TITULAR	JOAQUÍN JORDÁN PÉREZ	CIEZA	Destino Definitivo	903.586	-	903.586
FARMACÉUTICO TITULAR	JUAN ANTONIO MARTÍNEZ LÓPEZ	CIEZA	Destino Definitivo	913.798	-	913.798
FARMACÉUTICO TITULAR	GINÉS SÁNCHEZ GARCÍA	FORTUNA	Destino Definitivo	803.960	-	803.960
FARMACÉUTICO TITULAR	CANDELARIA BASTIDA VICTORIA	FUENTEÁLAMO	Destino Definitivo	881.160	-	881.160
FARMACÉUTICO TITULAR	VACANTE	JUMILLA	-	933.988	-	933.988
FARMACÉUTICO TITULAR	CASIMIRO JIMÉNEZ MOLINA	JUMILLA	Destino Definitivo	812.432	-	812.432
FARMACÉUTICO TITULAR	MODESTA I. GIL GARCÍA	LIBRILLA	Destino Interino	928.850	-	928.850
FARMACÉUTICO TITULAR	MATÍAS SORIA VILLEGAS	LORQUÍ	Destino Definitivo	956.030	-	956.030
FARMACÉUTICO TITULAR	ANTONIO SAURA GARCÍA	MAZARRÓN	Destino Definitivo	927.114	-	927.114
FARMACÉUTICO TITULAR	JUAN HUMMER UNDA	MAZARRÓN	Destino Definitivo	933.912	-	933.912
FARMACÉUTICO TITULAR	PEDRO GIL GARCÍA	MOLINA DE SEGURA	Destino Definitivo	936.190	-	936.190
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ GÓMEZ GONZÁLEZ	MOLINA DE SEGURA	Destino Definitivo	899.512	-	899.512
FARMACÉUTICO TITULAR	JESÚS MARTÍNEZ PASTOR	MORATALLA	Destino Definitivo	939.688	-	939.688
FARMACÉUTICO TITULAR	RAFAEL EGEA DE LA CUESTA	MORATALLA	Destino Definitivo	949.066	-	949.066
FARMACÉUTICO TITULAR	OLEGARIO AMOR GARCÍA	MULA	Destino Interino	760.760	-	760.760
FARMACÉUTICO TITULAR	MARÍA MARTÍNEZ MIRA	TOTANA-ALEDO	Destino Definitivo	964.558	-	964.558
FARMACÉUTICO TITULAR	GREGORIO CRESPO CASTILLO	TOTANA-ALEDO	Destino Definitivo	945.118	-	945.118
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ MARÍA AGUILERA MUSSO	TORRES DE COTILLAS	Destino Interino	760.760	-	760.760
FARMACÉUTICO TITULAR	JOSÉ MARTÍNEZ ROMÁN	TORREPACHECO	Destino Definitivo	961.870	-	961.870
FARMACÉUTICO TITULAR	ALBERTO GARRE ZAPATA	TORREPACHECO	Destino Definitivo	951.574	-	951.574
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO MUNUERA MARTÍNEZ	SAN PEDRO DEL PINATAR	Destino Definitivo	952.428	-	952.428
FARMACÉUTICO TITULAR	FRANCISCO CARRIÓN NAVARRO	SAN JAVIER	Destino Definitivo	885.660	-	885.660
FARMACÉUTICO TITULAR	FELIPE BUENO GUILLÉN	LA UNIÓN-VILLANUEVA-	Destino Definitivo	807.560	-	807.560
FARMACÉUTICO TITULAR	VACANTE	YECLA		965.048	-	965.048
FARMACÉUTICO TITULAR	RICARDO TOMÁS SORIANO	YECLA	Destino Definitivo	793.514	-	793.514

(*) Los importes que se señalan en retribuciones básicas correspondes al coste de las plazas en 1981, independientemente del titular natural de las mismas

Fuente: Relación adjunta número 2 del Real Decreto 550/1984 de 8 de febrero, sobre la valoración definitiva, ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados y adaptación de los transferidos en fase preautonómica a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de sanidad. *Boletín Oficial del Estado* nº 70 de 22/03/1984, p7926.

Estos farmacéuticos titulares traspasados que se encontraban destinados en la Diputación Provincial de Murcia, se incorporaron a partir del 1 de julio de 1983 a la Dirección de Salud de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de Murcia, según los términos marcados en el Estatuto de Autonomía[1064], pasando a depender de la Sección de Inspección Sanitaria del Servicio de Salud Pública de la Dirección Regional de Salud, la cual tenía encomendadas las funciones de:

> "(…) *vigilancia de actividades en establecimientos e industrias que tengan relación con la salud humana, y en especial aquellas relacionadas con la alimentación y con el medio ambiente. Realizará también funciones de ordenamiento y control de las actividades inspectoras de los funcionarios sanitarios locales que se desarrollan a nivel municipal, subcomarcal y comarcal*".[1065]

En cuanto a las **funciones** encomendadas, seguían realizando las funciones asesoras, analíticas, de inspección sanitaria y de dispensación farmacéutica marcadas en las secciones 4ª y 5ª del Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de noviembre de 1953, además de las de seguir teniendo la obligación del mantenimiento de su oficina de farmacia abierta al público en su destino y fijar su residencia y pernoctar dentro del término municipal.

3.2.3. LA CREACIÓN DEL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES (1983-1991)

A partir de la transferencia de la totalidad del personal sanitario local a la Comunidad Autónoma en el año 1983, los nuevos farmacéuticos titulares que se incorporaban a la Comunidad Autónoma de Murcia, lo hacían ya tomando posesión de sus plazas en la Consejería de Sanidad, Consumo y Seguridad Social de Murcia.

[1064] De acuerdo a la Disposición Transitoria Cuarta: "(…) *Los funcionarios de los Cuerpos Nacionales de Administración Local que se encuentran destinados en la Diputación Provincial pasarán a la Administración Regional, en la que desempañarán puestos de análogo rango al de los que actualmente ocupan en aquélla, con las funciones que se les asignen por los órganos competentes de la Comunidad Autónoma. Los funcionarios a que se refieren los dos párrafos anteriores serán respetados en todos sus derechos adquiridos de cualquier orden y naturaleza, incluso el de participar en los concursos de traslado que convoque la Administración del Estado en igualdad de condiciones con los restantes miembros de su Cuerpo, pudiendo ejercer de esta manera su derecho permanente de opción que corresponde a los funcionarios*". Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio.

[1065] Artículo 10.2 del Decreto 116/84, de 8 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 238 de 17/10/1984.

Estos nuevos farmacéuticos titulares podían provenir de las convocatorias nacionales de concursos ordinarios de traslado en la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares que se seguían convocando por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo con los órganos competentes de las correspondientes Comunidades Autónomas[1066] o bien, a través de la cobertura de las vacantes de plazas en los Partidos Farmacéuticos que se iban produciendo como consecuencia de los fallecimientos o jubilaciones[1067] de los titulares. Dichas plazas se ocupaban de forma provisional a través de farmacéuticos interinos[1068] o bien a través

[1066] El Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo a los órganos competentes de las correspondientes Comunidades Autónomas, convocó con carácter general, a través de la Orden de 18 de julio de 1984, un concurso de traslado en la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (B.O E. nº 185 de 03/08/1984). En dicho concurso incluyeron todas aquellas plazas vacantes en los Partidos Farmacéuticos a fecha de 30 de septiembre de 1983.Para la Comunidad Autónoma de Murcia se ofertaron tres plazas vacantes en las localidades de Librilla, Mula y Las Torres de Cotillas.

Tras la Resolución del concurso, se adjudicaron de forma definitiva dichas plazas a Olegario del Amor García (Mula), Dolores Souto Neira (Las Torres de Cotillas) y Juan Gil García (Librilla). Orden de 18 de noviembre de 1988 por la que se eleva a definitiva la relación provisional de admitidos y excluidos, el cómputo de servicios reconocidos a unos y otros, y se hace pública la adjudicación provisional de plazas en el concurso de traslado en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (*B.O.E.* nº 28 de 28/11/1988). Finalmente, a través de la Orden de 14 de abril de 1989, se resolvió con carácter definitivo el concurso de traslado en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (*B.O.E.* nº99 de 26/04/1989).

Este concurso de traslados del año 1984 provocó numerosas manifestaciones de los farmacéuticos titulares interinos llegando incluso a encerrarse en el año 1988 en el Consejo General de Colegios Farmacéuticos de Madrid, denunciando que lo que se iba a producir con el concurso era una "especulación comercial de sus plazas" debido a que los farmacéuticos titulares que concursaban, previamente iban a vender la farmacia que tenían en propiedad en otros lugares antes de acceder a la nueva plaza adjudicaba, desplazando al farmacéutico interino de la misma. Aunque solicitaron la congelación del concurso, finalmente se resolvió en abril de 1989. Sobre este tema, léase: Beaumont, José F.: "Los farmacéuticos rurales denuncian especulación comercial con sus plazas". *El País*. 25 de noviembre de 1984:36; Anónimo: "Farmacéuticos de toda España se encierran en su Consejo General". *Diario 16*. 10 de diciembre de 1988:14 y Maciá, A.: "Interinos de Farmacia". *ABC*. 21 de enero de 1989:14.

[1067] En cuanto a las jubilaciones de los funcionarios en servicio activo, una vez que éste cumplía los 65 años de edad, la Consejería de Hacienda y Administración Pública declaraba de oficio su jubilación forzosa, acreditándole al interesado la pensión de jubilación de acuerdo al Decreto 1120/1966, de 21 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Derechos Pasivos de los Funcionarios de la Administración Civil del Estado (*B.O.E.* nº108 de 06/05/1966). La Orden de jubilación se realizaba de acuerdo al artículo 25.3 de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, del Proceso Autonómico, que otorgaban a las Comunidades Autónomas competencias administrativas que afectaban a la relación funcional o de servicios de los funcionarios; el artículo 33 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública, que establecía que la jubilación forzosa se declaraba de oficio al cumplir el funcionario los 65 años de edad; el artículo 12.2.k) de la Ley 3/1986, de 19 de marzo, de la Función Pública de la Región de Murcia, por la que establecía que era la Consejería de Hacienda y Administración Pública la competente para decidir sobre las situaciones de los funcionarios de la Administración Regional.

[1068] Como ejemplo de plazas que se cubrieron a partir del 15 de mayo de 1985 por funcionarios interinos o bien por reingresados a su plaza como consecuencia del fallecimiento de José Ruiz Gómez (Abarán), Pedro Gil García (Molina de Segura), Alberto Garre Zapata (Torre Pacheco) y por la jubilación de Orencio Bravo Martínez-Iglesias (Caravaca), Rafael Egea de la Cuesta (Moratalla) y Juan de Dios Azorín Molina (Yecla), tendríamos a Joaquín Ruiz Gómez (Abarán), Ceferino Bañón

de solicitudes de reingreso a dicha plaza. Este interino, que pasaba a la situación de servicio activo con destino provisional en el mismo puesto, quedaba en la obligación de tomar parte en el primer concurso ordinario que se celebrase en el cual figurase como vacante dicho puesto de trabajo.

La provisión interina de las plazas vacantes[1069] de farmacéuticos titulares, una vez resuelto el concursillo local[1070] si procediese, se realizaba a través de la designación por parte del Consejero de Presidencia correspondiente de un "farmacéutico interino" entre las propuestas enviadas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia. Estas propuestas se realizaban entre los farmacéuticos inscritos en el *Libro Oficial de Registro* del Colegio, seleccionados atendiendo a una serie de preferencias y por el orden riguroso de prelación[1071]. En cambio, para los farmacéuticos titulares reingresados, la competencia del nombramiento le correspondía al Director Regional de la Función Pública.

Unos años después, las peculiares características de las funciones que realizaba el personal de los Cuerpos Sanitarios Locales, justificaron por sí solo una regulación especial para la provisión de los puestos de trabajo, la cual se llevó a cabo a través del Real Decreto 1062/1986[1072], que establecía como sistema normal para la provisión de vacantes, el sistema de concurso de méritos, el cual consideraba como

---

Albacete (Molina de Segura), Serafín Martínez Muñoz (Torre Pacheco), Teodora Inés Arias Fernández(Caravaca), Elena Martínez Sánchez (Moratalla) y Francisco Muñoz Soriano (Yecla)

[1069] Orden de 2 de mayo de 1962, por la que se dictan normas para la provisión interina de plazas vacantes de los Cuerpos Generales de sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº133 de 04/06/1962.

[1070] Se producía cuando se declaraba una vacante en el Municipio, Agrupación o Mancomunidad donde hubiese varias plazas. En este caso, el Jefe Provincial de Sanidad convocaba un concursillo entre los demás funcionarios del Cuerpo con plaza en propiedad en el mismo Municipio, Agrupación o Mancomunidad, por si a alguno le interesaba cambiar de distrito. La designación seguía un orden riguroso de antigüedad de los concursantes en la plaza que cada uno tuviese a su cargo y, en caso de empate, se atendía a la mayor antigüedad de cada uno en el Cuerpo. Artículo 112 del Decreto de 27 de noviembre de 1953 por el que se aprueba el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales.

[1071] De acuerdo al punto quinto de la Orden de 2 de mayo de 1962, la prelación a la hora de seleccionar al candidato a farmacéutico interino sería: "*I. Tener Oficina de Farmacia abierta al público en la localidad respectiva y estar provisto del utillaje de laboratorio correspondiente; II. Pertenecer al escalafón respectivo, sin encontrarse en servicio activo, pero teniendo aptitud legal .para volver a él; IV. Ser Diplomado de Sanidad; V. Mejor número en el escalafón; VI Mayor número de personas bajo la exclusiva dependencia económica del interesado; VII El riguroso orden de inscripción en el Libro registro. Caso de concurrencia en 'arios aspirantes de la primera preferencia aplicable, se designará al que ostente, además. la segunda en orden y así sucesivamente hasta deshacer el empate*".

[1072] Real Decreto 1062/1986 de 26 de mayo, por el que se regula el sistema de concurso unitario de méritos y traslado de los funcionarios de Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº 132 de 03/06/1986.

méritos preferentes los relativos a la valoración del trabajo desarrollado en destinos anteriores, los cursos de formación y perfeccionamiento, las titulaciones académicas y la antigüedad.

De esta forma, se solucionaron los problemas planteados en la gestión con motivo de la casi total transferencia de sus plazas a las Comunidades Autónomas, permitiendo al Ministerio de Sanidad y Consumo convocar, por razones de coordinación, concursos unitarios de méritos y de traslado para los funcionarios de los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. Así, la iniciativa de la convocatoria podía producirse bien por el Ministerio de Sanidad y Consumo o bien por los Órganos de dirección del personal de una o varias Comunidades Autónomas.

En el caso de los concursos de los Farmacéuticos titulares, cuando además fuese necesario la apertura de una oficina de Farmacia[1073], el plazo para la toma de posesión era de cinco días a contar desde la fecha del cese, cuando el nuevo destino fuese en la misma provincia del anterior y de un mes, a contar desde la publicación de la resolución del concurso en los demás casos, viniendo obligado el funcionario a solicitar la tramitación de la apertura de la oficina de Farmacia[1074] en los cinco días siguientes a la toma de posesión de la plaza[1075].

[1073] Ejemplo de este hecho ocurrió en la Comunidad de Murcia tras la convocatoria del concurso de traslado en la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares a través de la Orden de 18 de julio de 1984. Dicho concurso se resolvió a través de la Orden de 18 de noviembre de 1988 con la adjudicación de forma definitiva de las plazas de farmacéutico titular a Dolores Souto Neira (Las Torres de Cotillas) y a Juan Gil García (Librilla), los cuales carecían de oficina de farmacia abierta en dicho Municipio y tuvieron que solicitar la apertura de las mismas en dichas localidades.

[1074] Dicho solicitud de apertura de la oficina de farmacia se tramitaba en orden al cumplimiento del Real Decreto 1711/1980, de 31 de julio, por el que se daban las normas para la instalación de Oficinas de Farmacia a los Farmacéuticos titulares de los partidos farmacéuticos (*B.O.E.* nº 213 de 04/09/1980). Este Real Decreto surgió como consecuencia de no haber contemplado el Real Decreto 909/1978 ,de 14 de abril, por el que se regula el establecimiento, transmisión o integración de las Oficinas de Farmacia (*B.O.E.* nº 106 de 04/05/1978) como excepcionalidad a la norma el que los Farmacéuticos titulares, al ser nombrados en propiedad en los Partidos Farmacéuticos donde radicase el municipio, estaban reglamentariamente obligados a instalar la Oficina de Farmacia, lo que será imposible de cumplir en aquellos casos en que por aplicación del Real Decreto el cupo de farmacia estuviese ya cubierto. Así, establece en su artículo primero que:" *De conformidad con el Real Decreto 909/1978, de 14 de abril, el número total de Oficinas de Farmacia en cada municipio, no podrá exceder de una por cada cuatro mil habitantes, salvo cuando concurran los casos previstos en los apartados a), b) y e) del artículo tercero, uno, de dicho Real Decreto y cuando la solicitud de instalación se formule por Farmacéutico con nombramiento en propiedad; como titular del Partido Farmacéutico al que pertenezca el municipio de que se trate, y siempre que dicho Farmacéutico no tenga abierta al público Oficina de Farmacia en el referido Partido Farmacéutico*".

[1075] Artículo 8 del Real Decreto 1062/1986 de 26 de mayo.

La sustitución interina de las plazas de los farmacéuticos titulares como consecuencia de vacaciones anuales, sustituciones por comisión temporal, licencias por enfermedad y por matrimonio, se realizaba mediante el nombramiento de funcionarios interinos, siendo con carácter obligatorio realizar la sustitución por parte del titular de otra plaza del mismo Centro, establecimiento o Partido en caso de existir varios funcionarios o bien por parte del titular de otra p1aza próxima en caso de existir solo un funcionario[1076]. Al ser licencias retribuidas (al 100% en su mayoría), se requería la previa existencia de dotación presupuestaria, sin que fuese preciso el requisito de puesto vacante. La tramitación de estas solicitudes las tramitaba la Secretaría General de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicio Sociales[1077].

En el año 1984, se publicó a nivel nacional la Ley[1078] de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, que afectó directamente a los farmacéuticos titulares por tener una actividad privada con la oficina de farmacia al margen de su actividad pública. En dicha Ley se establecía que:

> "*Las actividades privadas que correspondan a puestos de trabajo que requieran la presencia efectiva del interesado durante un horario igual o superior a la mitad de la jornada semanal ordinaria de trabajo en las Administraciones Públicas sólo podrán autorizarse cuando la actividad pública sea una de las enunciadas en esta Ley como de prestación a tiempo parcial*",

aunque finalmente se justificaría que no fuese de aplicación este precepto a los Farmacéuticos titulares obligados a tener oficina de farmacia abierta en la propia localidad en que ejerciesen su función, debido a "*las peculiares características del desarrollo de su trabajo*".

[1076] Decreto 3283 de 26 de diciembre de 1968, por el que se regula el régimen de retribuciones de quienes sustituyan a los Sanitarios Locales en su ausencia. *Boletín Oficial del Estado* nº17 de 20/01/1969.

[1077] De acuerdo a las Memorias de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia de los años 1988, 1989 y 1990, los expedientes de sustituciones de farmacéuticos titulares, con nombramiento de funcionarios interinos con motivo de las licencias de los titulares de los puestos en aquellas localidades en los que existía un funcionario fueron de 13 en el 1988, 13 en el año 1989 y 10 en el año 1990, mientras que en aquellas localidades donde había más de un funcionario fueron de 9 en el 1988, 19 en el año 1989 y 30 en el año 1990

[1078] Artículo 12.2 y Disposición transitoria sexta de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. *Boletín Oficial del Estado* nº4 de 04/01/1984.

Paralelamente al proceso de desarrollo autonómico, el Estado abordó a través de la Ley 30/1984[1079] una reforma en profundidad de la legislación de la Función Pública en desarrollo de lo establecido en el artículo 149.1.18[1080] de la Constitución Española, suprimiendo con ello la obsolescencia de muchas normas por las que se regía, contribuyendo así a la construcción del nuevo estado de las autonomías.

Su capítulo II hacía referencia a la ordenación de la función pública de las Comunidades Autónomas y regulaba la situación de los funcionarios transferidos, determinando que debían de ser las distintas Comunidades Autónomas las que ordenasen por Ley su propia Función Pública y que los funcionarios transferidos a las Comunidades Autónomas se integrasen plenamente en la organización de la Función Pública de las mismas como funcionarios propios, respetando el grupo del Cuerpo o Escala de procedencia, así como los derechos económicos inherentes al grado personal que tuviesen reconocido, garantizando la igualdad entre todos los funcionarios propios de las Comunidades Autónomas con independencia de su Administración de procedencia.

Dentro de este contexto, se elaboró en el año 1986 por la Asamblea Regional de la Comunidad, la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia[1081], desarrollándose de este modo la competencia reconocida en el artículo 52 del Estatuto de Autonomía:

> "*El régimen jurídico de la Administración Pública Regional y de sus funcionarios será regulado mediante Ley de la Asamblea de conformidad con la legislación básica del Estado*".

A través de esta Ley, se reguló la Función Pública de la Administración Pública de la Región de Murcia, la cual va a ser considerara como el instrumento técnico y personal a través del cual se van a realizar los intereses públicos que la Constitución, el Estatuto de Autonomía y las leyes le habían atribuido como propios a la Comunidad, todo ello bajo la dirección del Consejo de Gobierno.

[1079] Ley 3/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública. *Boletín Oficial del Estado* nº 185 de 03/08/1984.

[1080] El artículo 149.1.18. de la Constitución española establecía que el Estado tenía competencia exclusiva en: "*Las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas y del régimen estatutario de sus funcionarios que, en todo caso, garantizarán a los administrados un tratamiento común ante ellas; el procedimiento administrativo común, sin perjuicio de las especialidades derivadas de la organización propia de las Comunidades Autónomas; legislación sobre expropiación forzosa; legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas y el sistema de responsabilidad de todas las Administraciones públicas*".

[1081] Ley 3/1986, de 19 de Marzo, de la Función Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 169 de 16/06/1986.

Dicha Función Pública, se va a ordenar en base a los conceptos de puesto de trabajo, plazas dotadas presupuestariamente y Cuerpos, Escalas y Categorías, siendo las relaciones de puestos de trabajo el instrumento técnico a través del cual se va a racionalizar y ordenar la Función Pública Regional, la cual va a estar integrada por el conjunto de personas vinculadas a ella a través de una relación profesional de empleo, siendo seleccionadas las mismas según los criterios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad.

La Ley, siguiendo lo dictado por la Ley estatal, estableció que los funcionarios transferidos que procediesen de la Administración del Estado se integrasen en la Función Pública de la Región de Murcia como funcionarios propios, sin perjuicio de que permaneciesen en situación especial de servicios en sus Cuerpos o Escalas de origen.

Respecto a los funcionarios interinos que se encontraban prestando servicio en la Administración Regional, la disposición transitoria primera estableció que podrían acceder a la función pública mediante concurso-oposición libre, una vez hubiesen sido clasificadas sus funciones como propias de funcionario público. El personal de esta clase que no obtuviese puesto de trabajo en dichas pruebas podría seguir prestando sus servicios hasta el 31 de diciembre de 1987, a partir del cual se procedería a su cese[1082].

La disposición adicional primera creó los "cuerpos" de funcionarios[1083] en los que, en el ámbito de la Administración Regional y de acuerdo a la Ley estatal, debían agruparse los funcionarios propios de la misma, tanto los seleccionados directamente como los transferidos a la Administración Regional.

[1082] A través de la disposición transitoria primera de la Ley 4/1987 de 27 de abril, de ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Regional, se prorrogaría dicho plazo hasta el 31 de diciembre de 1988. Posteriormente, a través de la Disposición derogatoria de la Ley 2/1989, de 12 de junio, de la modificación de la Ley 3/1986. de 19 de marzo, de la Función Pública de la Región de Murcia, y de la Ley 4/1987, de 27 de abril, de Ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Regional (*B.O.E.* nº241 de 07/10/1989) y sólo para los Cuerpos de Sanitarios Locales, se prorrogaría su vigencia hasta que, por una sola vez, se les convocasen pruebas selectivas de acceso a la Función Pública, las cuales tenían que tener lugar antes del 31 de diciembre de 1990. Pese a ello, cabe señalar que las primeras pruebas selectivas para el ingreso en la Administración Regional se convocaron en el año 1999 a través de la Orden de 3 de noviembre de 1999 (*B.O.R.M.* nº 269 de 15/11/1999).

[1083] Posteriormente se hizo necesario crear "Escalas" dentro de los Cuerpos para una mejor agrupación racionalizada del personal que en las mismas se integraba, a través de la Ley 4/1987 de 27 de abril, de Ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Regional (*B.O.E.* nº169 de 16/07/1987).

En lo afectaba a los farmacéuticos titulares, se estableció:

- que en el plazo de un año la Comunidad Autónoma tenía que determinar mediante Ley, los nuevos Cuerpos de funcionarios que dentro de cada grupo, se estableciesen, así como las Escalas que se creasen tanto dentro de los Cuerpos ya creados como de los que en el futuro se pudiesen establecer (disposición adicional cuarta);
- que la integración de los funcionarios de los Cuerpos de Sanitarios Locales en los Cuerpos y Escalas de los funcionarios de la Comunidad Autónoma se tendría que regular a través de un Decreto, conforme a las bases establecidas en la ley General de Sanidad y la propia Ley de Función Pública (disposición adicional quinta)[1084] y
- que se estableciese que dichos funcionarios tenían que mantener un régimen retributivo específico conforme a lo establecido en los Presupuestos Generales del Estado, en tanto no se procediese a la regulación definitiva del mismo (Disposición transitoria Octava).

A pesar de lo dispuesto, el resultado fue desesperanzador para el "colectivo de sanitarios farmacéuticos traspasados" puesto que el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares no se creó hasta el año 1991 y el Decreto fijando su régimen jurídico y retributivo no se publicó hasta el año 1995. Caso contrario ocurrió con la regulación de los veterinarios titulares transferidos los cuales, en el año 1989, reestructuraron los Servicios Veterinarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia[1085] y en el año 1990 se integraron por Decreto los veterinarios titulares pertenecientes al Cuerpo Nacional de Sanitarios Locales en el Cuerpo Superior Facultativo, especialidad Veterinario[1086]; el de las matronas titulares transferidas de los Cuerpos Sanitarios Locales que se integraron en el de Matronas de las Áreas de Salud[1087] en el

[1084] Dicha disposición se volvió a repetir en la Ley 4/1987 de 27 de abril, a través de su Disposición Adicional novena.
[1085] Decreto 91/1989, de 17 de noviembre, por el que se reestructuran los Servicios Veterinarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 280 de 07/12/1989.
[1086] Decreto 35/1990, de 7 de junio, por el que se integra en el Cuerpo Superior Facultativo a los Veterinarios titulares pertenecientes al Cuerpo Nacional de Sanitarios Locales. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 169 de 24/07/1990.
[1087] Artículo 51 bis de la Ley 11/1990, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para 1991. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 297 de 28/12/1990, Suplemento nº14.

año 1990 o el de los Médicos y A.T.S. pertenecientes a los Cuerpos Sanitarios Locales que se incorporaron en los Equipos de Atención Primaria en el año 1989[1088].

A nivel estatal, se produjo la reforma sanitaria a través de la promulgación de la **Ley General de Sanidad de 1986[1089]**, la cual proporcionó un nuevo marco legislativo estatal para llevar a cabo la implantación del nuevo sistema sanitario del país.

Esta Ley vino a reconocer entre otros, el derecho constitucional a la protección de la salud (artículo 43), compitiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios y el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo (artículo 45), todo ello enmarcado en la estructura autonómica del Estado, con las transferencia de las competencias sanitarias, que según el artículo 149 de la Constitución, recogieron los distintos Estatutos de las Comunidades Autónomas[1090].

Aunque la Ley no recogiese la figura del farmacéutico titular como tal, sí que reguló sus facultades como "autoridad sanitaria", otorgándoles las competencias contempladas en los artículos:

> "*Artículo veintiséis: 1. En caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas que estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de Empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas. 2. La duración de las medidas a que se refiere el apartado anterior, que se fijarán para cada caso, sin perjuicio de las prórrogas sucesivas acordadas por resoluciones motivadas, no excederá de lo que exija la situación de riesgo inminente y extraordinario que las justificó.*

[1088] Decreto 93/1989, de 17 de noviembre de 1989, de incorporación de Médicos y A.T.S. pertenecientes a los Cuerpos Sanitarios Locales en los Equipos de Atención Primaria. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 277 de 02/12/1989.

[1089] Ley 14/1986, General de Sanidad, *Boletín Oficial del Estado* nº102 de 29/04/1986.

[1090] En el caso de la Región de Murcia, en el marco de la legislación básica del Estado, le correspondería el desarrollo legislativo y la ejecución en materias de sanidad, higiene y ordenación farmacéutica, además de la función ejecutiva de los productos farmacéuticos. Artículos 11.1 y 12.7 de la Ley 4/1982 de 9 de junio, Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia (*B.O.E.* nº 146 de 19/06/1982).

> *Artículo treinta y uno: 1. El personal al servicio de las Administraciones Públicas que desarrolle las funciones de inspección, cuando ejerza tales funciones y acreditando si es preciso su identidad, estará autorizado para: a) entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo Centro o establecimiento sujeto a esta Ley, b) proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de las normas que se dicten para su desarrollo, c) tomar o sacar muestras, en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en esta Ley y en las disposiciones para su desarrollo, y d) realizar cuantas actuaciones sean precisas, en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen. 2. Como consecuencia de las actuaciones de inspección y control, las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, prohibición de las actividades y clausura definitiva de los Centros y establecimientos, por requerirlo la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación y funcionamiento."*

Una vez regulada la Función Pública de la Región de Murcia en el año 1986, se empezó a confeccionar y a publicar las **relaciones de puestos de trabajo (RPT)**[1091]**,** así como el contenido mínimo que, para cada uno de los puestos, debían contener en ellas.

Respecto a los puestos de farmacéuticos titulares[1092] y hasta la creación de su Cuerpo en el año 1991, las plazas incluidas en dichas RPT, pertenecientes a la Dirección Regional/General de Salud (Programa 413B), tenían las características reflejadas en la Tabla 5. Dichas plazas carecían de complemento de destino y de complemento específico por estar sometido dicho Cuerpo al régimen jurídico de los sanitarios locales, no disponían del régimen especial de dedicación o jornada especial y no se les exigió la obligación de conducción de vehículos.

[1091] Las relaciones de puestos de trabajo (RPT) es el instrumento técnico a través del cual se racionaliza y ordena la Función Pública Regional, determinando sus efectivos de acuerdo con las necesidades de los servicios y precisando los requisitos para cada puesto, así como sus características retributivas.

[1092] En el catálogo de puestos de Trabajo del Anexo de la Ley 1/1986, de 27 de enero, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el año 1986 (*B.O.R.M.* nº22 de 28/01/1986), adscritos al programa 413B, aparecían contempladas **42 plazas** de Técnicos Titulados Superiores (**Farmacéuticos de Atención Pública Domiciliaria**), pertenecientes al grupo de funcionarios "A", con un nivel "11" de complemento de destino y un régimen "normal" de dedicación.

Tabla 6: Características de las plazas correspondientes a los puestos de farmacéuticos titulares dentro de las relaciones de puestos de trabajo publicadas en la Comunidad Autónoma de Murcia (años 1987, 1988, 1989 y 1990):

	RPT 1987[1093]	**RPT 1988**[1094]	**RPT 1989**[1095]	**RPT 1990**[1096]
Denominación	Técnico Titulado Superior	Titulado Superior Zona de Salud "…"	Farmacéutico Zona de Salud "…"	Farmacéutico Zona de Salud "…"
Plazas	42 plazas "TS00…"	43 plazas "PD00…"	44 plazas "FC00…"	44 plazas "FC00…"
Nivel	11	11	11	-
Grupo/Categoría Profesional	A	A	A / Farmacéutico Atención Pública Domiciliaria (A.P.D.)	A / Farmacéutico Atención Pública Domiciliaria (A.P.D.)
Clasificación	Funcionario	Funcionario	Funcionario	Funcionario
Forma de provisión	Concurso Méritos	Concurso Méritos	Concurso Méritos	Concurso Méritos
Incompatibilidades	NO	NO	-	-
Complemento específico	-	-	0	0
Régimen de dedicación	Normal	Normal	-	-
Requisitos básicos	Ldo. en Farmacia	Ldo. en Farmacia	Ldo. en Farmacia	Ldo. en Farmacia

Fuente: Relaciones de Puestos de Trabajo correspondientes a los años 1987, 1988, 1989 y 1990 de la Administración Regional de Murcia. Elaboración Propia

[1093] Orden de 2 de febrero de 1987, por la que se aprueban y hacen públicas las relaciones de puestos de trabajo del Gabinete de la Presidencia, Consejería de Hacienda y Administración Pública, Consejería de Política Territorial y Obras Públicas, Consejería de Cultura y Educación, Consejería de Industria, Comercio y Turismo, Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca, Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, y del Organismo Autónomo Imprenta Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 30 de 07/02/1987; Suplemento nº30. La codificación de las 42 plazas se correspondían con los códigos: TS00408, TS00424, TS00426, TS00428, TS00430, TS00432, TS00434, TS00435, TS00436, TS00437, TS00438, TS00439, TS00440, TS00441, TS00442, TS00443, TS00444, TS00445, TS00446, TS00447, TS00448, TS00449, TS00450, TS00451, TS00452, TS00453, TS00454, TS00455, TS00456, TS00457, TS00458, TS00459, TS00460, TS00518, TS00519, TS00520, TS00521, TS00522, TS00525, TS00526, TS00527 y TS00529.

[1094]Orden de 24 de marzo de 1988, por la que se aprueban las relaciones de puestos de trabajo de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social, así como del Organismo Autónomo adscrito a la misma. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 78 de 06/04/1988; Suplemento nº3. La codificación de las 43 plazas se correspondían con los códigos: PD00001, PD00002, PD00003, PD00004, PD00005, PD00006, PD00007, PD00008, PD00009, PD00010, PD00011, PD00012, PD00013, PD00014, PD00015, PD00016, PD00017, PD00018, PD00019, PD00020, PD00021, PD00022, PD00023, PD00024, PD00025, PD00026, PD00027, PD00028, PD00029, PD00030, PD00031, PD00032, PD00033, PD00034, PD00035, PD00036, PD00037, PD00038, PD00039, PD00040, PD00041, PD00042 y PD00043.

[1095]Orden conjunta de 15 de septiembre de 1989, de las Consejerías de Administración Pública e Interior y Hacienda, por la que se aprueba las relaciones de puestos de trabajo de la Secretaría General de la Presidencia y de las Consejerías de Hacienda ; Política Territorial y Obras Públicas ; Cultura, Educación y Turismo; Economía, Industria y Comercio ; Agricultura, Ganadería y Pesca ; Sanidad ; Administración Pública e Interior ; Bienestar Social, así como los Organismos Autónomos adscritos a las mismas. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 221 de 26/09/1989; Suplemento nº9. La codificación de las 44 plazas se correspondían con los códigos: FC00001, FC00002, FC00003, FC00004, FC00005, FC00006, FC00007, FC00008, FC00009, FC00010, FC00011, FC00012, FC00013, FC00014, FC00015, FC00016, FC00017, FC00018, FC00019, FC00020, FC00021, FC00022, FC00023, FC00024, FC00025, FC00026, FC00027, FC00028, FC00029, FC00030, FC00031, FC00032, FC00033, FC00034, FC00035, FC00036, FC00037, FC00038, FC00039, FC00040, FC00041, FC00042, FC00043 y FC00044.

[1096] Orden de 31 de julio de 1990, de la Consejería de Administración Pública e Interior, por la que se aprueban las relaciones de puestos de trabajo de la Administración de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 176 de 01/08/1990; Suplemento nº9. La codificación de las 44 plazas se correspondían con los códigos: FC00001, FC00002, FC00003, FC00004, FC00005, FC00006, FC00007, FC00008, FC00009, FC00010, FC00011, FC00012, FC00013, FC00014, FC00015, FC00016, FC00017, FC00018, FC00019, FC00020, FC00021, FC00022, FC00023, FC00024, FC00025, FC00026, FC00027, FC00028, FC00029, FC00030, FC00031, FC00032, FC00033, FC00034, FC00035, FC00036, FC00037, FC00038, FC00039, FC00040, FC00041, FC00042, FC00043 y FC00044.

Las plazas de farmacéuticos titulares (Farmacéuticos de Atención Pública Domiciliaria) se encontraban incorporadas en la Consejería de Sanidad, Consumo y Seguridad Social de Murcia y dependían de la Sección de Inspección Sanitaria del Servicio de Salud Pública de la Dirección Regional de Salud, al tener encomendadas las funciones de:

> "(…) *vigilancia de actividades en establecimientos e industrias que tengan relación con la salud humana, y en especial aquellas relacionadas con la alimentación y con el medio ambiente. Realizará también funciones de ordenamiento y control de las actividades inspectoras de los funcionarios sanitarios locales*"[1097].

Funciones desarrolladas por los Farmacéuticos Titulares

En cuanto a sus funciones, seguían teniendo la obligación de realizar las funciones asesoras, analíticas, inspección sanitaria y la dispensación farmacéutica para los pobres inscritos en la beneficencia municipal, marcadas en las secciones 4ª y 5ª del Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de noviembre de 1953, así como mantener su oficina de farmacia abierta al público en su destino, fijar su residencia y pernoctar dentro del término municipal.

La inclusión en la denominación de las plazas de farmacéuticos titulares (Farmacéuticos A.P.D.) de la leyenda: "farmacéutico zona de salud (…)", hacía referencia a su adscripción a una Zona de Salud y a la obligación que tenían, tanto los farmacéuticos como los veterinarios titulares radicados en la misma, a colaborar con los Equipos de Atención Primaria (conjunto de profesionales responsables de la Atención a la Salud, que de forma coordinada, integral y permanente realizan su labor en una Zona de Salud), de acuerdo a criterios operativos y fórmulas flexibles, pudiendo incluso ser integrados en el Equipo en la medida que las necesidades lo exigiesen, principalmente en la vigilancia sanitaria del medio; inspección de locales, de viviendas y establecimientos públicos, control sanitario de aguas y alimentos[1098].

[1097] Artículo 11.2 del Decreto 76/1987, de 8 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 245 de 27/10/1987.

[1098] Artículo 3.3.c. del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado* nº 37 de 01/02/1984 y Artículos 4 y 5 del Decreto 53/1989, de uno de junio, por el que se aprueba el Reglamento General de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 138 de 17/06/1989.

Las principales funciones relacionadas con la salud pública que realizaban los farmacéuticos titulares en sus zonas de salud, en coordinación con la Sección de Inspección Sanitaria y la Sección de Sanidad Ambiental[1099], se correspondían con: 1) funciones inspectoras: inspección sanitaria en establecimientos e industrias de alimentación, el control sanitario de las redes de abastecimiento de aguas de consumo, control y la vigilancia higiénico sanitaria de las aguas de baño (piscinas de uso colectivo y playas) y el control de todo lo derivado con el medio ambiente en su relación con la salud humana; 2) funciones analíticas: toma de muestras y análisis de aguas (agua de la red de abastecimiento, aguas envasadas, aguas de playas y piscinas) y análisis clínicos y 3) funciones asesoras en todo lo relacionado con la Salud pública. Todo ello acompañado de las propuestas de expedientes sancionadores y resolución de denuncias y diligencias[1100]. Las funciones relacionadas con la inspección del funcionamiento de las oficinas de farmacia y almacenes de farmacia se realizaban a través de otro Cuerpo de Farmacéuticos creado en la Administración Regional de Murcia.

Los correspondientes análisis bromatológicos de los alimentos se dejaron de realizar por parte de los farmacéuticos titulares, realizándose los mismos ya a través de la Sección de Laboratorio de la Consejería de Sanidad, que actuaría a su vez como laboratorio de referencia de carácter regional y coordinador de los laboratorios de salud comarcales y municipales[1101]. A través de ellos se realizaban las funciones analíticas en materia de salud pública y bromatología sobre aquellas sustancias que les eran remitidas por las distintas Unidades de la Consejería o a petición de parte.

La multitud de normas sobre la elaboración, modificación y aprobación de las relaciones de puestos de trabajo y su contenido, fruto del proceso continuo racionalizador en el que se encontraba inmersa la Función Pública de la Región de

[1099] A partir del año 1990, la Sección de Sanidad Ambiental asumió las funciones y los programas que en el marco del control sanitario del medio ambiente donde se desenvuelve la vida humana, venía desempeñando la Sección de Inspección Sanitaria.

[1100] De Murcia, Región: *Memorias de la Consejería de Sanidad*. Años 1988, 1989, 1990 y 1991.

[1101] La Sección de Laboratorio del Área de Salud Pública se estructuraba de la siguiente forma en las distintas Áreas de Salud: En el Área I/Murcia se encontraba el Laboratorio Regional, con la doble función de laboratorio de Área y la de laboratorio de referencia para el resto de laboratorios, el cual se estructura a su vez en tres unidades: bromatología, fisicoquímica y microbiológica. En el área II/Cartagena se encontraría otro laboratorio ubicado en Cartagena; en el Área III/Lorca, existirían dos laboratorios ubicados uno en Lorca y el otro en Totana. En el Área IV/Noroeste se encontraría otro ubicado en Caravaca; la misma dotación que existiría en el Área V/Altiplano situado en Yecla. Por último, en el Área VI/Vega del Segura-Comarcal Oriental existirían dos laboratorios, uno situado en Cieza y el otro situado en Molina de Segura. De Murcia, Región: *Memorias de la Consejería de Sanidad*. Año 1991, p68.

Murcia, ocasionó que se publicara en el año 1990 el Decreto 46/1990[1102] que vino a normalizar dicho proceso y a configurar las especialidades u opciones de los distintos Cuerpos de la Administración Regional. En él, figuraba únicamente como Cuerpo cuya titulación requerida para el ingreso era la Licenciatura en Farmacia, el Cuerpo Superior Facultativo, Opción Farmacéutico, no haciendo referencia al personal farmacéutico titular.

Ese mismo año, se publicó otro Decreto[1103] donde se clasificó y se aprobó la relación de todo el personal que tenía la condición de funcionario al servicio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, fuesen funcionarios asumidos, transferidos o propios. En sus Anexos[1104] aparecía la relación alfabética de todos funcionarios de la Función Pública de Murcia, donde se incluía en su Grupo y Cuerpo de pertenencia: DNI, Apellidos y Nombre, número de registro personal, código del Cuerpo de procedencia (A.73.01., para los farmacéuticos titulares), situación administrativa y su forma de integración.

Curiosamente, los únicos funcionarios de toda la Función Pública Regional que no aparecieron en dicha relación por no estar todavía integrados en ningún Cuerpo, fueron aquellos pertenecientes a los Cuerpos de Farmacéuticos y Matronas Titulares, por lo que se tuvo volver a incorporar al final del Decreto una disposición adicional donde se dispuso que: "*La integración en Cuerpos o Escalas de los funcionarios pertenecientes a los Cuerpos de Matronas y Farmacéuticos Titulares, se realizará por norma específica, en los términos que regula la Disposición Adicional Novena de la Ley 4/1987 de 27 de abril*", es decir, que su integración en los Cuerpos o Escalas de funcionarios no se podría realizar hasta que no se regulara por Decreto.

[1102] Decreto número 46/1990, de 28 de junio, por el que se aprueba el modelo y se dictan normas para la aprobación y modificación de las relaciones de puestos de trabajo, y se configuran las especialidades u opciones de distintos cuerpos de esta Administración Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 160 de 13/07/1990.

[1103] Decreto 95/1990, de 10 de diciembre por el que se realiza la clasificación y se aprueban las relaciones de todo el personal funcionario al servicio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en la organización de su Función Pública. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 295 de 27/12/1990; Suplemento nº13.

[1104] En dichos Anexos aparecían la relación de todos los médicos y veterinarios titulares transferidos y propios. También incluían a los cuatro funcionarios del Cuerpo de Opción: Farmacéutico: María Piedad Abellán Semitiel, Ana Martínez Marín, Serafín Martínez Muñoz y Carlos Represa de Castro. Anexo I.I. del Decreto 95/1990, de 10 de diciembre.

Finalmente, fue a través de la Ley 3/1991 de 23 de diciembre[1105], de Presupuestos Generales de la Región de Murcia para el año 1992 cuando, a través de la Disposición Adicional Decimocuarta, **se creara el Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Comunidad Autónoma de Murcia**.

En dicho Cuerpo se integraron a todos aquellos Farmacéuticos Titulares transferidos como Sanitarios Locales, correspondiéndoles desempeñar las funciones propias de su titulación. Para su ingreso se les requirió estar en posesión del título de Licenciado en Farmacia.

El régimen jurídico y retributivo que se aplicó al personal integrado en dicho Cuerpo fue transitoriamente el vigente de los sanitarios locales hasta que un Decreto fijase el aplicable a dicho Cuerpo conforme a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad y en la disposición adicional cuarta[1106] de la Ley de la Función Pública Regional.

También se les aplicó con carácter transitorio la Disposición Transitoria quinta[1107] de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, sobre incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

Con ello se pretendió que, tras el oportuno Decreto de reestructuración y dotación de recursos materiales, se acoplaran las actuaciones que en materia de Salud Pública venían desarrollando los farmacéuticos titulares en el marco, ya obsoleto, de los Servicios Sanitarios Locales, al modelo descentralizado de las Áreas de Salud [1108], hecho que no ocurrió hasta el año 1995.

[1105] Ley 3/1991 de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Región de Murcia para 1992. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 299 de 30/12/1991.

[1106] Señalaba dicha disposición que: "*En el plazo de **un año** la Comunidad Autónoma determinará, mediante Ley, los nuevos Cuerpos de funcionarios que, dentro de cada grupo, se establezcan, así como las Escalas que se creen tanto dentro de los Cuerpos ya creados como de los que en el futuro puedan establecerse*". Ley 3/1886, de 19 de Marzo, de la Función Pública de la Región de Murcia.

[1107] Señalaba dicha disposición que: "*Los funcionarios de los Cuerpos Especiales al servicio de la Sanidad Local que deban prestar asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social, en las condiciones legalmente establecidas, continuarán prestando las mismas funciones y devengando las remuneraciones que figuran en los Presupuestos del Estado y de la Seguridad Social, en tanto se reestructuran los Cuerpos o funciones aludidos, si bien una remuneración lo será en concepto de sueldo y la otra como gratificación, a cuyo efecto deberán formular los afectados la oportuna opción en los términos que reglamentariamente se determinen*". Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas (*B.O.E.* nº4 de 04/01/1984).

[1108] De Murcia, Región: Dirección General de Salud. *Memoria de la Consejería de Sanidad* del año 1991; pp46-47

3.2.4. LA REESTRUCTURACIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS (1991-1997)

Una vez creado el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en el año 1991, se "retrasó" hasta el año 1995 la publicación del Decreto de reestructuración y dotación de los recursos materiales por parte de la Administración Autónoma.

Este retraso en la normalización del Cuerpo se produjo como consecuencia de los desencuentros que existieron entre la Administración Regional y los propios funcionarios del Cuerpo que se encontraban en una situación de interinidad que, apoyados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia, reclamaban compatibilizar la titularidad de las oficinas de farmacia con seguir prestando sus servicios como funcionarios interinos de la Comunidad Autónoma y ello, a pesar de la Ley 53/1984 de incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

De esta forma, los farmacéuticos interinos pretendían seguir manteniendo la dotación económica (alrededor de 100000 pesetas/mes) correspondiente a su función inspectora. En cambio, la Administración Regional pretendía que dicho personal trabajase en horario a tiempo completo de 40 horas semanales, circunstancia que era totalmente incompatible con el trabajo privado en la oficina de farmacia sin incumplir su presencia inexcusable durante la dispensación de los medicamentos. A pesar de ofertarles la posibilidad de poner un farmacéutico sustituto en la oficina de farmacia para poder cumplir con dicho horario, esta opción no les interesó por el coste económico que suponía en comparación con los ingresos derivados de su función como titular de la Administración.

La estrategia seguida entonces por los farmacéuticos titulares interinos (alguno de ellos perteneciente a la Junta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia) fue la de dilatar lo más posible el proceso de reestructuración, hecho que se vio favorecido por el propio sector farmacéutico y el desinterés de la propia Administración Regional para normalizar dicha situación. De hecho, durante todo este proceso, la Administración Regional no contó con el Cuerpo de Titulares para llevar a cabo cursos de formación, desarrollando escasamente las funciones encomendadas al Servicio de Sanidad Ambiental, principalmente relacionadas con el control del agua del Municipio.

Esta situación llevó aparejada una pérdida de influencia de los farmacéuticos a favor de otros colectivos (veterinarios y médicos principalmente), que coparon todos los puestos superiores e intermedios de la Consejería de Sanidad, con el consiguiente perjuicio que perdura hasta la actualidad.

Así, se llegó al año 1994, momento en el cual la Consejería de Hacienda y Administración Pública elaboró un proyecto de Decreto por el que "se reestructuran los servicios prestados por los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Administración Pública de la Región de Murcia" el cual fue sometido a alegaciones, siendo el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia el Organismo más crítico con el mismo.

Ante este primer proyecto de Decreto, el Colegio Oficial de Farmacéuticos informó a la Consejería de Hacienda y Administración Pública que debería ser modificado en su totalidad por

> "*no responder a las necesidades sanitarias de la población, desconocer la realidad jurídica y personal de los farmacéuticos titulares y poder contravenir la legalidad vigente*",

reservándose las acciones pertinentes en caso de publicarse. Los principales argumentos para rechazar el borrador los justificaban por entender que una Ley de presupuestos no podía crear un determinado Cuerpo de Funcionarios, sino que solamente podía dotarlos de asignación presupuestaria una vez creado; en que dicha reestructuración quedaba vacía de contenido al no quedar recogidos los medios y la ubicación del lugar donde fuesen a ejercer sus funciones, así como no haber contemplado el número de plazas que iban a integrar el Cuerpo; en cuanto a las funciones encomendadas, proponían modificar y ampliar aquellas relacionadas con el uso racional del medicamento; tampoco se entendía el por qué a un Funcionario del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares se le prohibía ser titular de una oficina de farmacia si cumpliese el horario y cometido, esgrimiendo el derecho adquirido a compatibilizar la función pública con la farmacia de aquellos funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares transferidos a las Comunidades Autónomas; también sugerían que se convocase en un plazo de seis meses un concurso de acoplamiento en el que pudiesen participar todos los farmacéuticos de los Servicios Oficiales de la Comunidad Autónoma y finalmente solicitaban que se tuviesen en cuenta situaciones y derechos especiales como eran: los titulares

provisionales, titulares excedentes, titulares con plaza y con obligación de abrir una farmacia y que se encontraban en litigio para su logro, titulares interinos sin derecho a oficina de farmacia, titulares con oposición ganada en el Cuerpo y que se encontraban sin plaza, titulares interinos cuya situación era diferente según hubiesen sido nombrados antes o después del año 1984, titulares con oposición y que habían sido farmacéuticos municipales,…[1109]

Unos meses después se dictó otro nuevo borrador de Decreto de reestructuración, el cual fue sometido nuevamente a información pública y donde otra vez, el Colegio de Farmacéuticos fue el más crítico con el mismo. Sus principales consideraciones se centraron esta vez en que de nuevo la fijación de un carácter transitorio al régimen jurídico aplicable a dicho Cuerpo, iría en contra del principio fundamental de seguridad jurídica, por lo que se solicitaba que se estableciese un plazo máximo para fijarlo. Se reprochaba a la Consejería de Administración Pública el no haber incluido en el Decreto el régimen jurídico, la delimitación territorial de las actuaciones de los titulares, la ubicación y el detalle de número de plazas, hecho que sí realizó en los años 1989 y 1990 con los Servicios veterinarios de la Comunidad Autónoma. Además, seguían manteniendo que se declarase de forma expresa en el Decreto el derecho adquirido por los funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares transferidos a las Comunidades Autónomas a compatibilizar la función pública con la farmacia. Por lo demás, seguían manteniendo las alegaciones descritas sobre el primer borrador[1110].

En medio de este proceso, la Administración Autonómica intentó llevar a cabo a través de una Mesa de Negociación de la Función Pública celebrada el 3 de marzo de 1995, una modificación en las relaciones de puestos de trabajo de las 35 plazas totales[1111] de titulares, por la que las 24 plazas de farmacéuticos titulares de

[1109] Informe de 22 de Octubre de 1994 que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia realiza al proyecto de Decreto por el que se reestructuran los servicios prestados por funcionarios del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Archivo de la Vocalía de Farmacéuticos Titulares*. Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

[1110] Informe de 15 de febrero de 1994 que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia realiza al proyecto de Decreto por el que se reestructuran los servicios prestados por funcionarios del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Archivo de la Vocalía de Farmacéuticos Titulares*. Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

[1111] De las 44 plazas existentes en el año 1990, tras producirse la supresión de 6 plazas de farmacéuticos titulares: FC00001, FC00002, FC00003, FC00018, FC00041 y FC00044 en el año 1991 y la supresión de 3 plazas correspondientes a los códigos: FC00009, FC00022 y FC00032 en el año 1993, se llegaría al año 1995 con 35 plazas restantes.

Zona de Salud de las distintas ubicaciones ocupadas por interinos, previa amortización, se transformaran en la creación de únicamente 9 plazas, manteniendo además las 10 plazas en propiedad de los farmacéuticos funcionarios. Esta propuesta fue rechazada porque se alegó que no se podía realizar modificación alguna en el número de plazas de un Cuerpo que no tuviese el mismo establecido en su régimen jurídico determinado (un Decreto que así lo contemplase)[1112].

Al final, y después de más de tres años desde la creación del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, la Comunidad Autónoma de Murcia procedió a reestructurar los Servicios Farmacéuticos que se realizaban en el ámbito territorial de las Áreas de Salud de la Región en materia de Salud Pública mediante el **Decreto 34/1995, de 12 de mayo**[1113].

A través de él, se definieron las funciones que tendrían que prestar los farmacéuticos en tales Servicios, fundamentalmente de carácter analítico, de inspección y de asesoramiento en materia de Salud Pública y se fijó el régimen jurídico y retributivo de estos funcionarios de la Administración Pública, que quedaría a lo previsto en la Ley 3/1986, de 19 de marzo, de la Función Pública de la Región de Murcia. De esta forma, dejaba de ser aplicable el régimen de los sanitarios locales, el cual había tenido una vigencia transitoria hasta ahora, pasando a aplicarse el nuevo correspondiente a los funcionarios de la Comunidad Autónoma de Murcia[1114]. A partir de aquí, se incluirían ya en las retribuciones de los farmacéuticos titulares los complementos asignados a sus plazas, además de las retribuciones que venían cobrando en forma de sueldo, grado y trienios.

[1112] La propuesta llevada a la Mesa de Negociación de la Función Pública celebrada el 3 de marzo de 1995, consistía en suprimir las plazas ocupadas por los farmacéuticos interinos: FC00004, FC00005, FC00006, FC00007, FC00008, FC00012, FC00016, FC00019, FC00024, FC00025, FC00026, FC00028, FC00029, FC00030, FC00031,FC00033, FC00034, FC00035, FC00036, FC00037, FC00038, FC00041, FC00042 y FC00043 y la creación de 9 plazas de Farmacéuticos de Salud Pública del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares con un nivel 20 de complemento de destino y 0 de complemento específico. "Reestructuración del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares". *Archivo de la Vocalía de Farmacéuticos Titulares*. Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

[1113] Decreto 34/1995, de 12 de mayo, por el que se reestructuran los servicios farmacéuticos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales en el ámbito territorial de las Áreas de Salud de la Región de Murcia y se fija el régimen jurídico de los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Administración Pública Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº123 de 29/05/1995.

[1114] Según establecía el punto 7 del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 24 de enero de 1996, sobre retribuciones para 1996 del personal al servicio de la Comunidad Autónoma de Murcia (B.O.R.M. nº26 de 01/02/1996): "*Hasta tanto se adecúe la Relación de Puestos de Trabajo a lo previsto en el Decreto 34/1995, de 12 de mayo, los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Administración Pública Regional, continuarán percibiendo las retribuciones consignadas en el ejercicio anterior incrementadas con el 3,5 por ciento*".

Este Decreto, que no fue aplicable a los funcionarios pertenecientes al Cuerpo Superior Facultativo, especialidad u opción Farmacéutico, establecía como ámbito territorial de actuación de los Farmacéuticos Titulares las Áreas de Salud asignadas dentro del mapa sanitario, o bien el resto de Áreas de Salud cuando fuesen requeridos para ello, pero seguía sin concretar la ubicación ni el detalle del número de plazas, aunque sí contemplaba el derecho a las indemnizaciones por desplazamiento que por razón del servicio les correspondiesen.

Los Farmacéuticos Titulares iban a actuar bajo la coordinación de los Jefes de las correspondientes Áreas de Salud[1115] y de las directrices del Jefe de Área de Salud Pública e iban a seguir teniendo competencias en funciones analíticas, inspectoras y asesoras en materia de higiene alimentaria, sanidad ambiental y uso racional del medicamento que, de acuerdo al artículo cinco, serían:

" A) Funciones en materia de higiene alimentaria.

1. *Desarrollo de los programas de Higiene Alimentaria que la Dirección General de Salud y Consumo establezca en el Área de Salud correspondiente.*
2. *Control y Análisis de alimentos y bebidas de aditivos y coadyuvantes tecnológicos, de materiales macromoleculares y en general materiales en contacto con los alimentos, detergentes, desinfectantes y desinfectantes de uso alimentario.*
3. *Inspección de los establecimientos que elaboren, distribuyan, almacenen y/o vendan alimentos.*
4. *Asesoramiento a los Ayuntamientos en temas relacionados con la higiene alimentaria.*
5. *Todas aquellas actividades que contribuyan a la vigilancia, evaluación y control de los riesgos en materia alimentaria.*

B) Funciones en materia de sanidad ambiental.

1. *Desarrollo de los programas de Sanidad Ambiental que la Dirección General de Salud y Consumo establezca en el Área de Salud correspondiente.*
2. *Vigilancia sanitaria de los abastecimientos de agua, incluyendo el análisis de las aguas de consumo público.*
3. *Vigilancia sanitaria de piscinas de uso colectivo, parques acuáticos y zonas de baño.*
4. *Vigilancia sanitaria de aguas residuales.*
5. *Vigilancia sanitaria de plaguicidas: fitosanitarios, de uso ambiental y de uso en la industria alimentaria.*

[1115] Aunque así lo establecía el artículo 6 del Decreto 34/1995 en base al cumplimiento de la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº 176 de 04/08/1994), lo cierto es que nunca dependieron funcionalmente de los Delegados de Salud y Consumo de las Áreas de Salud, sino de los Coordinadores de Salud Pública de las respectivas Áreas de Salud los cuales, dependían a su vez de las distintas Direcciones Generales de Salud Pública.

6. *Vigilancia sanitaria de la contaminación atmosférica, sonora y por radiaciones.*
7. *Vigilancia sanitaria de residuos sólidos.*
8. *Asesoramiento a los Ayuntamientos en temas relativos a sanidad ambiental.*
9. *Todas aquellas actividades que contribuyan a la vigilancia, evaluación y control de los riesgos ambientales para la salud.*

C) <u>Funciones en materia de promoción de uso racional del medicamento:</u>

1. *Desarrollo de los programas relativos al uso racional del medicamento, que la Dirección General de Salud y Consumo establezca en el Área de Salud correspondiente, de conformidad con lo previsto en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.*
2. *Respecto de la utilización de los medicamentos, en los siguientes aspectos:*
   a) *Información sobre medicamentos.*
   b) *Establecimiento y control del almacenamiento de medicamentos de urgencia.*
   c) *Constitución de Comisiones de Farmacia con las misiones de seleccionar medicamentos, confeccionar protocolos farmacoterapéuticos y evaluar la terapéutica en las zonas correspondientes.*
   d) *Educación sanitaria sobre medicamentos.*
   e) *Farmacovigilancia.*
3. *Realización de estudios sobre prescripción, dispensación y de utilización de los medicamentos y sus efectos adversos.*
4. *Inspección del funcionamiento de las oficinas y almacenes de farmacia.*
5. *Inspección del funcionamiento de los servicios de farmacia hospitalarios.*
6. *Todas aquellas actividades que contribuyan a mejorar el uso de los medicamentos en la atención primaria*".

Uno de los puntos que más debate siguió generando entre la Administración y el Colegio Oficial de Farmacéuticos fue la posibilidad o no de compaginar la función inspectora con la titularidad de una oficina de farmacia, resolviéndose finalmente con la imposibilidad de simultanear ambas actividades y estableciéndose además que los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares no pudiesen ser titulares de Oficinas de Farmacia. A este respecto hubo una excepción para evitar lesionar los derechos adquiridos, el Decreto contempló en su disposición transitoria primera, que solo los funcionarios transferidos como funcionarios de carrera del Cuerpo de Sanitarios Locales tendrían la obligación de tener la oficina de farmacia abierta en su destino, desempeñando las funciones analíticas de inspección sanitaria y de dispensación farmacéutica, pero no pudiendo realizar en ningún caso, las funciones de inspección de funcionamiento de las oficinas y almacenes de farmacia.

Finalmente, y a pesar de no haber atendido la Administración Regional a las alegaciones planteadas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia al Decreto y no haber contemplado la estructura numérica de las plazas y su concordancia con el mapa sanitario de la Región de Murcia, éste decidió no recurrirlo por entender que "sólo reseñaba las funciones a realizar por los funcionarios que componían el Cuerpo", considerando, que dichas funciones eran las atribuibles con exclusividad al profesional Licenciado en Farmacia.

Una vez publicado el Decreto para la reestructuración de los Servicios Farmacéuticos de la Región de Murcia, el Director General de Salud encargó que se realizara un informe sobre las necesidades de personal facultativo de la Dirección General de Salud, el cual fue elaborado por la Jefa de Sección de Sanidad Ambiental, llegando a la conclusión de que, a fecha de 1995, las necesidades de farmacéuticos titulares para cubrir las funciones correspondientes en materia de higiene alimentaria, sanidad ambiental y uso racional del medicamento se elevaban a 47 plazas para las tres Secciones. Anteriormente se habían realizado otros estudios para cuantificar las necesidades de Farmacéuticos Titulares por Jiménez Guillén, J. en el año 1992 y Muñoz Sánchez, S. en el año 1995[1116]. Posteriormente, se solicitó al Secretario General de la Consejería de Sanidad y Política Social, que se crearan en un espacio de dos años la totalidad de dichas plazas, las cuales debían de tener asignado un nivel 20 y un complemento específico, a excepción de los transferidos del Cuerpo de Sanitarios Locales. El perfil profesional al que tendrían que ajustarse sería el de ser Licenciado en Farmacia, con carnet de conducir y conocimientos básicos de informática, a nivel de usuario, en procesadores de texto, bases de datos y hojas de cálculo.

Aprobado ya el Decreto de reestructuración de los servicios farmacéuticos de la Consejería de Sanidad, se hizo necesario convocar un concurso de méritos para constituir una **lista de espera** para la provisión de las plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares que por razones de urgencia o necesidad expresamente justificadas resultasen imprescindibles de cubrir mediante el nombramiento de personal interino, siempre y cuando no pudiesen ser cubiertas por funcionarios de

[1116] Informe sobre las necesidades de personal facultativo de la Dirección General de Salud frente a la reestructuración de los Farmacéuticos Titulares. "Reestructuración del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares". *Archivo de la Vocalía de Farmacéuticos Titulares*. Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

carrera. Para ello se aprobó la Orden de 18 de septiembre de 1996[1117], que exigía a los aspirantes tener la nacionalidad española, título académico de Licenciado en Farmacia, estar en posesión del carnet de conducir B1 y no ser titular de oficina de oficina de farmacia en el momento de la toma de posesión como funcionario interino de la plaza vacante.

Tuvieron que pasar cerca de dos años de la publicación del Decreto 34/1995, para que la Consejería de la Presidencia[1118], teniendo en cuenta la propuesta del Secretario General de la Consejería de Sanidad y Política Social de 30 de marzo de 1996 y el informe emitido por el nuevo Director General de Salud, llevara a cabo la correspondiente modificación de las relaciones de los puestos de trabajo, hecho que se llevó a cabo a través de la **Orden de 7 de marzo de 1997**[1119] que, observando los resultados obtenidos, no debieron de tener en cuenta los estudios sobre las necesidades de personal que se habían realizado previamente; de hecho, teniendo en cuenta la crisis económica en la que estaba sumida la Región de Murcia, se estimaron primeramente unas necesidades de dicho personal en unos 2 o 3 farmacéuticos titulares por cada una de las 5 Áreas de Salud que existían en la Comunidad Autónoma. Finalmente, el cálculo de esta reducción se realizó de tal forma, que no supusiera un incremento del gasto por dichos funcionarios para pagar los sueldos íntegros por el horario de dedicación completa de las 40 horas. Se calculó el coste bruto de lo costaban las 35 plazas de los farmacéuticos titulares a tiempo parcial y lo convirtieron en plazas a tiempo completo, saliendo como resultado una reducción a

[1117] Orden de 18 de septiembre de 1996, de la Consejería de Presidencia, por la que se convoca concurso de méritos que permita la constitución de una lista de espera para la provisión de plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos titulares de la Administración Regional, mediante nombramiento de personal interino (*B.O.R.M.* nº 232 de 04/10/1996), modificada por la Orden de 15 de octubre de 1996 (*B.O.R.M*. nº 245 de 21/10/1996).

[1118] Dado el retraso que se estaba produciendo en la aplicación del Decreto de Reestructuración del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, el Grupo Parlamentario Socialista tuvo que realizar a través de su Diputado Parlamentario Lorenzo Guirado Sánchez la siguiente pregunta escrita nº552 para respuesta escrita dirigida al Consejero de Presidencia el 6 de mayo de 1996: "*¿A qué obedece el retraso en la aplicación del Decreto de Reestructuración del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares?, ¿Para cuándo está prevista la aplicación del mismo?*". La contestación del Consejero de fecha de 17 de octubre de 1997 fue que ya se había remitido a la Dirección General de la Función Pública y de la Inspección de Servicios la propuesta de creación de puestos de trabajo relativos a dicho colectivo, que estaba pendiente de su sometimiento a la Mesa de Negociación como paso previo a su aprobación definitiva, que se preveía que se realizara en breve. "Iniciativa realizada en el Parlamento D. Lorenzo Guirado Sánchez sobre la reestructuración del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares". *Archivo de la Vocalía de Farmacéuticos Titulares*. Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

[1119] Orden de 7 de marzo de 1997, de la Consejería de Presidencia, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia nº 69 de 25/03/1997.

19 las plazas totales a mantener, dejando a un lado las necesidades sanitarias de la población para realizar este cálculo.

Así, como resultado de esta Orden, se suprimieron las 35 plazas de farmacéuticos titulares dependientes de la Dirección General de Salud (códigos FC00-) con la denominación de "Farmacéuticos de Zona de Salud de: Molina de Segura, Mula, Alhama-Librilla, Beniel, Fuente Álamo, La Unión, Águilas, Cieza (2), Las Torres de Cotillas, Alguazas, Alguazas-Ceutí (2), Fortuna, Mazarrón, Abarán-Blanca, Abarán, Totana (2), Archena (2), Caravaca (2), Cehegín, TorrePacheco (2), Moratalla, Bullas, San Pedro del Pinatar, Yecla, Abanilla, Calasparra, Jumilla, Yecla y Alhama", afectando al personal reflejado en la siguiente tabla:

Tabla 7: Plazas suprimidas en la Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad y Política Social.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL			
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD			
CÓDIGO	**DENOMINACIÓN**	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ZONA DE SALUD**
FC00036	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	ARSENIO PACHECO ATIENZA (FI)	ABANILLA
FC00008	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	BASILIO RUIZ GÓMEZ (FI)	ABARÁN
FC00021	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	EMILIA GIL LÓPEZ (FU)	ÁGUILAS
FC00028	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	Mª CARMEN LÓPEZ VÁZQUEZ (FI)	ALGUAZAS
FC00041	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	JOSEFA SORIA FERNANDEZ-MAYORALAS (FI)	ALGUAZAS-CEUTÍ
FC00026	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	SOLEDAD TUTAU SANCHEZ (FI)	ALHAMA DE MURCIA
FC00007	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	TRINIDAD GÓMEZ CARRASCO (FI)	ARCHENA
FC00019	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	CAYETANO FUENTES AYALA (FI)	ARCHENA
FC00039	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	JOSÉ RUBIO GALVEZ (FU)	BENIEL
FC00005	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	EMILIO LAORDEN NIÑEZ (FI)	BLANCA
FC00033	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	VICENTINA MORALES CHACÓN (FI)	BULLAS
FC00037	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	PRUDENCIO ROSIQUE ROBLES (FI)	CALASPARRA
FC00012	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	TEODORA ARIAS FERNÁNDEZ (FI)	CARAVACA DE LA CRUZ
FC00025	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	PEDRO GUERRERO CUADRADO (FI)	CARAVACA DE LA CRUZ
FC00016	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	ELOISA CORBALÁN CARREÑO (FI)	CEHEGÍN
FC00023	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	EZEQUIEL JARA GIL (FU)	CEUTI
FC00010	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	Mª PIEDAD ABELLÁN SEMITIEL (FU)	CIEZA
FC00024	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	VACANTE	CIEZA
FC00040	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	GINÉS SÁNCHEZ GARCÍA (FU)	FORTUNA
FC00014	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	CANDELARIA BASTIDA VICTORIA (FU)	FUENTEÁLAMO
FC00042	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	DIEGO SORIANO SÁNCHEZ (FI)	JUMILLA
FC00020	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	JUAN GIL GARCÍA (FU)	LIBRILLA
FC00004	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	NIEVES FUENTES FLOREZ (FI)	MAZARRÓN
FC00013	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	CEFERINO BAÑÓN ALBACETE (FU)	MOLINA DE SEGURA
FC00031	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	ELENA MARTÍNEZ SÁNCHEZ (FI)	MORATALLA
FC00017	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	OLEGARIO DEL AMOR GARCÍA (FU)	MULA
FC00034	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	SALVADOR MUNUERA ÁLVAREZ (FI)	SAN PEDRO DEL PINATAR

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	ZONA DE SALUD
FC00030	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	JOSÉ MARTÍNEZ GARCÍA (FI)	TORREPACHECO
FC00038	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	JOSEFA ROS RUIZ (FI)	TORREPACHECO
FC00011	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	DOLORES SOUTO NEIRA (FU)	TORRES DE COTILLAS
FC00006	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	FRANCISCO MARTINEZ SERRANO (FI)	TOTANA
FC00029	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	ESTHER MARTÍN RODRÍGUEZ (FI)	TOTANA
FC00015	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	FELIPE BUENO GUILLÉN (FU)	LA UNIÓN
FC00035	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	RAFAEL YAGO ORTUÑO (FI)	YECLA
FC00043	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	FRANCISCO MUÑOZ SORIANO (FI)	YECLA

Fuente: Anexo I (supresiones) de la Orden de 7 de marzo de 1997, de la Consejería de Presidencia, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración de la Región de Murcia (B.O.R.M. nº69 de 25/03/1997). Elaboración Propia.

Al mismo tiempo que se suprimieron estas 35 plazas, se crearon otras 19 plazas de farmacéuticos titulares de nueva configuración, dependientes de la Dirección General de Salud (códigos FM000-), con la denominación de "Farmacéuticos de Salud Pública de Áreas de Salud": Área I: Murcia (6); Área II: Cartagena (4); Área III: Lorca (2); Área IV: Noroeste (2); Área V: Altiplano (1) y Área VI: Vega del Segura (4)", con efectos de 1 de abril de 1997[1120].

Estas nuevas plazas de Farmacéuticos de Salud Pública de Área[1121] (Código FM000) pertenecientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (Código ACX00), se reservaron a licenciados en Farmacia, funcionarios pertenecientes al Grupo "A", cuya forma de provisión sería el concurso de méritos, disponiendo de un nivel 20 de complemento de destino. Todas estas plazas tendrían derecho a cobrar el sueldo base, los trienios y el grado. De las 19 plazas creadas, 10 plazas estarían dotadas además de un complemento específico de 929.220 pesetas anuales, tendrían una jornada de

[1120] Aunque la Orden de 7 de marzo de 1997 establecía en su Dispongo segundo que tendría efectos de 1 de abril de 1997, el recurso nª1187/1997 que interpuso el farmacéutico titular Olegario Del Amor García frente a dicha Orden por entender que tenía derecho a percibir el abono de la cantidad resultante de la liquidación económica (con la aplicación del nuevo régimen retributivo además del sueldo base, grado y trienios, también le correspondía el cobro de los complementos) correspondiente al período comprendido desde la entrada en vigor del Decreto 34/95, de 12 de mayo, esto es, desde el 1 de junio de 1995 hasta el 31 de marzo de 1997, motivó que se dictara la sentencia nº409/2000, fallando declarar el derecho del actor a percibir la diferencia de retribuciones correspondientes desde el 1 de junio de 1995 hasta marzo de 1997 y "*quedando anulada en cuanto a su dispongo segundo, esto es "La presente Orden tendrá efectos de uno de abril de 1997*"". Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 27-04-2000, nº 409/2000, rec.1187/1997.

[1121] Las plazas pasaron de estar adscritas a las Zonas de Salud a estar adscritas a las Áreas de Salud, adaptándose así al artículo 12 de la Ley 4/1994, de Salud de la Región de Murcia, a través de la cual se estableció que: "*El mapa sanitario de la Región de Murcia se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías y de medios de comunicación, así como de instalaciones sanitarias existentes*".

trabajo de especial dedicación y sería obligatorio estar en posesión del carnet de conducir B1. Las 9 plazas restantes carecerían de complemento específico, tendrían jornada de trabajo ordinaria y no se les exigiría el carnet de conducir B1[1122].

Tras la publicación de la Orden de 7 de marzo de 1997, el Consejero de Presidencia emitió el día 31 de marzo de 1997 una "**Orden de revocación de puestos de trabajo**" de 26 de marzo, a través de la cual se procedió, con efectos de 1 de abril de 1997, a la revocación del nombramiento como personal interino de todos aquellos farmacéuticos titulares que ocupaban los puestos de trabajo con carácter interino y que fueron suprimidos por la referida Orden, cuya relación se expone en la siguiente tabla:

Tabla 8: Relación de farmacéuticos titulares interinos a los que se les revocó su plaza y fueron cesados como personal al servicio de la Administración Regional:

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	NOMBRE	ZONA DE SALUD
FC00036	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	ARSENIO PACHECO ATIENZA (FI)	ABANILLA
FC00008	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	BASILIO ESTEBAN RUIZ GÓMEZ (FI)	ABARÁN
FC00028	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	Mª CARMEN LÓPEZ VÁZQUEZ (FI)	ALGUAZAS
FC00041	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	JOSEFA SORIA FERNANDEZ-MAYORALES (FI)	ALGUAZAS-CEUTÍ
FC00026	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	SOLEDAD TUTAU SANCHEZ (FI)	ALHAMA DE MURCIA
FC00007	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	TRINIDAD GÓMEZ CARRASCO (FI)	ARCHENA
FC00019	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	CAYETANO FUENTES AYALA (FI)	ARCHENA
FC00005	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	EMILIO LAORDEN NIÑEZ (FI)	BLANCA
FC00033	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	VICENTINA MORALES CHACÓN (FI)	BULLAS
FC00037	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	PRUDENCIO ROSIQUE ROBLES (FI)	CALASPARRA
FC00012	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	TEODORA INÉS ARIAS FERNÁNDEZ (FI)	CARAVACA DE LA CRUZ
FC00025	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	PEDRO GUERRERO CUADRADO (FI)	CARAVACA DE LA CRUZ
FC00016	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	ELOISA CORBALÁN CARREÑO (FI)	CEHEGÍN
FC00024	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	VACANTE	CIEZA
FC00042	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	DIEGO SORIANO SÁNCHEZ (FI)	JUMILLA
FC00004	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	NIEVES FUENTES FLOREZ (FI)	MAZARRÓN
FC00031	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	ELENA MARTÍNEZ SÁNCHEZ (FI)	MORATALLA
FC00034	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	SALVADOR MUNUERA ÁLVAREZ (FI)	SAN PEDRO DEL PINATAR
FC00030	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	JOSÉ MARTÍNEZ GARCÍA (FI)	TORREPACHECO
FC00038	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	JOSEFA ROS RUIZ (FI)	TORREPACHECO
FC00006	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	FRANCISCO MARTINEZ SERRANO (FI)	TOTANA
FC00029	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	ESTHER MARTÍN RODRÍGUEZ (FI)	TOTANA
FC00035	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	RAFAEL YAGO ORTUÑO (FI)	YECLA
FC00043	FARMACÉUTICO ZONA DE SALUD	FRANCISCO MUÑOZ SORIANO (FI)	YECLA

Fuente: Orden de Revocación de Puestos de Trabajo de 26 de marzo de 1997. Elaboración propia.

[1122] En realidad, estas 9 plazas se correspondían con los 9 farmacéuticos titulares con plaza en propiedad que la Administración Regional no podía prescindir, los cuales, al tener la actividad privada de oficina de farmacia abierta al público, no les correspondía tener el complemento específico. Las otras plazas vendrían de la amortización de las plazas ocupadas por los farmacéuticos titulares con la plaza interina que, previa supresión de las plazas y creación de un número inferior de plazas nuevas, habían sido sustituidos por otros farmacéuticos interinos pertenecientes a la recién creada lista de espera de farmacéuticos titulares, los cuales no podían ser titulares de oficina de farmacia. Es por ello que estas plazas sí que estarían dotadas del correspondiente complemento específico.

Como consecuencia de la supresión de sus plazas y posterior revocación de sus puestos de trabajo, un grupo de farmacéuticos titulares no conformes con ello, unidos a través de la Vocalía de farmacéuticos titulares del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, procedieron colectivamente a interponer una serie de recursos contenciosos administrativos[1123] frente a la "Orden de 26 de marzo de 1997, de revocación de sus nombramientos como funcionarios interinos que ocupaban parte de los puestos suprimidos", solicitando que se anulase la misma por no ser conforme a derecho el acto impugnado, que se les reconociese el derecho de los farmacéuticos recurrentes a ser indemnizados por la Administración demandada por los perjuicios sufridos en cuantía equivalente a las retribuciones dejadas de percibir desde que fueron cesados y que se condenase a la Administración a estar y pasar por las antedichas declaraciones y a llevar sus pronunciamientos a puro y debido efecto con todas las consecuencias legales. Finalmente sus recursos fueron desestimados en el año 2001[1124].

Al mismo tiempo que se producía la Orden de revocación de los puestos de trabajo de los Farmacéuticos de las Zonas de Salud, el Consejero de Presidencia emitía una "**Orden de convalidación de puestos de trabajo**" que, con efectos de 1 de abril de 1997, modificaba, sin alterar sustancialmente sus funciones ni los

[1123] Además de los recursos interpuestos por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia (recursos nº 1067/1997 y nº 1989/1997), los farmacéuticos Elena Martínez Sánchez, Pedro Guerrero Cuadrado y Prudencio Rosique Robles interpusieron el recurso nº 1408/1997 y el grupo de farmacéuticos formado por Trinidad Gómez Carrasco, Teodora Inés Arias Fernández, Cayetano Fuentes Ayala, Josefa Ros Ruiz, Ester María Martín Rodríguez, María Nieves Fuentes López, Basilio Esteban Ruiz Gómez, Vicentina Morales Chacón, Josefa Soria Fernández-Mayorales y María del Carmen Vázquez López, interpusieron el otro recurso nº 1408/1997.

[1124] Finalmente la Sentencia nº166/01 de 21/03/2001, del recurso nº1408 interpuesto por un grupo de 13 farmacéuticos frente a la Orden de 26 de marzo de 1997 de revocación del nombramiento como personal interino, estimó que se había realizado conforme a Derecho, basándose en que:
"(….) Desaparecidos los puestos de trabajo y su dotación presupuestaria la consecuencia no puede ser otra que la del cese de los funcionarios que los desempeñan, sin que proceda su adscripción provisional a otros puestos de trabajo, dada su condición de funcionarios interinos, ello sin perjuicio de los derechos que puedan tener como tales a ocupar otros puestos de trabajo en el futuro en forma que legalmente se establezca. El art. 7.3 de la Ley Reg. de la Función Pública 3/86, de 19 de marzo, disponía en el momento en que se produjo el cese de los actores que la relación de servicio del personal interino se extingue cuando desaparezca la urgencia o necesidad que determinó su nombramiento y, en todo caso, cuando la plaza sea cubierta por el correspondiente funcionario. Por consiguiente, si el funcionario es nombrado para desempeñar determinado puesto de trabajo, en el momento en que este es suprimido, es evidente que desaparece la urgencia o necesidad que determinó el nombramiento, produciéndose una de las causas habilitantes para la extinción de la relación de servicios existente entre el mismo y la Administración regional(…)". Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 11-10-2000, nº 166/2001, rec. 1408/1997.

requisitos para su desempeño, los puestos de trabajo que se encontraban ocupados de forma definitiva por funcionarios de carrera (FU) de la forma siguiente:

Tabla 9: *Relación del personal al que se les convalidó su Puesto de Trabajo, según el Anexo I de la Orden de Convalidación de Puestos de Trabajo de 8 de abril de 1997*

PUESTO DE TRABAJO ANTERIOR			PUESTO DE TRABAJO MODIFICADO	
CÓDIGO	**DENOMINACIÓN**	**APELLIDOS Y NOMBRE**	**CÓDIGO**	**DENOMINACIÓN**
FC00011	Farmacéutico Zona de Salud Torres de Cotillas	Souto, Neira, Dolores	FM00018	Farmacéutico Salud Pública, Área VI: Vega del Segura
FC00014	Farmacéutico Zona de Salud Fuente Álamo	Bastida Victoria, Candelaria	FM00010	Farmacéutico Salud Pública, Área II: Cartagena
FC00015	Farmacéutico Zona de Salud La Unión	Bueno Guillén, Felipe	FM00011	Farmacéutico Salud Pública, Área II: Cartagena
FC00017	Farmacéutico Zona de Salud Mula	Del Amor García, Olegario	FM00003	Farmacéutico Salud Pública, Área I: Murcia
FC00020	Farmacéutico Zona de Salud Librilla	Gil García, Juan	FM00006	Farmacéutico Salud Pública, Área I: Murcia
FC00039	Farmacéutico Zona de Salud Beniel	Rubio Gálvez, José	FM00007	Farmacéutico Salud Pública, Área I: Murcia
FC00040	Farmacéutico Zona de Salud Fortuna	Sánchez García, Ginés	FM00020	Farmacéutico Salud Pública, Área VI: Vega del Segura

Fuente: Orden de Convalidación de Puestos de Trabajo de 8 de abril de 1997: Anexo I:

Una vez dictadas las Órdenes de revocación y de convalidación de los puestos de trabajo de los Farmacéuticos Titulares, se publicó la **Orden de 30 de mayo de 1997**[1125] de la Consejería de la Presidencia por la que se aprobó la RPT de la Administración Regional, la cual tuvo en cuenta la nueva estructura de las distintas Consejerías aprobada en agosto de 1996 y del organismo autónomo ISSORM, así como de la nueva plantilla-tipo de puestos de trabajo aprobada por Orden de 23 de mayo de 1997 de la Consejería de la Presidencia.

[1125] Orden de 30 de mayo de 1997 de la Consejería de Presidencia, por la que se aprobó la Relación de Puestos de Trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 131 de 10 de junio de 1997 (suplemento número 4).

Tras esta Orden, el Colegio de Farmacéuticos de Murcia, procedió a interponer un nuevo recurso contencioso administrativo (recurso: 1067/1997) frente a las Órdenes de la Consejería de Presidencia de 7 de marzo de 1997, las Ordenes de 26 de marzo de 1997, de revocación de nombramientos de Farmacéuticos Titulares de diversas Zonas de Salud y contra la Orden de 30 de mayo de 1997, que aprobaba la nueva relación de puestos de trabajo, siendo el argumento central del recurso:

"*la irracionabilidad de la supresión de determinados puestos de Farmacéuticos titulares, sin que se produzca alteración presupuestaria alguna, haciendo recaer todo el trabajo que según la relación de puestos anterior desempeñaban treinta y cinco Farmacéuticos titulares, desplazándolo a cargo de solo diecinueve, teniendo en cuenta que prestan un servicio esencial, como es la protección de la salud, que exige la presencia e inmediatez si lo pretendido es la seriedad y eficacia, unido a la exigencia de la posesión del carnet de conducir B-1, ajeno a la profesión, con discriminación de quienes no lo tienen o no pueden tenerlo e infracción de los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso a la función pública. Con todo ello se infringe el art.17.1 de la Ley Regional 3/86 en relación con los artículos 103.1, 10,1 y 9,3 CE y art.7 Ley Regional 3/96 y 35.1 CE*"

y la pretensión de que se anulase por no ser conforme a Derecho los actos impugnados, que se reconociese el derecho de los Farmacéuticos recurrentes a ser indemnizados por la Administración demandada de los perjuicios sufridos, en cuantía equivalente a las retribuciones dejadas de percibir desde que fueron cesados y que se condenase a la Administración a estar y pasar por las antedichas declaraciones y a llevar sus pronunciamientos a puro y debido efecto con todas sus consecuencias legales. Finalmente, la sentencia dictada en septiembre de 2000, desestimaría también dicho recurso[1126].

Tras la Orden de convalidación de los puestos de trabajo, los 7 nuevos "Farmacéuticos de Salud Pública" tomaron posesión de sus plazas con fecha de 1 de abril de 1997. El resto de plazas que quedaron vacantes, se cubrieron a través de la lista de espera resultante del concurso de méritos convocado por Orden de 18 de septiembre de 1996, con fecha de 1 de mayo de 2007, quedando distribuidas de la siguiente forma:

[1126] Finalmente, la sentencia dictada en septiembre de 2000, desestimó dicho recurso por considerar que el Colegio de Farmacéuticos de Murcia carecía de legitimación activa cuando se trataba de aspectos organizativos de la Administración Pública; consideraba que la creación y supresión de plazas de funcionario era una manifestación de la potestad organizadora de la Administración, y ésta era ajena al ámbito de la actividad sindical ejercida por el Colegio de Farmacéuticos. Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 11-10-2000, nº 873/2000, rec.1067/1997.

Tabla 10: Relación de farmacéuticos titulares que se encontraban desarrollando su trabajo a fecha de 09/10/1997.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL			
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD			
CÓDIGO	**DENOMINACIÓN**	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FM00002	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CEFERINO BAÑÓN ALBACETE	I
FM00003	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	OLEGARIO DEL AMOR GARCÍA	I
FM00004	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JOSE SANZ NAVARRO	I
FM00005	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	EMILIO LAORDEN NUÑEZ	I
FM00006*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JUAN R. MARTÍNEZ INGLÉS	I
FM00007*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JOSÉ RUBIO GÁLVEZ	I
FM00008	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ANTONIA SOLER JAVALOYES	II
FM00009	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARIA CONSTANZA SORIANO CANO	II
FM00010*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CANDELARIA BASTIDA VICTORIA	II
FM00011*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	FELIPE BUENO GUILLÉN	II
FM00012	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ROSA LÓPEZ CASARES	III
FM00013*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	EMILIA GIL LÓPEZ	III
FM00014	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CARLOS VICENTE RUIZ DE LOPE ANTON	IV
FM00015	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSÉ GARCÍA ZARCO	IV
FM00016	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	AMPARO SANTOLARIA BRUN	V
FM00017*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA PIEDAD ABELLÁN SEMITIEL	VI
FM00018*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	DOLORES SOUTO NEIRA	VI
FM00019*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARIA CARMEN SEEMANN FRIES	VI
FM00020*	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	GINÉS SÁNCHEZ GARCÍA	VI

(*): Corresponden a las plazas que carecen de complemento específico y tienen un jornada de trabajo "Ordinaria", por ser plazas ocupadas por un farmacéutico titular funcionario de carrera con oficina de farmacia abierta al público en el momento de la creación de la misma. El resto de plazas dispondrían de un complemento específico de 929.220 pesetas y una jornada de trabajo "especial".

Fuente: Anexo II de la Orden de la Orden de 7 de marzo de 1997 (B.O.R.M. nº 69 de 25/03/1997) y la Base de datos GESPER: Listado de Personal de la C.A.R.M. de fecha de 09/10/1997. Elaboración Propia

Estas 19 plazas de Farmacéuticos de Salud Pública se adscribieron al Servicio de Salud Pública de la Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad y Política Social[1127], que era el encargado de la programación, organización, control y coordinación de las actuaciones de investigación, vigilancia, inspección y análisis de carácter sanitario en relación con los alimentos, las zoonosis, el medio ambiente, los medicamentos y los productos farmacéuticos. Una vez adscritas al Servicio, se distribuyeron entre las seis Áreas de Salud en las que estaba dividida la Región de Murcia de acuerdo a la codificación de sus respectivas plazas, con la función de

[1127] Decreto 64/1996, de 2 de Agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Política Social. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 191 de 17/08/1996.

cumplir los objetivos encomendados a la Sección de Higiene, Inspección Alimentaria y Zoonosis, a la Sección de Sanidad Ambiental y a la Sección de Farmacia. La coordinación y evaluación de las actuaciones inspectoras, a propuesta de las distintas Secciones anteriores, desarrolladas por los farmacéuticos adscritos a las respectivas Áreas de Salud se llevaría a cabo a través de los Coordinadores de Inspección de Salud Pública de cada Área de Salud.

Funciones desarrolladas por los Farmacéuticos Titulares

A pesar de la creación del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en el año 1991, las funciones que desarrolló este colectivo formado por 38 titulares en estos primeros años fueron disminuyendo paulatinamente a expensas de la creación y potenciación de otros Cuerpos de la Administración Regional (Cuerpo de Veterinarios en la rama de la higiene alimentaria y Cuerpo de Farmacéuticos en la rama de la Farmacia), limitándose sus competencias prácticamente a las funciones asignadas a la Sección de Sanidad Ambiental y, en menor medida, a alguna en materia alimentaria asignada a la Sección de Inspección Sanitaria.

Las funciones desarrolladas en el área de la sanidad ambiental se centraron sobretodo en el control y vigilancia higiénico-sanitaria de las aguas potables de consumo humano, las piscinas de uso colectivo y las zonas de baño, mientras las funciones que tenían que haber desarrollado en materia alimentaria se tenían que haber centrado en el control sanitario de comedores colectivos, caterings y cocinas centrales, así como en panaderías y confiterías en sus respectivas Zonas de Salud. Todo ello además, acompañado de las correspondientes tomas de muestras que se tenían que remitir a sus respectivos Laboratorios de Control del Área de Salud[1128].

La aprobación en el año 1995 del Decreto de reestructuración de los servicios farmacéuticos de la Consejería de Sanidad permitió que las actuaciones de los 35 farmacéuticos titulares, que en materia de Salud Pública se venían desarrollando en el marco obsoleto de los Servicios Sanitarios Locales, se fueran acoplando al modelo descentralizado de las Áreas de Salud[1129].

[1128] De Murcia, Región: Memorias de la Consejería de Sanidad. Años 1990 y 1991. Las Memorias de la Consejería de Sanidad correspondientes a los años 1992, 1993 y 1994 no se han podido localizar, desconociendo el motivo de su ausencia.
[1129] De Murcia, Región: *Memorias de la Consejería de Sanidad*. Años 1995 y 1996.

El período comprendido entre el comienzo de la reestructuración de los servicios farmacéuticos en el año 1995 y la adscripción de las 19 plazas de Farmacéuticos de Salud Pública al Servicio de Salud Pública de la Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad y Política Social en el año 1997, siguió siendo ciertamente preocupante para los intereses del colectivo a juzgar por las memorias de la Consejería de Sanidad durante esos años 1995-1997. Y ello, a pesar de haberse establecido las competencias del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares en materia de higiene alimentaria, sanidad ambiental y uso racional del medicamento y de haberse regulado que la coordinación y evaluación de las actuaciones inspectoras desarrolladas por los farmacéuticos adscritos a las respectivas Áreas de Salud se llevara a cabo a través de los Coordinadores de Inspección de Salud Pública de cada Área de Salud.

A pesar de ello, la realidad para los farmacéuticos titulares de estos años fue que, pese a que aparecían los 35 farmacéuticos titulares como personal adscrito al Área de Salud Pública de la Dirección General de Salud, únicamente parece que "existieron" para la Sección de Sanidad Ambiental[1130], para la cual realizarían las funciones que dicha Sección tenía asignadas como fueron: garantizar la calidad higiénico sanitaria de las redes de distribución de aguas para consumo humano; el control de abastecimientos de aguas para consumo humano, tanto subterráneos como superficiales; el control higiénico-sanitario de los manantiales cuyas aguas se envasan; el control higiénico-sanitario de las cisternas de agua para consumo humano; controlar y vigilar la calidad de las aguas y zonas de baño, tanto fluviales como marinas; controlar y vigilar las condiciones higiénico sanitarias y de calidad de agua de las piscinas de uso colectivo, tanto climatizadas como descubiertas; controlar el cumplimiento del reglamento de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, controlar las condiciones higiénico-sanitarias, desde el punto de vista de la sanidad ambiental, de las explotaciones ganaderas; estudiar el estado higiénico-

[1130] Para la Sección de Higiene, Inspección Alimentaria y Zoonosis, la distribución del personal del Servicio por grupo y titulación, estaría formado por 60 veterinarios del Grupo A, los cuales ocupaban todo el organigrama técnico del Servicio, dos auxiliares sanitarios y otros dos auxiliares administrativos. a lo que habría que sumar que todas las actividades docentes y de formación impartida y recibida fueron dadas a los veterinarios, no constando ninguna en las que participaran los farmacéuticos titulares. De igual forma pasaba con la Sección de Farmacia formada por 2 farmacéuticos y dos Jefes de Grupo Sanitario. De Murcia, Región: *Memorias de la Consejería de Sanidad*. Año 1996, pp141-143 y pp180-181. A partir del año 1998 ya aparecerían los farmacéuticos de salud pública como parte del personal de la Sección de Higiene, Inspección Alimentaria y Zoonosis.

sanitario de los lugares de lodoterapia y baños terapéuticos de la Región de Murcia y garantizar las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos de temporada y campamentos de turismo, la realización de cursos dirigidos a aplicadores de plaguicidas, asesoramiento a Ayuntamientos en materia de lucha contra las zoonosis y el control de los plaguicidas y los productos químicos utilizados en la Región de Murcia[1131].

3.2.5.- LA UNIFICACIÓN DE LOS CUERPOS FARMACÉUTICOS (1997-2006)

Una vez adscritas las 19 plazas de Farmacéuticos de Salud Pública al Servicio de Salud Pública de la Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad y Política Social y destinado el personal a sus respectivas Áreas de Salud, se empezaron a desarrollar las funciones de inspección recogidas en el Decreto 34/1995, en materia de Sanidad Ambiental, Higiene Alimentaria y en menor medida en materia de uso racional del medicamento.

La necesidad de identificar a este personal funcionario al servicio de las Administraciones Públicas que iba a desempeñar las funciones de inspección sanitaria, motivó que se publicara la Orden de 18 de mayo de 1998[1132] para regular un modelo de **carné de identificación del personal inspector** que, con carácter previo al inicio de sus funciones inspectoras le tendría que ser entregado, el cual incluía en su reverso las facultades que como "autoridad sanitaria[1133]", le otorgaba la Ley General de Sanidad de 1986.

[1131] De Murcia, Región: *Memoria de la Consejería de Sanidad*. Año 1997, p167.
[1132] Orden de 18 de mayo de 1998 por la que se regula el modelo de carné de identificación del personal inspector de la Consejería de Sanidad y Política Social (*B.O.R.M*. nº 125 de 02/06/1998), modificado por la Orden de 12 de junio de 2003 (*B.O.R.M.* nº 149 de 01/07/2003).
[1133] Dicha autoridad sanitaria la adquirieron tardíamente los farmacéuticos titulares en el año 1930 a través del Real Decreto de 16 de Agosto de 1930. *Gaceta de Madrid* nº232 de 20/08/1930.

Carné de identificación de Inspector Sanitario
Dimensiones: 100 x 65 mm.
Color: pantone 333

ANVERSO

Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Política Social

INSPECTOR SANITARIO

D.
D.N.I.
N.R.P.

Murcia, a
El titular El Consejero

Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social de 18 de mayo de 1998. (BORM de).

REVERSO

Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, (BOE n.º 102 de 29-4-86), Art. 31:

El personal al servicio de las Administraciones Públicas que desarrolle las funciones de inspección, cuando ejerza tales funciones y acreditando si es preciso su identidad, estará autorizado para:
a) Entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta Ley.
b) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de las normas que se dicten para su desarrollo.
c) Tomar o sacar muestras, en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en esta Ley y en las disposiciones que se dicten para su desarrollo, y
d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas, en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen.

Figura 11: Modelo de carné de identificación del personal funcionario que desempeñe funciones de inspección sanitaria (*B.O.R.M.* nº 125 de 02/06/1998).

Dado el carácter de interinidad del personal que ocupaba la mayoría de las plazas, unido a las continuas jubilaciones de los funcionarios de carrera que se estaban produciendo, llevó a la Administración Regional a llevar a cabo durante sucesivos años, la convocatoria de distintos **procesos selectivos** para cubrir las plazas del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares a través de oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares y posterior concursos de méritos para la provisión en propiedad de las plazas vacantes.

Oposiciones para el ingreso al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares:

Teniendo en cuenta que en el año 1988 se produjo la primera convocatoria para acceder al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares desde que se formó la Comunidad

de Murcia, unido al hecho de que no se había realizado ninguna otra oposición a nivel nacional desde el año 1978[1134], dio lugar a que los Farmacéuticos titulares de Murcia, después de 20 años, podían volver a poder ser funcionarios de carrera y con la plaza en propiedad sin necesidad de un concurso de méritos, eso sí, sin el derecho a abrir una oficina de farmacia[1135].

En total, y hasta la actualidad, se han llevado a cabo 8 ofertas de empleo público en la Comunidad Autónoma de Murcia de los cuales, en 6 de ellos, se han ofertado plazas de farmacéuticos titulares, correspondiéndose con las Ofertas de empleo público de los años 1997/1998[1136] (12 plazas), 2000[1137] (2 plazas), 2002[1138] (6 plazas), 2004[1139] (8 plazas), 2005[1140] (3 plazas) y 2006/2007[1141] (7 plazas).

Estas pruebas selectivas para el acceso al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares se rigieron por lo dispuesto en la normativa regional en materia de selección; en concreto, para las ofertas de los años 1997/1998, 2000, 2002 y 2004, por la Orden de 15 de junio de 1998[1142], mientras que las de los años 2005 y 2006/2007 se rigieron por Orden de 17 de junio de 2004[1143].

[1134] Orden del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de 23 de noviembre de 1978, por la que se convocan pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. (*B.O.E.* nº294 de 09/12/1978).

[1135] Antiguamente, esta era una de las formas que perseguían los farmacéuticos para poder abrir una oficina de farmacia, de acuerdo al Real Decreto 1711/1980, de 31 de julio, por el que se dan normas para la instalación de Oficinas de Farmacia a los Farmacéuticos titulares de partidos farmacéuticos (B.O.E. nº 213 de 04/09/1980), además de las reguladas por el Real Decreto 909/1978 ,de 14 de abril, por el que se regula el establecimiento, transmisión o integración de las Oficinas de Farmacia (*B.O.E.* nº 106 de 04/05/1978).

[1136] Decreto nº33/1998, de 4 de junio, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia para 1998. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 131 de 10/06/1998.

[1137] Decreto 104/2000, de 28 de julio de 2000, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia para el ejercicio 2000. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 175 de 29/07/2000.

[1138] Decreto número 72/2002, de 12 de abril, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia para el año 2002. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº95, de 25/04/2002.

[1139] Decreto número 35/2004, de 16 de abril, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia de los años 2003 y 2004. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº90, de 20/04/2004.

[1140] Decreto número 61/2005, de 20 de mayo, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia del año 2005. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº116 de 23/05/2005.

[1141] Decreto 34/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia correspondiente a los años 2006/2007. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº78 de 04/04/2007.

[1142] Orden de 15 de junio de 1998, de la Consejería de Presidencia, por la que se aprueban las bases generales que regirán las convocatorias de pruebas selectivas para acceso a los distintos cuerpos de la Administración Regional (*B.O.R.M.* nº145 de 26/06/1998), modificada por la Orden de 27 de marzo

Todas las convocatorias que se llevaron a cabo utilizaron el sistema de acceso libre[1144] si bien, el proceso selectivo seguido en las distintas convocatorias fue diferente entre unas y otras de tal manera que, para las ofertas de las convocatorias de los años 1997/1998, 2002, 2004, 2005 y 2006/2007 se utilizaría el concurso-oposición, mientras que para las ofertas correspondientes a los años 2000 y 2006/2007 se utilizaría el sistema de consolidación de empleo temporal.

El temario de la oposición constaba de 82 temas que se dividían en dos bloques: el primer bloque se correspondía con un temario de materias comunes compuesto por 12 temas[1145] comunes a todos los aspirantes a funcionarios del Cuerpo Superior Facultativo de la Comunidad Autónoma, y de un segundo bloque compuesto por 70 temas, correspondiente a las materias específicas del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares relacionados con las funciones que iban a tener que realizar dentro del ámbito de la salud pública (salud pública, higiene alimentaria, sanidad ambiental y farmacia).

El programa de materias comunes vendría especificado en el Anexo I de la Orden de 23 de febrero de 1998[1146] para la oferta de 1997/1998. Posteriormente se

de 2001 (*B.O.R.M.* nº82 de 09/04/2001) y por la Orden de 17 de diciembre de 2002 (*B.O.R.M.* nº11 de 15/01/2003).

[1143] Orden de 17 de junio de 2004, de la Consejería de Hacienda, por la que se aprueban las bases generales que regirán las convocatorias de pruebas selectivas para acceso a los distintos Cuerpos de la Administración Regional (*B.O.R.M.* nº146 de 26/06/2004), modificada por la Orden de 23 de marzo de 2007 (*B.O.R.M*. nº89 de 19/04/2007) y por la Orden de 10 de febrero de 2015 (*B.O.R.M.* nº44 de 23/02/2015).

[1144] En las ofertas de empleo público llevadas a cabo en la Región de Murcia, correspondientes a las ofertas 2013 y 2014/2015, no se llegaron a ofertar ninguna plaza correspondiente al Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia (antes Farmacéutico Titular). Decreto nº 12/2013, de 8 de febrero, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público y Promoción Interna del Personal de Administración y Servicios de la Administración Pública de la Región de Murcia correspondiente al año 2013 (*B.O.R.M.* nº35 de 12/02/2013) y Decreto nº 14/2014, de 21 de marzo, por el que se aprueba la oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia correspondiente al año 2014 (*B.O.R.M.* nº69 de 25/03/2014).

[1145] Dichas materias comunes contemplaban temas tan diversos de organización política y administrativa (la Unión Europea, la Constitución Española, las instituciones básicas del Estado, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, la Administración Pública nacional, autonómica y local, la ordenación de la Función Pública Regional y los presupuestos de la Comunidad de Murcia), de actuación y procedimiento administrativo (la actividad administrativa, el procedimiento administrativo, el sancionador y el expropiatorio, los procedimientos de contratación, la responsabilidad de las Administraciones y de los funcionarios, la protección de datos de carácter personal y el secreto profesional), de la calidad y recursos humanos (la cultura de la Organización y la calidad de la Administración), de informática y de salud laboral (prevención de riesgos laborales).

[1146] Anexo I de la Orden de 23 de febrero de 1998, de la Consejería de Presidencia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 55 de 07/03/1998.

modificaría a través de la Orden de 23 de enero de 2001[1147], no volviéndose a modificar hasta el año 2014.

En cambio el programa de materias específicas sí que sufriría modificaciones debido a la necesidad de ir adaptándolo a las continuas ampliaciones de competencias que iban sufriendo los farmacéuticos titulares en su ámbito de trabajo[1148]. Así, para la oferta de 1997/1998 se ajustaría a lo dispuesto en la Orden de 5 de marzo de 1998[1149], para las ofertas correspondientes a los años 2000, 2002, 2004 y 2005 a lo establecido en la Orden de 20 de diciembre de 2000[1150] y para la oferta de 2006/2007 a lo dispuesto en la Orden de 23 de abril de 2007[1151].

Dichas materias específicas contemplaban temas tan diversos como los relacionados con:

- la salud pública: concepto y organizaciones, demografía, ecología, organización y programación sanitaria, epidemiología, educación sanitaria, drogodependencias, etc…

- la sanidad ambiental: en materias relacionadas con el agua: aguas potables, aguas mineromedicinales, aguas de baño, aguas residuales, etc…; en materia relacionadas con el medio ambiente: contaminación sonora, contaminación por energía radiante, contaminación atmosférica, el impacto ambiental, los residuos, etc…; en materia de productos químicos: Plaguicidas, Biocidas, seguridad química, etc…

[1147] Orden de 23 de enero de 2001, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueban los ejercicios y programas comunes de las pruebas selectivas para acceso a los Cuerpos Superior Facultativo, Técnico, de Técnicos Especialistas y de Técnicos Auxiliares. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº32 de 08/02/2001.

[1148] Ejemplos de ello lo tenemos con la introducción de temas relacionados con la Legionella, las olas de calor, los campamentos de turismo y los productos biocidas en la Sección de Sanidad Ambiental; temas relacionados con la nutrición, con el control del alcohol y tabaco y con los tatuajes y piercings en la Sección de Higiene Alimentaria y temas relacionados con los laboratorios farmacéuticos en la Sección de Farmacia.

[1149] Orden de 5 de marzo de 1998, de la Consejería de Presidencia, por la que se aprueban los programas de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en la Administración Pública Regional en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 67 de 23/03/1998. Véase **Apéndice 6.**

[1150] Orden de 20 de diciembre de 2000, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueban los programas de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en la Administración Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº7 de 10/01/2001. Véase **Apéndice 7.**

[1151] Orden de 23 de abril de 2007, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueba el programa de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en la Administración Pública Regional en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº108 de 12/05/2007. Véase **Apéndice 8.**

- la higiene alimentaria: los Organismos competentes, la legislación alimentaria, el control en la producción, etiquetado, almacenamiento, distribución y transporte de los alimentos y comidas preparadas, la comercialización de alimentos, la contaminación de los alimentos, los sistemas de autocontrol de la industria alimentaria, la investigación de brotes alimentarios, etc…)

- la Farmacia: regulación de las oficinas de farmacia, farmacia hospitalaria, laboratorios farmacéuticos, distribución farmacéutica, ensayos clínicos, Farmacovigilancia, uso racional del medicamento, medicamentos veterinarios, productos sanitarios, cosméticos, estupefacientes y psicótropos, medicamentos genéricos, homeopáticos, extranjeros, vacunas, plantas medicinales, etc…).

La Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular correspondiéndose con las Ofertas de empleo público de los años 1997/1998, 2000, 2002, 2004, 2005 y 2006/2007, fueron:

Tabla 11: Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por Orden de 3 de noviembre de 1999[1152]:

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA		
DENOMINACIÓN	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSEFA GARCÍA ZARCO	III
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	AMPARO INMACULADA SANTOLARIA BRUN	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JOSÉ SANZ NAVARRO	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ANA MARÍA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ	II
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA ROSA LÓPEZ CASARES	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA CARMEN SEEMANN FRIES	VI
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA SAQUERO MARTÍNEZ	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	DOLORES GÓMEZ CASTELLÓ	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	EMILIO RODRÍGUEZ GUTIERREZ	II
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JUAN FRANCISCO GARCÍA DE JUAN	II
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA TERESA ANDREU SÁNCHEZ	VI
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSÉ HERRERA DÍAZ	VI

Fuente: Orden de 11 de junio de 2001, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se nombran funcionarios de distintos Cuerpos de la Administración Regional procedentes de las ofertas de empleo público correspondientes a los años 1997 y 1998. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 145 de25/01/2001. Elaboración propia.

[1152] Orden de 3 de noviembre de 1999, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convocan pruebas selectivas para cubrir 12 plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos titulares de la Administración Regional, por el sistema de acceso libre. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 264 de15/11/1999.

Tabla 12: Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de consolidación de empleo temporal convocadas por orden de Orden de 5 de marzo de 2001[1153]

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA		
DENOMINACIÓN	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CLARA MARÍA RUEDA MAZA	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA CONSTANZA SORIANO CANO	I

Fuente: Orden de 7 de junio de 2002, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se nombran funcionarios de distintos cuerpos de la Administración Regional procedentes de las ofertas de empleo público convocadas al amparo de la oferta de empleo público del año 2000. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 145 de25/06/2002. Elaboración propia.

Tabla 13: Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de Orden de 17 de junio de 2002[1154]

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA		
DENOMINACIÓN	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JAIME LUIS MARTÍNEZ UCEDA	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSÉ PEÑALVER JARA	VI
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	EVA MARÍA MUELAS MATEO	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ALFONSO PABLO CERÓN GARCÍA	VI
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CARMEN FONT RUIZ	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ANA TERESA PÉREZ VARONA	I

Fuente: Orden de 7 de octubre de 2003, de la Consejería de Hacienda, por la que se nombran funcionarios de distintos cuerpos de la Administración Regional, procedentes de las ofertas de empleo público de los años 2000 y 2002 convocadas al amparo de los decretos 104/2000 y 72/2002. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 239 de15/10/2003. Elaboración propia.

[1153] Orden de 5 de marzo de 2001, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convocan pruebas selectivas para cubrir 2 plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos titulares de la Administración Regional, por el sistema de acceso libre. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 65 de20/03/2001.

[1154] Orden de 17 de junio de 2002, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convocan pruebas selectivas para cubrir 6 plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos titulares de la Administración Regional, por el sistema de acceso libre. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 144 de 24/06/2002.

Tabla 14: Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de Orden de 28 de junio de 2004[1155]

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA		
DENOMINACIÓN	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSÉ PÉREZ ARMENGOL	II
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ANA BERNAL PASCUAL	VI
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA ÁNGELES DE CARLOS CHILLERÓN	II
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA ESPERANZA URRIOS DE PORRAS	II
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	PEDRO JOSÉ ÚBEDA RUIZ	IV
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	PEDRO FRANCISCO SÁNCHEZ LÓPEZ	IV
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ TORTOSA	IV
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CLAUDIO BUENESTADO CASTILLO	II

Fuente: Orden de 9 de noviembre de 2005, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se nombran funcionarios de carrera de distintos cuerpos de la Administración Regional, procedentes de la Oferta de Empleo Público del año 2004 convocada al amparo del Decreto 35/2004, de 16 de abril. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 276 de 30/11/2005. Elaboración propia.

Tabla 15: Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de Orden de 22 de febrero de 2006[1156]

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA		
DENOMINACIÓN	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA LUISA SEVILLA BERNABEU	I
FARMACÉUTICO	MARÍA DEL MAR ALONSO SALOM	-
FARMACÉUTICO	JORGE RIQUELME ARTAJONA	-

Fuente: Orden de 9 de noviembre de 2005, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se nombran funcionarios de carrera de distintos cuerpos de la Administración Regional, procedentes de la Oferta de Empleo Público del año 2004 convocada al amparo del Decreto 35/2004, de 16 de abril. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 276 de30/11/2005. Elaboración propia.

[1155] Orden de 28 de junio de 2004, de la Consejería de Hacienda, por la que se convocan pruebas selectivas para cubrir 8 plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Administración Regional, por el turno de acceso libre. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 154 de 06/07/2002.

[1156]. Orden de 22 de febrero de 2006, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convocan pruebas selectivas para cubrir 3 plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Administración Regional, por el turno de acceso libre. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 46 de 24/02/2006.

Tabla 16: Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de Orden de Orden de 20 de junio de 2007[1157]

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA y DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN SANITARIA Y FARMACÉUTICA E INVESTIGACIÓN		
DENOMINACIÓN	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FARMACÉUTICO	MANUEL JOSÉ MENDEZ ROMERA	-
FARMACÉUTICO	MARÍA ROSELL GARCÍA IBORRA	-
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ROSARIO ASÍS SANDOVAL	I

Fuente: Orden de 11 de noviembre de 2008, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se nombran funcionarios de carrera de distintos cuerpos de la Administración Regional, procedentes de la oferta de empleo público correspondiente a los años 2006/2007 aprobada por Decretos 34 y 35, ambos de 30 de marzo de 2007. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 275 de 26/11/2008. Elaboración propia.

Tabla 17: Relación de aspirantes que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia, por el sistema de consolidación de empleo temporal convocadas por orden de Orden de Orden de 20 de junio de 2007[1158]

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA y DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN SANITARIA Y FARMACÉUTICA E INVESTIGACIÓN		
DENOMINACIÓN	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FARMACÉUTICO	MARÍA PELIGROS HERNÁNDEZ MARÍN	-
FARMACÉUTICO	MARÍA ÁNGELES BRAGE TUÑÓN	-
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JUANA DIAZ RODRÍGUEZ	I
FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA ROSA ROS BULLÓN	II

Fuente: Orden de 11 de noviembre de 2008, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se nombran funcionarios de carrera de distintos cuerpos de la Administración Regional, procedentes de la oferta de empleo público correspondiente a los años 2006/2007 aprobada por Decretos 34 y 35, ambos de 30 de marzo de 2007. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 275 de 26/11/2008. Elaboración propia.

De este último proceso, se produciría la integración de las dos listas de espera procedentes de las pruebas selectivas de acceso libre y de medidas excepcionales de estabilidad en el empleo público del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia de la Administración Regional, con objeto de obtener una única lista de espera del citado cuerpo a través de la resolución de 6 de

[1157] Orden de 20 de junio de 2007, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convocan pruebas selectivas para cubrir 3 plazas del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia de la Administración Regional, por el turno de acceso. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 146 de 27/06/2007.

[1158] Orden 20 de junio de 2007, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convocan pruebas selectivas para cubrir 4 plazas del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia de la Administración Regional, Por el sistema de medidas excepcionales de estabilidad en el empleo público. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 146 de 27/06/2007.

junio de 2008, de la Dirección General de Empleo Público, realizándose su entrada en vigor a través de la Orden de 17 de junio de 2008. A día de hoy, sigue en vigor dicha lista de espera por no haberse realizado ningún proceso selectivo desde entonces.

Una vez adquirida la condición de funcionario y tras el destino y la toma de posesión en el puesto de trabajo correspondiente, los farmacéuticos titulares iniciaban un período de prácticas cuya duración máxima sería de seis meses, aunque no tendrían que realizar periodo de prácticas quienes hubiesen acreditado un tiempo de prestación de servicios en la Administración inmediatamente anterior al ingreso, como funcionario de carrera, igual o superior a los 6 meses de duración[1159].

La provisión en propiedad de las vacantes de farmacéuticos titulares:

Aunque la provisión de los puestos de trabajo de los funcionarios se podría realizar mediante convocatorias públicas a través de los procedimientos de concurso de méritos o bien a través de procedimientos de libre designación, el sistema para la provisión de los puestos vacantes de farmacéuticos titulares ha sido siempre el concurso de méritos.

En total y hasta la actualidad, se han llevado a cabo 3 convocatorias específicas de provisión de puestos de trabajo en propiedad en la Comunidad Autónoma de Murcia correspondientes a plazas vacantes de farmacéuticos titulares durante los años 2003, 2008 y 2014[1160].

El concurso de méritos convocado en el año 2003 mediante la Orden de 3 de abril de 2003[1161], se rigió por lo dispuesto en la normativa regional a través de las Órdenes de 10 de octubre de 1994[1162] y 14 de diciembre de 1998[1163] y fueron

[1159] Decreto 57/1986 de 27 de junio, de Acceso a la Función Pública, Promoción Interna, y provisión de puestos de la Administración Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 161 de 15/07/1986.

[1160] Los farmacéuticos que superaron las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular, por el sistema de acceso libre convocadas por orden de 3 de noviembre de 1999 tomaron posesión de sus plazas en propiedad directamente por haber sido el primer proceso selectivo para el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en la Región de Murcia.

[1161] Orden de 3 de abril de 2003, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convoca concurso de méritos y turno de resultas para la provisión de puestos de trabajo correspondientes a los grupos «A» y «B», Plazas Técnicas, de personal funcionario de la administración pública de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº 86 de 14/04/2003), modificada por la Orden de 23 de abril de 2003, de la Consejería de Economía y Hacienda (*B.O.R.M.* nº 104 de 08/05/2003).

[1162] Orden de 10 de octubre de 1994, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se aprueban las bases generales que han de regir las convocatorias de puestos de trabajo de la

valorados como méritos para la provisión de los puestos base o de primer destino (FM000-) el grado personal, la antigüedad en las Administraciones Públicas, el trabajo desarrollado adecuado a las características del puesto ofertado, los cursos de formación y perfeccionamiento y las titulaciones académicas. En total se ofertaron en dicha convocatoria 17 plazas de "Farmacéutico de Salud Pública"[1164], cuyo resultado fue:

Tabla 18: Relación de aspirantes farmacéuticos que superación el concurso de méritos convocado mediante la Orden de 3 de abril de 2003.

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	ÁREA DE SALUD
FM00002	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CLARA MARÍA RURDA MAZA	I
FM00022	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	AMPARO I. SANTOLARIA BRUN	I
FM00023	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CONSTANZA SORIANO CANO	I

Fuente: Resolución provisional de 2 de julio de 2004, de la Comisión de Selección del concurso de méritos y turno de resultas para la provisión de puestos de trabajo correspondientes a los grupos «A» y «B», Cuerpos Técnicos, convocados por Orden de 3 de abril de 2003 de la Consejería de Economía y Hacienda. Elaboración propia.

El año 2001 fue sin duda, un año que marcaría el devenir del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de la Región de Murcia:

Por una parte, se va a producir a partir del 12 de mayo de 2001, el **traspaso** de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de **ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos**, así como de los créditos presupuestarios adoptados por el Pleno de la Comisión Mixta de Transferencias el día 10 de abril de 2001.

Administración Regional, mediante el sistema de concurso de méritos. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº264 de 16/11/1994.

[1163] Orden de 14 de diciembre de 1998, de la Consejería de Presidencia, por la que se aprueban los baremos de méritos y áreas funcionales que se han de aplicar en las convocatorias para la provisión de puestos de trabajo de la Administración Pública Regional por el sistema de concurso de méritos. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 295 de 23/12/1998.

[1164] La Relación de las 17 plazas vacantes de "farmacéuticos de salud pública" ofertadas a los funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares (ACX00) se distribuyeron de la siguiente forma: 4 plazas en el Área de Salud I (FM0002, FM0021, FM0022 Y FM0023), 3 plazas en el Área de Salud II (FM0011, FM0024 y FM0025); 3 plazas en el Área de Salud III (FM0013, FM0026 y FM0027); 3 plazas en el Área de Salud IV (FM0014, FM0015 y FM0028); 2 plazas en el Área de Salud V (FM0016 y FM0029) y 2 plazas en el Área de Salud VI (FM0017 y FM0030). Todas estas plazas estarían dotadas de un nivel 22, un complemento específico de 6283,20 euros y una jornada de especial dedicación.

Como consecuencia, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia va a empezar a ejercer, dentro de su ámbito territorial, las funciones de ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos, en los términos establecidos en la Ley 25/1990, del Medicamento y sus normas de desarrollo y, en especial, las siguientes:

> *"a) Autorización de los mensajes publicitarios para difusión limitada a la Comunidad Autónoma.*
> *b) Control de la promoción dirigida a profesionales sanitarios.*
> *c) Verificar que los laboratorios farmacéuticos realizan los controles exigidos.*
> *d) Acciones inspectoras que desencadenen suspensión o revocación de las autorizaciones.*
> *e) Programas de control de calidad de los medicamentos.*
> *f) Información de las reacciones adversas a los medicamentos.*
> *g) Inspección en materia de ensayos clínicos.*
> *h) Inspección de ejecución de la legislación de productos farmacéuticos.*
> *i) Potestad sancionadora en materia de productos farmacéuticos.*
> *j) Cierre temporal de establecimientos.*
> *k) Realización de inspecciones de buenas prácticas de laboratorios".*

Dichas funciones serían llevadas a cabo a través del personal adscrito al Servicio de Farmacia y Productos Sanitarios de la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo y, de acuerdo con las competencias otorgadas por el Decreto 34/1995, por el personal destinado en las distintas Áreas de Salud pertenecientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares.

El otro acontecimiento ocurrido en el año 2001 fue la aparición en Murcia del mayor **brote de legionelosis** que se habría detectado hasta la fecha por su magnitud (800 enfermos, 460 infectados por la bacteria y 5 muertos) a nivel mundial, el cual, desencadenó la toma de decisiones políticas a nivel estatal[1165] y donde los farmacéuticos titulares de la Región de Murcia tuvieron un papel decisivo en su detección y control[1166]. A partir de este brote, la Legionella pasó a convertirse en un problema prioritario de Salud Pública a nivel nacional.

[1165] A nivel nacional, como consecuencia del brote, se publicó el borrador que se estaba desarrollando en aquellos momentos sobre la prevención de la legionelosis en forma de Real Decreto 909/2001, de 27 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la Prevención y Control de la Legionelosis (*B.O.E*. nº 180 de 28/07/2001).

[1166] Gutiérrez Molina. C., López Casares, R., Gómez Campoy, E., Córdoba Martínez, F., Sintas Lozano, F, Sanz Navarro, J. et al.: Brote de legionelosis en Murcia en julio de 2001. La óptica de sanidad ambiental. *Revista de Salud Ambiental.* 2002; 2(1):22-31.

Este brote ocurrió en la ciudad de Murcia durante los días 7 y 8 de julio de 2001. Todo comenzó una vez que los Servicios de Urgencias de los Hospitales Morales Meseguer y Virgen de la Arrixaca se vieron colapsados por la afluencia de enfermos con neumonía, lo que motivó la notificación de esta situación a la Consejería de Sanidad y Consumo que de manera inmediata activó todos los dispositivos sanitarios disponibles. Al mismo tiempo, se crearon varios grupos de trabajo (coordinación asistencial, investigación del brote que, a su vez, incluían un grupo de expertos y otro de coordinación de actuaciones medioambientales) y se planificaron las actuaciones a seguir[1167].

Para llevar a cabo las actuaciones correspondientes de inspección y control en el ámbito de la sanidad ambiental, se utilizó al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares por ser éste el colectivo que tenía atribuidas dichas competencias en la Comunidad Autónoma. Así, se procedió al llamamiento e incorporación de todo el personal perteneciente al Cuerpo, incluyendo a los destinados en otras Áreas de Salud así como de los que se encontraban de vacaciones, poniéndose todos ellos a disposición del Consejero de Sanidad y Consumo[1168].

Dichos inspectores, comenzaron de manera inmediata a girar las visitas de inspección a todas las fuentes potencialmente emisoras de aerosoles contaminados con Legionella, (torres de refrigeración y condensadores evaporativos, sistemas de refrigeración con circuito cerrado aire-agua, fuentes ornamentales y depósitos de abastecimiento de agua de consumo), procediéndose a tomar muestras de agua y superficies para su análisis y ordenando la limpieza y desinfección de choque de toda fuente emisora, así como la adopción de cuantas medidas cautelares que, como agentes de la autoridad sanitaria, se estimaron oportunas de acuerdo al riesgo sanitario existente, entre ellas, la corrección de deficiencias estructurales, los ceses de la actividad y las clausuras de dispositivos emisores de aerosoles.

[1167] Una de las medidas que se adoptó de forma inmediata tras la aparición del brote fue la de aumentar la concentración de cloro residual libre en el agua de abastecimiento a la ciudad de Murcia, desde los valores reglamentarios (0'2-0'8 mg/l) hasta los establecidos por la Autoridad Sanitaria entre 0'8 -1´5 mg/l.

[1168] Se cubrieron incluso de forma inmediata tres vacantes de farmacéuticos de salud pública que se encontraban libres a través de la lista de espera vigente, incorporándose a la investigación del brote: Eva Muelas Mateo, Carmen Font Ruiz y Jaime Martínez Uceda.

El resumen de las medidas de intervención que se tomaron por parte de los inspectores farmacéuticos titulares para el control y prevención de la Legionella en Murcia, se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 19: Medidas de intervención adoptadas por parte de los inspectores farmacéuticos titulares para el control y prevención en el brote de legionelosis en Murcia en 2001.

Tipo	Inmediata (<36hs) 8-9-10 jul.	Corto plazo (11-31 jul.)	Medio plazo (1 ago.-15 de nov.)	Total
Clausura fuentes ornamentales	35			35
Toma de muestras	131	420	489	1.040
Inspección de sistemas abiertos(*)	73	203	170	446
Inspección de sistemas cerrados	13	14	0	27
Inspección depósitos abastecimiento/edificios	3	0	10	13
Determinaciones de cloro residual libre	20	424	362	806
Orden de limpieza, desinfección y/o cierre	131	12	22	165

Fuente: Gutiérrez Molina. C., López Casares, R., Gómez Campoy, E., Córdoba Martínez, F., Sintas Lozano, F, Sanz Navarro, J. et al.: Brote de legionelosis en Murcia en julio de 2001. La óptica de sanidad ambiental. *Revista de Salud Ambiental.* 2002; 2(1):22-31.

Desgraciadamente, tuvo que ocurrir un hecho sanitario de estas características para que la Administración Regional se percatase de la necesidad de aumentar la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares.

Así, a través de la Orden de 10 de diciembre de 2001[1169], se procedió a dotar a dicho Cuerpo con 10 plazas más, con un nivel 22, jornada de especial dedicación y con un complemento específico de 1.004.832 pts., distribuyéndose uniformemente en las Áreas de Salud de la siguiente forma:

Tabla 20: Distribución por Áreas de Salud de las 10 plazas de farmacéuticos titulares creadas por Orden de 10 de diciembre de 2001.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA		
CÓDIGO	DENOMINACIÓN	ÁREA DE SALUD
FM00021, FM00022, FM00023	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	I
FM00024, FM00025	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	II
FM00026, FM00027	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	III
FM00028	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	IV
FM00029	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	V
FM00030	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	VI

[1169] Orden de 10 de diciembre de 2001, de la Consejería de Economía y Hacienda por la que se modifican las relaciones de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 295 de 22/12/2001.

A través de esta misma Orden, también se aprovechó para dotar de complemento específico a todas aquellas plazas que carecían de él por haber sido ocupadas anteriormente por funcionarios de carrera con oficina de farmacia abierta al público (antiguos sanitarios locales transferidos del Estado)[1170].

A nivel de la Comunidad Autónoma, el impacto que tuvo el brote de Legionella, motivó también que en el nuevo Decreto 117/2002[1171] de estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, apareciese la Sección de Sanidad Ambiental[1172] convertida en una Jefatura de Servicio dependiente de la Dirección General de Salud Pública. Indirectamente, esta modificación en la estructura de los Servicios, supondría un cambio a posteriori en las funciones que tendrían que desarrollar los farmacéuticos titulares en cada Área de Salud.

Al principio, los farmacéuticos titulares realizaban las funciones en materia de higiene alimentaria, sanidad ambiental y uso racional del medicamento en sus respectivas Áreas de Salud, coordinados y evaluados a través de los Coordinadores de Inspección de Salud Pública. A partir del Decreto 117/2002, la supervisión y evaluación de las actuaciones en materia de sanidad ambiental pasaron a depender directamente del Servicio de Sanidad Ambiental[1173] mientras que a los Coordinadores de Inspección del Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis les correspondieron la supervisión y evaluación de las actuaciones desarrolladas por los farmacéuticos adscritos a las respectivas Áreas de Salud en materia de uso racional del medicamento y de higiene alimentaria.

Como consecuencia de este cambio, se produjo una nueva redistribución de las plazas de farmacéuticos titulares, "repartiéndose" las 29 plazas de titulares entre los Servicios de Sanidad Ambiental (20 plazas) y el Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis (9 plazas), sin modificar ni los códigos ni los destinos de las

[1170] Dichas plazas se correspondían con los códigos: FM00006, FM00007, FM000110, FM00011, FM00013, FM00018, FM00019 y FM00020. Anexo I de la Orden de 10 de diciembre de 2001.
[1171] Artículo 29 del Decreto 117/2002, de 27 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 234 de 08/10/2002.
[1172] Artículo 17 del Decreto 113/2000 de 22 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 230 de 03/10/2000.
[1173] Excepto para los Servicios de Salud Pública de Cartagena y Lorca, que seguirían teniendo dichas competencias. Artículo 32 del Decreto 117/2002, de 27 de septiembre.

plazas en las Áreas de Salud[1174], quedando finalmente distribuidas de la siguiente forma:

Tabla 21: Distribución por Áreas de Salud y Centros Directivos de las 29 plazas de farmacéuticos titulares de la Administración Regional

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA		
ÁREAS DE SALUD	**Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis**	**Servicio de Sanidad Ambiental**
I	FM00002, FM00021 y FM00023	FM00003, FM00004, FM00005, FM00006, FM00007 y FM00022
II	FM00011 y FM00024	FM00008, FM00009, FM00010 y FM00025
III	-	FM00027, FM00013, FM00012 y FM00026
IV	FM00028	FM00014 y FM00015
V	FM00029	FM00016
VI	FM00017 y FM00030	FM00018, FM00019 y FM00020

Funciones desarrolladas por los Farmacéuticos Titulares

Una vez reestructurados los servicios farmacéuticos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y destinado el personal a las distintas Áreas de Salud, los farmacéuticos titulares continuaron desarrollando las funciones de inspección recogidas en el Decreto 34/1995, en materia de Sanidad Ambiental, Higiene Alimentaria y Farmacia. En este período, los farmacéuticos titulares desarrollarían sus actividades principalmente en el ámbito de Sanidad Ambiental y de la Higiene Alimentaria, siendo residual la actividad relacionada con las funciones relativas al uso racional del medicamento por ser realizadas principalmente por el otro Cuerpo de Farmacia de la Administración Regional[1175].

El aumento de las 10 plazas de FT producidas como consecuencia del brote de Legionella ocurrido en Murcia en el año 2001, unido a la nueva jornada de trabajo a tiempo completo con dedicación exclusiva de la totalidad de sus miembros (29 plazas), propició que durante este período se fuera produciendo un fuerte desarrollo de su carrera profesional a través de una reasignación de funciones acorde con su formación profesional y la adquisición a la postre, de unas nuevas competencias creadas como consecuencia de las nuevas necesidades sanitarias de la sociedad.

[1174] La selección entre realizar funciones de Seguridad Alimentaria y de Sanidad Ambiental se decidió entre los propios farmacéuticos titulares de cada Área en función de su antigüedad. En base a ello, la plaza se asignaba a un Servicio u a otro.

[1175] Este Cuerpo era el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia; compuesto por 5 plazas, todas ellas situadas en Murcia y cuyo ámbito territorial era la propia Comunidad Autónoma.

El ámbito de actuación territorial de los FT también se amplió enormemente, pasando de actuar solo en un Partido Farmacéutico (normalmente un Municipio), a actuar en una Zona de Salud y terminar finalmente actuando en una de las 6 Áreas de Salud[1176] en las que se encontraba estructurada la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Murcia[1177].

Las principales funciones que en general realizaron los farmacéuticos titulares en sus respectivas Áreas de Salud relacionadas con la salud pública fueron:

- En materia alimentaria, se correspondieron con las actividades que podían contribuir a la vigilancia, evaluación y control de riesgos en materia alimentaria como: la inspección y control oficial en la producción y comercialización de alimentos de origen no animal como: alimentos enriquecidos, estimulantes y derivados, edulcorantes naturales y derivados, bebidas alcohólicas y refrescantes, agua de bebida envasada, complementos alimenticios, condimentos y especias, aditivos, aromas y coadyuvantes tecnológicos , alimentos dietéticos, frutas, verduras y hortalizas, grasas comestibles, harinas y derivados, nuevos alimentos e ingredientes, etc…; materiales en contacto con alimentos; productos para limpieza y desinfección (detergentes y limpiadores) y productos para la desinsectación y desratización usados en el ámbitos de la industria alimentaria; inspección y control de los requisitos técnico-higiénico sanitarios de los establecimientos y/o industrias de producción, transformación, almacenamiento, transporte y comercialización de los productos anteriores; inspección y control de las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos dedicados a venta de alimentos al consumidor final (grandes

[1176] La ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº 176 de 04/08/1994) supuso una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia, con la separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y la segunda al Servicio Murciano de Salud, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra.

[1177] A pesar de que los Ayuntamientos, de acuerdo al artículo 7 de la Ley 4/1994, de Salud de la Región de Murcia, tenían las competencias en sus respectivos ámbitos territoriales del control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica y acústica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales y residuos urbanos e industriales; del control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones y del control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como de los medios de transporte; los Ayuntamientos recabaron del apoyo técnico del personal y medios de los servicios de salud que existían en las áreas de salud (farmacéuticos y veterinarios de la Comunidad Autónoma) en cuya demarcación territorial estaban comprendidos, para el desarrollo de las funciones sanitarias que le eran propias. Únicamente los Municipios de Murcia, Cartagena, Molina de Segura y Las Torres de Cotillas dispusieron de inspectores de sanidad municipales para ejercer algunas de dichas competencias. En el año 2015, y con motivo de la crisis económica, dichas funciones pasaron a ser ejercidas por la Comunidad Autónoma con objeto de evitar la ejecución de las competencias duplicadas.

superficies, supermercados, plazas de abasto y tiendas de comestibles…), restauración (bares y restaurantes…) y venta fuera de establecimientos comerciales permanentes (puestos de churros, asaderos de pollos, mercadillos semanales…); inspección y control de los requisitos técnico-higiénico sanitarios de las empresas dedicadas al almacenamiento, conservación y transporte de productos alimenticios frigorífico y no frigorífico, inspección y control de las condiciones higiénico-sanitarias de los comedores de establecimientos de especial riesgo sanitario como guarderías, colegios, residencias de ancianos, hospitales, caterings y salones de celebraciones, investigación de intoxicaciones alimentarias (ETAs); vigilancia y control de contaminantes químicos en alimentos (plaguicidas, metales pesados, micotoxinas, nitratos, PCBs,…..), residuos y Organismos modificados genéticamente (OMGs) y el control del cumplimiento de la Ley 6/1997[1178] en referencia al alcohol y tabaco, entre otros[1179].

- En materia de la Sanidad Ambiental, las principales funciones que en general realizaban los farmacéuticos titulares en sus Áreas de Salud iban a estar relacionadas con aquellas actividades que podían contribuir a la vigilancia, evaluación y control de riesgos ambientales que pudiesen afectar a la salud de la población, principalmente en referencia al uso del agua (de consumo público, residuales urbanas e industriales, de baño, legionella,…), de los productos químicos y sustancias peligrosas, residuos hospitalarios, radiaciones no ionizantes, etc…En concreto, las actuaciones llevadas a cabo por los FT en esta materia consistieron en: garantizar la calidad higiénico sanitaria de las redes de distribución de aguas para consumo humano; control de abastecimientos de aguas para consumo humano, tanto subterráneos como superficiales; control del cumplimiento de la Reglamentación Técnico Sanitaria de aguas de bebida envasadas, en cuanto a la declaración de agua de manantial y/o mineral natural; el control higiénico-sanitario de los manantiales cuyas aguas se envasan; el control higiénico-sanitario de las cisternas de agua para consumo humano; controlar y vigilar la calidad de las aguas y zonas de baño, tanto fluviales como marinas; controlar y vigilar las condiciones higiénico sanitarias y de calidad de agua de las piscinas de uso colectivo, tanto climatizadas como

[1178] Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre "Drogas, para la Prevención, Asistencia e Integración Social'. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº262 de 12/11/1997.
[1179] De Murcia, Región: *Memorias de la Consejería de Sanidad*. Años 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006.

descubiertas; informar de los proyectos de construcción, reforma o ampliación de piscinas de uso público, controlar el cumplimiento del reglamento de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, controlar las condiciones higiénico-sanitarias, desde el punto de vista de la sanidad ambiental, de las explotaciones ganaderas; estudiar y controlar el estado higiénico-sanitario de los balnearios, baños termales, establecimientos de lodoterapia y talasoterapia; garantizar las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos de temporada y campamentos de turismo, controlar el cumplimiento de la Reglamentación Técnico Sanitaria de Plaguicidas y la realización de cursos dirigidos a aplicadores de plaguicidas, asesorar a los Ayuntamientos en materia de lucha contra las zoonosis; el control de los plaguicidas y los productos químicos utilizados en la Región de Murcia, revisar las infraestructuras de los depósitos de agua apta para consumo humano, Estaciones de Tratamiento de Aguas Potables (ETAP) e Instalaciones Desaladoras de Aguas de Mar (IDAM), informar de los proyectos de construcción, reforma o ampliación de captaciones, ETAP, IDAM, conducciones, depósitos y redes de distribución de agua apta para consumo humano; control higiénico sanitario de gimnasios, jacuzzis y saunas; control higiénico sanitario de instalaciones con riesgo de propagar legionelosis, tanto en el ámbito comunitario como en el hospitalario; vigilancia y control de programas de mantenimiento para la prevención y control de la legionelosis en potabilizadoras, depósitos y redes de distribución municipales; control de la calidad sanitaria de las aguas residuales depuradas reutilizadas para riego; control de los establecimientos con equipos de bronceado artificial; la vigilancia y control de la gestión de los residuos sanitarios y el control del cumplimiento de los requisitos mínimos exigibles a los residuos sanitarios producidos en hospitales, centros de salud y laboratorios de análisis clínicos y la vigilancia, inspección y control del cumplimiento del Reglamento (CE) 1907/2006 relativo al registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias y mezclas químicas (REACH) y la vigilancia, inspección y control del cumplimiento de la normativa sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas químicas, en lo relativo a la protección de la salud humana, así como el control sanitario de las sustancias y mezclas químicas, especialmente sustancias para el tratamiento del agua destinada a la producción de agua de consumo humano,

productos químicos utilizados para el tratamiento del agua del vaso de piscina, lejías, detergentes y limpiadores, entre otros.[1180]

- En materia de Uso Racional del Medicamento, las funciones que en general realizaron los farmacéuticos titulares en sus Áreas de Salud se limitaron a la realización de inspecciones en el funcionamiento de las Oficinas de Farmacia a fin de comprobar la adecuación del local y el cumplimiento de los requisitos exigidos por la legislación farmacéutica de la Comunidad Autónoma y la colaboración con el programa de alertas y Farmacovigilancia.

A todas estas funciones habría que añadir las actividades de formación e investigación que realizaban, las actividades de información, formación y educación para la salud en las que participaban y aquellas otras que, como autoridad sanitaria competente, tomaban los FT en relación a las tres materias anteriores como eran: la toma de muestra oficial de todo tipo de productos[1181], las suspensiones cautelares de actividad, las inmovilizaciones cautelares de productos para la propuesta de decomiso y destrucción de la mercancía y las propuestas de expedientes sancionadores por infracciones en materia sanitaria.

La "Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia" (A.I.S.)[1182]

Los años 2004 y 2005 fueron años especialmente reivindicativos para el colectivo de inspectores sanitarios de salud pública (farmacéuticos y veterinarios). Así, durante el año 2004, un grupo de inspectores sanitarios del Área de Salud I, encabezados por el farmacéutico Jaime Martínez Uceda y por la veterinaria Trinidad Martínez Martínez, apoyados por los Jefes de Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis y de Sanidad Ambiental, comenzaron a moverse para reivindicar una serie mejoras de la profesión tanto en los aspectos profesionales como económicos, las cuales fueron continuamente rechazadas.

[1180] De Murcia, Región: *Memorias de la Consejería de Sanidad*. Años 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006.

[1181] Las tomas de muestras oficiales se realizaban de acuerdo al artículo 15 del Real Decreto 1945/1983, de 22 de junio, por el que se regulan las infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y de la producción agro-alimentaria (*B.O.E*. nº 168 de 15/07/1983). Todavía hoy en día está vigente dicho Real Decreto.

[1182] Archivo documental de la Asociación de Inspectores Sanitarios de la Comunidad Autónoma Región de Murcia" (A.I.S.)

Fruto de este movimiento inicial, surgió la posibilidad de unión de todos los colectivos que ejercían las labores de inspección sanitaria en la Región de Murcia (farmacéuticos, veterinarios, médicos y enfermeros) a través de la creación una Asociación, la cual resultaría clave en la mejora retributiva y profesional del Cuerpo Farmacéutico Titular que tendría este colectivo posteriormente.

La "Asociación de Inspectores Sanitarios de la Comunidad Autónoma Región de Murcia" (A.I.S.) se constituyó en Asociación al amparo de la Ley Orgánica 11/1985 de 2 de agosto, de libertad sindical, el día 2 de marzo del año 2005, publicándose el anuncio de dicha organización profesional en el B.O.R.M. el 21 de marzo de 2005:

Consejería de Trabajo y Política Social

3960 Anuncio de organización profesional: Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia (AIS).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley Orgánica 11/85, de 2 de agosto, y artículo 4 del Real Decreto 873/77, de 22 de abril, este Organismo ha acordado la inserción en el «Boletín Oficial de la Región de Murcia» del anuncio relativo a la organización profesional profesional denominada: Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia (AIS).

Dicha organización depositó sus estatutos en este Organismo a las doce horas del día 21 de marzo con el número de expediente 30/1406, cuyo ámbito territorial y profesional es: Regional de Trabajadores.

Firman el acta de constitución de esta organización profesional: Don Jaime Luis Martínez Uceda y otros.

Murcia, 21 de marzo de 2005.—El Subdirector General de Trabajo, **Pedro Juan González Serna.**

Fuente: Boletín Oficial de la Región de Murcia nº82 de 12/04/2005

En dicha Asociación actuó como Presidente-Fundador: Jaime Martínez Uceda, como Vicepresidente: Trinidad Martínez Martínez y como Secretario Clemente Cano Martínez, siendo el logo utilizado:

Figura 12: Logo de la A.I.S.

Aunque inicialmente la inclusión en la A.I.S. estaba abierta a todos aquellos profesionales sanitarios que ejercían labores de inspección sanitaria, finalmente solo estuvo integrada por el colectivo farmacéutico y veterinario puesto que el colectivo médico rehusó a integrarse en la misma por tener ya una Asociación a nivel nacional.

El principal objetivo de la A.I.S. fue promover el desarrollo técnico, científico y social de sus miembros y velar por la estricta observancia de las normas deontológicas, utilizando para el cumplimiento de sus fines la posibilidad de organizar y convocar cursos, congresos, seminarios, reuniones y otras actividades, así como difundir publicaciones, dentro del campo de las funciones de sus socios, con libertad de tiempo, lugar y personas[1183].

Para llevar a cabo dichos objetivos, la A.I.S. trató de mejorar al colectivo en cuanto a bajos niveles y complementos específicos, compensaciones horarias, guardias, nocturnidades, medios personales y laborales, promoción interna, unificación de Cuerpos..., buscando también desarrollar otros tantos objetivos como: Establecer contactos con otras Asociaciones, Colegios Profesionales, Universidades, Sindicatos, Fundaciones.... ; supervisar y proponer la modificación y actualización de los temarios de oposiciones para el ingreso de los Cuerpos de Farmacéuticos Titulares, Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción: Veterinarios y Farmacéuticos, así como la modificación en la baremación de sus méritos; tramitar Posters, comunicaciones, publicaciones... a congresos, revistas,... ; solicitar cursos específicos para la inspección sanitaria a la Escuela de Administración Pública, Fundación para la Formación Continuada, etc... Finalmente

[1183] Estatutos de la Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia (A.I.S.).

su labor se limitó fundamentalmente a la reivindicación de los derechos de dicho colectivo por la falta de implicación de sus miembros para el resto de objetivos[1184].

Una vez creada la A.I.S., se empezaron a tramitar las primeras propuestas iniciales de mejora del colectivo: 1) La creación de un único Cuerpo de inspectores sanitarios de la Región de Murcia, desarrollando un Decreto de estructura y funciones del mismo; 2) La equiparación de los niveles asignados al complemento de destino y la subida y equiparación del complemento específico con los otros Cuerpos de la Región de Murcia que desarrollaban funciones de inspección; 3) La unificación del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia y Cuerpo Facultativo Farmacéuticos Titulares, en razón de las funciones que tenían atribuidas en un único Cuerpo; 4) La regulación de los servicios intempestivos y el establecimiento un Sistema de Guardias Localizadas, con su correspondiente adecuación monetaria y disposición de teléfono móvil; 5) La regulación de las jornadas de nocturnidad, establecimiento como horario nocturno el comprendido entre las 22:00 horas de un día y las 8:00 horas del día siguiente; 6) La especialización de los cometidos a través cursos de formación (autonómicos, estatales e internacionales) y el establecimiento una formación continuada específica de acuerdo a las funciones desarrolladas; 7) La aplicación de las instrucciones de obligado cumplimiento en materia de prevención de riesgos laborales y 8) La mejora de los espacios de trabajo, dotación de material, equipamiento individual y dotación de recursos; entre otras muchas.

Viendo que después de 3 reuniones con la Excelentísima Sra. Consejera de Sanidad, 5 reuniones con el Ilustrísimo Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y otras tantas reuniones de manera informal, 3 reuniones con el Director General de Salud Pública y otras tantas reuniones con cargos tanto de la Consejería de Sanidad como de la Dirección General de la Función Pública, no fructificaban las reivindicaciones, se procedió a partir del 30 de noviembre de 2005 a establecer medidas de presión que comenzarían con una manifestación ese mismo día en la puerta principal de la Consejería de Sanidad y Consumo:

[1184] La A.I.S. también participaría en la defensa de sus socios ante la Dirección General de la Función Pública, llevó la iniciativa para la modificación de los temarios para el acceso a las pruebas selectivas para el acceso al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, propuso a la Consejera la incorporación de nuevas tecnologías a los servicios de inspección, …

Figura 13: Fotografía de la manifestación del colectivo de inspectores sanitarios de la Región de Murcia en la puerta de la Consejería de Sanidad **(Fuente**: 20 minutos: Fotografía de Fran Manzanera)[1185]

para continuar con otra manifestación el día 13 de diciembre de 2005 y una convocatoria de huelga a partir del día siguiente.

Después de arduas negociaciones, se celebró una reunión de la Mesa Sectorial de Administración y Servicios el viernes 2 de Diciembre de 2005 en la que se firmaría un acuerdo entre los miembros representantes de la Función Pública y los cuatro sindicatos (CEMSATSE, FSP-UGT, CCOO y CSI-CSIF) a través del cual, Función Pública adquiría el compromiso por escrito de modificar la RPT antes del 30 de Junio de 2006, aumentando los niveles del complemento de destino a un nivel 24 y los correspondientes complementos específicos, con una retroactividad a fecha de 1 de enero de 2006. A raíz de ello, la A.I.S. acordó en fecha de 13 de diciembre la paralización de todas las actividades reivindicativas[1186].

Los siguientes **años 2006 y 2007** fueron años de recogida de "frutos", consecuencia de la unión, por primera vez, de los colectivos farmacéuticos y veterinarios de Salud Pública en defensa de unos intereses comunes a través de la asociación A.I.S.

[1185] Noticia de la Redacción: 100 inspectores de Salud harán huelga si no les suben el sueldo. 20 minutos 2005 diciembre 1. Disponible en: http://www.20minutos.es/noticia/70682/0/inspectores/Salud/huelga/#xtor=AD-15&xts=467263

[1186] El 11 de abril de 2007, el Presidente de la asociación A.I.S. dejaría la misma una vez conseguidos todas las reivindicaciones inicialmente marcadas, dejando pendientes los proyectos iniciados por él relativos a las Propuestas de desayuno saludable a escolares, de elaboración de borrador de Decreto de inspectores sanitarios, de un programa de televisión para potenciar la divulgación de las funciones de la inspección sanitaria y de una propuesta de carrera profesional. Tomó el cargo de forma suplente Trinidad Martínez Martínez hasta las nuevas elecciones, de las cuales resultó propuesto Francisco Gómez Zapata como Presidente. A partir de esa fecha, la Asociación A.I.S. ha permanecido inactiva hasta la actualidad.

Los "frutos" para el colectivo Farmacéutico Titular vinieron consecuencia de una modificación de sus plazas a través de un aumento de su nivel de complemento de destino "22" a un nivel "24"; un aumento de sus retribuciones de unos 6000 euros anuales totales a través del aumento de su complemento específico a 9379,879 euros anuales y del aumento de su productividad fija a 273,37 euros mensuales, a lo que hubo que añadir la perseguida unificación de los dos Cuerpos Farmacéuticos de la Administración Regional, abriéndose así la posibilidad de poder concursar[1187] en todos los procesos selectivos de concursos de méritos, tanto a las plazas situadas en el Servicio de Atención y Ordenación Farmacéutica, como al resto de plazas abiertas de los Cuerpos Facultativos Superiores, incluyéndose también las plazas pertenecientes a la Escala Superior de Salud Pública.

Estas modificaciones se llevaron a cabo a través de:

- El aumento de nivel y las cuantías del complemento específico y productividad, a partir de la ratificación, por el Consejo de Gobierno y a propuesta de la Consejera de Economía y Hacienda, del Acuerdo[1188] alcanzado en la reunión de la Mesa Sectorial de Administración y Servicios de fecha 26 de julio de 2006 y a modificar, en consecuencia, el Anexo IV.2 del Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 20 de enero de 2006, sobre retribuciones del personal al servicio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el año 2006, con el objeto de incluir en el mismo al personal farmacéutico.

[1187] De acuerdo al Decreto Legislativo 1/2000, de 15 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Pública de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº85 de 12/04/2001), al Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos titulares no lo llegaron a integrar dentro de los Cuerpos Superiores Facultativos ni tampoco lo incorporaron en la Escala Superior de Salud Pública, hecho que provocó el tener el acceso limitado a todas las plazas abiertas a estos Grupos o Escala. De esta forma, un farmacéutico titular tenía limitada toda su carrera administrativa prácticamente a las plazas de Coordinadores de inspección de Salud Pública y a alguna plaza de Técnico de salud pública, todas ellas ya ocupadas en propiedad por personal veterinario. En la práctica, no tendrían carrera administrativa.

[1188] Resolución de 7 de noviembre de 2006, del Secretario General de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se dispone la publicación en "el Boletín Oficial de la Región de Murcia" del Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 27 de octubre de 2006, por el que se modifica el Anexo IV.2 del Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 20 de enero de 2006, sobre retribuciones del personal al servicio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el año 2006. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 278 de 01/12/2006.

- La **integración de los dos Cuerpos Farmacéuticos de la Administración Regional**, se realizó a través de la publicación en el B.O.R.M. de la disposición transitoria tercera de Ley 12/2006[1189], por la que se modificaba la Ley de Ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Pública de la Región de Murcia cuyo Texto Refundido fue aprobado por Decreto Legislativo 1/2000, de 15 de diciembre, integración en el Cuerpo Superior Facultativo, opción Farmacia y modificación de la Relación de Puestos de Trabajo. En dicha disposición, cuya entrada en vigor sería el día 1 de enero de 2007, se estableció que:

> *"1. **Se suprime el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares**, procediéndose a realizar las siguientes adaptaciones en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación de Cuerpos y Escalas:*
> *-Se suprime en el artículo 1 dentro del apartado l) Grupo A, el núm. 6.*
> *-Se suprime en el artículo 3 la referencia Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos: Título de licenciado en Farmacia.*
> *-Se suprime en el artículo 4 el núm. 6, procediendo a la reordenación de los números siguientes.*
> *2. Se faculta al Consejero competente en materia de Función Pública para la integración de aquellos funcionarios públicos que pertenezcan al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en el Cuerpo Superior Facultativo, escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia.*
> *3. Se procederá, sin más trámites, por el Consejero competente en materia de Función Pública a realizar las correspondientes modificaciones en la Relación de Puestos de Trabajo."*

Esta fue la forma más sencilla usada por la Administración Regional para llevar a cabo este proceso de unificación de los Cuerpos de Farmacia, al integrar el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en el otro Cuerpo de Farmacia ya creado y que poseía todas las características perseguidas: que fuese un Cuerpo Superior Facultativo y que perteneciese a la Escala Superior de Salud Pública. De llevarlo a cabo de otra forma, se hubiese tenido que crear otro Cuerpo completamente nuevo que hubiese conllevado una ralentización de todo el proceso integrador.

La consecuencia de todo este proceso fue la desaparición del término "farmacéutico titular" y la derogación del Decreto 34/1995, de 12 de mayo que los regulaba. Las plazas siguieron diferenciadas como "farmacéuticos de salud pública" y "farmacéuticos".

[1189] Ley 12/2006, de 27 de diciembre sobre Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social para el año 2007. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 300 de 30/12/2006, Suplemento nº8.

3.2.6. EL CUERPO DE FARMACEÚTICOS TITULARES (*)[1190] EN LA ACTUALIDAD (2007-2015)

Una vez producida la supresión del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares el día 1 de enero de 2007, se produjo la correspondiente integración de los funcionarios que se encontraban adscritos a dicho Cuerpo, tanto de los funcionarios de carrera[1191] como de los funcionarios interinos, en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia (Código AFS42). Este proceso se llevó a cabo a través de la Orden de 26 de enero de 2007[1192], la cual conllevó también a una modificación de los respectivos puestos de trabajo manteniendo el mismo carácter que poseían[1193].

Integradas ya las plazas, el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia, pasaría a estar formado por 34 plazas, todas ellas dispuestas en la Consejería de Sanidad, 29 plazas denominadas "Farmacéutico de Salud Pública" (código FM000-) adscritas a la Dirección General de Salud pública y las 5 restantes denominadas "Farmacéutico" (Código FB000-) adscritas a la Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica.

[1190] (*) Aunque en este período el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares fue suprimido, se va a seguir utilizando el término "farmacéutico titular" para referirse a los farmacéuticos integrados en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia, siguiendo así el hilo conductor de este trabajo.

[1191] Según el Anexo I e la Orden de 26 de enero de 2007, la relación de funcionarios de carrera pertenecientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares que se integran en la Opción Farmacia del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública son: María Teresa Andreu Sánchez, Ana Mª Dolores Bernal Pascual, Claudio Buenestado Castillo, María Ángeles Carlos Chillerón, Alfonso Pablo Cerón García, Mª del Carmen Font Ruíz, Mª Josefa García Zarco, Dolores Gómez Castelló, Mª José Herrera Díaz, Ana María Jiménez Rodríguez, Rosa López Casares, Jaime Luis Martínez Uceda, Eva Mª Muelas Mateo, Mª José Peñalver Jara, Mª Josefa Pérez Armengol, Ana Teresa Pérez Varona, Emilio Rodríguez Gutiérrez, Josefa Rodríguez Tortosa, Clara Mª Rueda Maza, Pedro Francisco Sánchez López, Amparo Santolaria Brun, José Sanz Navarro, María Saquero Martínez, Mª Carmen Seemann Fries, Mª Constanza Soriano Cano, Pedro Úbeda Ruiz y Mª Esperanza Urrios de Porras.

[1192] Orden de 26 de enero de 2007 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se integra en la Opción Farmacia del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública a los funcionarios pertenecientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, se modifica la relación de puestos de trabajo y se asigna el correspondiente puesto de trabajo. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 55 de 05/03/2007.

[1193] Producida la integración de los dos Cuerpos farmacéuticos de la Administración Regional, también se produjo la integración de las dos listas de espera procedentes de las pruebas selectivas de acceso libre y de medidas excepcionales de estabilidad en el empleo público del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia de la Administración Regional, a través de la resolución de 6 de junio de 2008, de la Dirección General de Empleo Público, resultando una única lista de espera, entrando en vigor a través de la Orden de 17 de junio de 2008.

A estas plazas hubo que sumar dos plazas más de "Farmacéutico" creadas ese mismo año 2007[1194] y otra más de "Farmacéutico de Salud Pública" creada en el año 2008[1195], por lo que el Cuerpo de Farmacéuticos pasó a estar compuesto finalmente por 37 inspectores farmacéuticos de sanidad.

A pesar de esta integración, seguían existiendo diferencias entre unas plazas y otras, de tal forma que las plazas de Farmacéutico en comparación con las de Salud Pública disponían de un menor complemento específico y de una jornada laboral ordinaria. Para corregir esta divergencia y aprovechando el acuerdo[1196]suscrito en el año 2009 entre los representantes de la Administración Regional y los de las organizaciones sindicales sobre la homologación retributiva de los funcionarios de la Administración Regional con el Servicio Murciano de Salud, se incrementaron con efectos 1 de enero de 2009, las cuantías del complemento específico en doce catorceavas partes del 30 por 100 de las cuantías resultantes del proceso de homologación retributiva con el Servicio Murciano de Salud tanto de las plazas de "Farmacéutico de salud pública", que pasaron de un complemento específico de 9379,88 a 10415,04 euros anuales, como de las plazas de "farmacéutico", que pasaron de 6388,06 a 8601,72 euros anuales[1197].

El resto de la homologación, que se hubiera llevado a cabo posteriormente y que hubiera supuesto la igualdad de complementos específicos entre los dos tipos plazas, quedó paralizado por la crisis económica que empezó a azotar a España en el año 2008 y que provocó la adopción de una serie de medidas extraordinarias de

[1194] Las plazas FB00013 y FB00014 se crearon a través de la Orden de 30 de mayo de 2008, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 131 de 06/06/2008.

[1195] La plaza FM00031 se creó a través de la Orden de 3 de julio de 2008, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia (B.O.R.M. nº169 de 22/07/2008) para dar cumplimiento a la Ley 28/2005 de 26 de diciembre, sobre medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (B.O.E. nº309 de 27/12/2005).

[1196] El Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 17 de abril de 2009 ratificó el acuerdo alcanzado, en fecha 18 de marzo de 2009, entre representantes de la Administración Regional y los de las organizaciones sindicales CC.OO., STERM-INTERSINDICAL, y F.S.P.-U.G.T., por el que se estableció un Nuevo Marco de Ejecución de los acuerdos suscritos en la Mesa Sectorial de Administración y Servicios sobre homologación retributiva con el Servicio Murciano de Salud y sobre reordenación retributiva del personal incluido en el acuerdo de 29 de diciembre de 2008, así como se determinó la aplicación del 1 por 100 de la masa salarial correspondiente al ejercicio 2008.

[1197] Orden de 4 de mayo de 2009, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº106, de 11/05/2009.

diversa naturaleza a través de la Ley 5/2010[1198], dirigidas a propiciar la reducción del déficit público de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, materializando así el compromiso adquirido con el Gobierno de la Nación en tal sentido. Entre ellas se encontraba, el artículo 13 referente a dicho Acuerdo de homologación retributiva con el Servicio Murciano de Salud: "*Con efectos de 1 de marzo de 2011, los empleados públicos pertenecientes al ámbito de la Mesa Sectorial de Administración y Servicios percibirán el 85% de las cuantías resultantes del proceso de homologación retributiva con el personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, que se acordaron por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y las organizaciones sindicales en la Mesa Sectorial de Administración y Servicios de 3 de marzo de 2008*", dejando el restante 15% para cuando la situación económica de la Comunidad Autónoma mejorase.

Otra medida, consecuencia de la crisis económica y de la necesidad de adoptar medidas de contención en los gastos del personal de la Administración Pública y que afectaría posteriormente al personal del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares*, fue la obligatoriedad de jubilación del personal funcionario a la edad de 65 años y posterior amortización de la plaza que ocupase[1199]. Consecuencia de ello y hasta la actualidad, se han producido cuatro jubilaciones forzosas (Clara María Rueda Maza, Emilio Laorden Niñez, Juana Díaz Rodríguez y José Sanz Navarro), con las consiguientes amortizaciones de las plazas FB00006, FM00004, FM00013 y FM00027[1200].

[1198] Ley 5/2010, de 27 de diciembre, de medidas extraordinarias para la sostenibilidad de las finanzas públicas (*B.O.R.M.* nº301 de 31/12/2010), modificada por la Ley 1/2011, de 24 de febrero (*B.O.R.M.* nº48 de 28/02/2011).

[1199] A pesar de que tanto Clara María Rueda Maza como José Sanz Navarro ocuparan puestos de Técnico de Gestión (TC00358) y Técnico Responsable en Materia de Aguas (TO00120) respectivamente, las plazas que se decidieron amortizar correspondieron a plazas base o de primer destino pertenecientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares(*), al ser plazas peor dotadas económicamente.

[1200] Las supresiones de dichas plazas se realizaron a través de la Orden de 14 de septiembre de 2006, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº224 de 27/09/2006); la Orden de 26 de octubre de 2012, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se modifica la relación de Puestos de Trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº253 de 31/10/2012) y la Orden de 25 de marzo de 2013, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº72 de 30/03/2013).

Producidas estas amortizaciones, las plazas base del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares* ha quedado reducido actualmente únicamente a 33 plazas, las cuales están siendo ocupadas por 24 funcionarios de carrera (22 de ellos con la plaza en propiedad), 7 funcionarios interinos y 2 plazas que se encuentran vacantes. Su relación se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 22: Relación de los farmacéuticos que ocupan las plazas base del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	NOMBRE	ÁREA DE SALUD
FM00002	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ TORTOSA (FU)	I
FM00003	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	PEDRO FRANCISCO SÁNCHEZ LÓPEZ (FU)	I
FM00005	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA LUISA SEVILLA BERNABEU (FU)	I
FM00006	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARIA SAQUERO MARTINEZ (FU)	I
FM00007	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	RICARDO MARTÍNEZ RUIZ (FI)	I
FM00008	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	EMILIO RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ (FU)	II
FM00009	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ANA MARÍA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ (FU)	II
FM00010	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA ROSA ROS BULLÓN (FU)	II
FM00011	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA DEL MAR ALONSO SALOM (FU)	II
FM00012	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ANA MARÍA ALEMÁN RUIZ (FI)	III
FM00014	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	VACANTE	IV
FM00015	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CARIDAD ORTEGA MONTALVÁN (FI)	IV
FM00016	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSEFA MARTÍNEZ CÁNOVAS (FI)	V
FM00017	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ANA MARÍA DOLORES BERNAL PASCUAL (FU)	VI
FM00018	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARIA TERESA ANDREU SÁNCHEZ (FU)	VI
FM00019	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA DEL CARMEN SEEMANN FRIES (FU)	VI
FM00020	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ALFONSO CERÓN GARCÍA (FU)	VI
FM00021	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CLAUDIO BUENESTADO CASTILLO (FU)	I
FM00022	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ROSARIO CONSUELO ASÍS SANDOVAL (FU)	I
FM00023	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CONSTANZA SORIANO CANO (FU)	I
FM00024	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ESPERANZA URRIOS DE PORRAS (FU)	II
FM00025	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSÉ PÉREZ ARMENGOL (FU)	II
FM00026	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA PILAR SANMARTIN BURRUEZO (FI)	III
FM00028	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	PABLO ANTONIO GÓMEZ GÓMEZ (FI)	IV
FM00029	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA DEL ROCÍO JIMÉNEZ ESTRÁN (FI)	V
FM00030	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	SERAFÍN MARTÍNEZ MUÑOZ (FU)	VI
FM00031	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA ROSELL GARCÍA IBORRA (FU)	I
FB00005	FARMACÉUTICO	MARÍA BRAGE TUÑÓN (FU)*	--
FB00009	FARMACÉUTICO	MARÍA PELIGROS HERNÁNDEZ MARÍN (FU)	--
FB00010	FARMACÉUTICO	VACANTE	--
FB00011	FARMACÉUTICO	JAIME MARTÍNEZ UCEDA (FU)	--
FB00013	FARMACÉUTICO	CARMEN FONT RUIZ (FU)	--
FB00014	FARMACÉUTICO	MARÍA ÁNGELES DE CARLOS CHILLERÓN (FU)*	--

(*) FUNCIONARIOS EN EXPECTATIVA DE DESTINO

Fuente: Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios. Consejería de Hacienda y Administración Pública: Listado de Personal de la C.A.R.M. a fecha de 09/10/2015. Elaboración propia.

Oposiciones para el ingreso al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares:

En este período de tiempo se han aprobado 2 ofertas de empleo público en la Comunidad Autónoma de Murcia correspondientes a los años 2013[1201] y 2014/2015[1202], de las cuales, en ninguna de ellas se han ofertado plazas de farmacéuticos titulares*.

A pesar de no haberse ofertado ninguna plaza, sí que se ha aprovechado para modificar el temario de oposición para las pruebas selectivas de ingreso en la Administración Pública Regional al Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia, tanto del programa de materias comunes, a través de la Orden de 23 de enero de 2001[1203], como del programa de materias específicas que se ajustó a lo dispuesto en la Orden de 5 de marzo de 1998[1204].

El programa de materias específicas ha sufrido una modificación muy significativa debido a los continuos cambios legislativos europeos, nacionales y regionales que se han ido produciendo últimamente y que han provocado la asunción de nuevas competencias por parte de los farmacéuticos titulares en el ámbito de su competencia profesional. Especialmente significativos han sido los cambios producidos en la parte relativa a la Farmacia, hecho que ha dado lugar a incluir en el temario oficial un porcentaje superior al 50% de los temas referidos a esta materia.

Así, a costa de reducir casi todos los temas de la parte general de la Salud Pública, algún tema de la parte de la Sanidad Ambiental (procesos de tratamiento y depuración de aguas y de depuración atmosférica) y alguno de la parte de la Higiene Alimentaria (contaminación biótica y abiótica de los alimentos), se han incorporado los nuevos temas en materia de Farmacia, fruto de las nuevas competencias asignadas a la Comunidad Autónoma. Entre ellos destacan los relativos a asegurar

[1201] Decreto n.º 12/2013, de 8 de febrero, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público y Promoción Interna del Personal de Administración y Servicios de la Administración Pública de la Región de Murcia correspondiente al año 2013. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº35, de 12/02/2013.

[1202]Decreto nº 14/2014, de 21 de marzo, por el que se aprueba la oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia correspondiente al año 2014. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº69, de 25/03/2014.

[1203] Orden de 23 de enero de 2001, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueban los ejercicios y programas comunes de las pruebas selectivas para el acceso a los Cuerpos Superior Facultativo, Técnico, de Técnicos Especialistas y de Técnicos Auxiliares. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº32 de 08/02/2001.

[1204] Orden de 7 de febrero 2014, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueba el programa de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en la Administración Pública Regional en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 37 de 14/02/2014. Véase **Apéndice 9.**

los procesos de producción y distribución de medicamentos, productos sanitarios, cosméticos, etc…: las Normas de Correcta Fabricación de medicamentos y principios activos, las Prácticas de Correcta Distribución, las Buenas Prácticas Clínicas, las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia, las Buenas Prácticas de Laboratorio, las Buenas Prácticas de Fabricación de Cosméticos y las Normas de Correcta Fabricación de Fórmulas Magistrales y Preparados Oficinales, entre otras. A ello también habría que añadir la clasificación y los aspectos generales de los distintos tipos de medicamentos, el seguimiento de la calidad de los medicamentos comercializados, la seguridad de los cosméticos y de los productos de higiene personal, el sistema de vigilancia de los productos sanitarios, la inclusión de medicamentos de terapia avanzada y la disponibilidad de los medicamentos en situaciones especiales.

La provisión en propiedad de las vacantes de farmacéuticos titulares:

En este periodo, la provisión con carácter definitivo de los puestos de trabajo de funcionarios se podría realizar a través de dos tipos de procedimientos, el concurso de méritos y la libre designación. Dentro del concurso de méritos, el nuevo Reglamento General de Provisión de Puestos de Trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia, introdujo un nuevo modelo a través del cual se configuraba en dos tipos diferenciados de concursos, uno general y otro específico[1205]. De éstos, el sistema de concurso general de méritos se constituyó como el sistema normal de provisión de puestos vacantes de farmacéuticos titulares por ser éstos puestos de primer destino.

[1205] De acuerdo al artículo 12 de la Orden de 7 de noviembre de 2007, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se aprueba el Reglamento General de Provisión de Puestos de Trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia (*B.O.R.M.* nº271 de 23/11/2007):
"*Mediante los concursos generales se proveerán los puestos de nivel de complemento de destino no superior al base de su grupo, los puestos de trabajo que, de conformidad con las relaciones de puestos de trabajo, tengan la consideración de primer destino y aquellos otros que se determinen en las bases generales que regulen los concursos de méritos. En estos concursos se valorarán aquellos méritos que, de conformidad con este Reglamento, tengan la consideración de generales y los cursos de formación y perfeccionamiento superados. 3.-*
Se proveerán a través de concursos específicos los puestos de trabajo de jefatura o asimilados, así como aquellos puestos de trabajo que, exigiendo la posesión de técnicas o responsabilidades especiales, se determinen en las correspondientes bases generales, valorándose en los mismos tanto los méritos generales como los complementarios establecidos en el artículo 12 de este Reglamento".

Los méritos que se valoraban para la provisión de dichos puestos base o de primer destino seguían siendo la posesión del grado personal, la antigüedad en las Administraciones Públicas, el trabajo desarrollado adecuado a las características del puesto ofertado, los cursos de formación y perfeccionamiento y las titulaciones académicas.

Desde el año 2007 hasta la fecha, se han llevado a cabo 2 convocatorias específicas de provisión de puestos de trabajo en propiedad que incluyesen plazas vacantes de farmacéuticos titulares, una en el año 2008 y la otra en el 2014.

En relación al concurso de méritos del año 2008, la oferta se convocó mediante la Orden de 29 de octubre de 2008[1206], la cual se rigió por lo dispuesto en la normativa regional a través de la Orden de 14 de febrero de 2008[1207], ofertándose un total de 9 plazas, 5 plazas de "Farmacéutico de Salud Pública" y 4 plazas de "Farmacéutico"[1208].

El resultado final de dicho concurso de méritos, incluyendo el turno de resultas fue:

[1206] Orden de 29 de octubre de 2008, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se convoca concurso de méritos general, concurso de méritos específico y turno de resultas para la provisión de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº256 de 04/11/2008.

[1207] Orden de 14 de febrero de 2008, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se aprueban las Bases Generales que han de regir las convocatorias para la provisión de puestos de trabajo de la Administración Regional por el sistema de Concurso de Méritos. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº43 de 20/02/2008.

[1208] La Relación de las 5 plazas vacantes de "farmacéuticos de salud pública" ofertadas a los funcionarios del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia (AFS0042) se distribuyeron de la siguiente forma: 1 plazas en el Área de Salud I (FM00031); 2 plazas en el Área de Salud III (FM0026 y FM0027) y 2 plazas en el Área de Salud V (FM0016 y FM0029); todas estas plazas estarían dotadas de un nivel 24, un complemento específico de 8.090,40 euros anuales y una jornada de especial dedicación. La Relación de las 4 plazas vacantes de "farmacéutico" ofertadas fueron FB0005, FB00011, FB00013 y FB00014; todas estas plazas estarían dotadas de un nivel 24, un complemento específico de 3585,96 euros anuales y una jornada ordinaria.

Tabla 23: Relación de los aspirantes farmacéuticos que superación el concurso de méritos convocado mediante Orden de 29 de octubre de 2008.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO			
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN SANITARIA Y FARMACÉUTICA E INVESTIGACIÓN			
CÓDIGO	**DENOMINACIÓN**	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FB00005	FARMACÉUTICO	AMPARO I. SANTOLARIA BRUN	-
FB00006	FARMACÉUTICO	MARÍA ÁNGELES DE CARLOS CHILLERÓN	-
FB00011	FARMACÉUTICO	JAIME MARTINEZ UCEDA	-
FB00013	FARMACÉUTICO	MARÍA DEL CARMEN FONT RUIZ	-
FB00015	FARMACÉUTICO	ANA TERESA PÉREZ BARONA	-
FM00002	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JOSEFA RODRÍGUEZ TORTOSA	I
FM00003	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	PEDRO FCO. SÁNCHEZ LÓPEZ	I
FM00004	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	JORGE RIQUELME ARTAJONA	I
FM00005	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	PEDRO ÚBEDA RUIZ	I
FM00021	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	CLAUDIO BUENESTADO CASTILLO	I
FM00022	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA JOSÉ HERRERA DÍAZ	I
FM00031	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	EVA MUELAS MATEO	I

Fuente: Orden de 12 de febrero de 2010, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se resuelve con carácter definitivo el concurso de méritos general, concurso de méritos específico y turno de resultas para la provisión de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia, convocado por Orden de 29 de octubre de 2008, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº43 de 22/02/2010.Elaboración propia

En relación a la oferta de concurso de méritos convocado en el año 2014 mediante la Orden de 30 de septiembre de 2014[1209], se ofertaron para su provisión definitiva un total de 9 plazas de "Farmacéutico de Salud Pública"[1210], siendo el resultado final del concurso de méritos, incluyendo el turno de resultas, el siguiente:

[1209] Orden de 30 de septiembre de 2014, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convoca concurso de méritos general, concurso de méritos específico y turno de resultas para la provisión de puestos de trabajo correspondientes a determinadas escalas y opciones del Cuerpo Superior Facultativo y del Cuerpo Técnico de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº237 de 13/10/2014.

[1210] La Relación de las 9 plazas vacantes de "farmacéuticos de salud pública" ofertadas a los funcionarios del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia (AFS0042) se distribuyeron de la siguiente forma: 2 plazas en el Área de Salud II (FM00010 y FM00011); 1 plaza en el Área de Salud III (FM0012), 3 plazas en el Área de Salud IV (FM0014, FM0015 y FM0028); 2 plazas en el Área de Salud V (FM0016 y FM0029) y 1 plaza en el Área de Salud VI (FM00020). Todas estas plazas estarían dotadas de un nivel 24, un complemento específico de 12.210,10 euros anuales y una jornada de especial dedicación.

Tabla 24: Relación de los aspirantes farmacéuticos que superación el concurso de méritos convocado mediante Orden de 30 de septiembre de 2014.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL			
CENTRO DIRECTIVO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN SOCIOSANITARIA, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO			
CÓDIGO	**DENOMINACIÓN**	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**ÁREA DE SALUD**
FM00005	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA LUISA SEVILLA BERNABEU	I
FM00010	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA ROSA ROS BULLÓN	II
FM00011	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA DEL MAR ALONSO SALOM	II
FM00014	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ROSARIO CONSUELO ASÍS SANDOVAL	IV
FM00020	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	ALFONSO CERÓN GARCÍA	VI
FM00030	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	SERAFÍN MARTÍNEZ MUÑOZ	VI
FM00031	FARMACÉUTICO DE SALUD PÚBLICA	MARÍA ROSELL GARCÍA IBORRA	I
FB00009	FARMACÉUTICO	MARÍA PELIGROS HERNÁNDEZ MARÍN	-

Fuente: Orden de 8 de junio de 2015, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se resuelve con carácter definitivo el concurso de méritos general, concurso de méritos específico y turno de resultas para la provisión de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia, convocado por Orden de 30 de septiembre de 2014, de la Consejería de Economía y Hacienda. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº145 de 26/06/2015. Elaboración propia.

Funciones desarrolladas por los Farmacéuticos Titulares 2007-2015[1211]

Una vez integrados ya los dos Cuerpos farmacéuticos, los inspectores farmacéuticos del Cuerpo resultante Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia, desarrollaron sus actividades ya plenamente en los ámbitos de la Sanidad Ambiental, de la Higiene Alimentaria y de la Farmacia, de acuerdo al derogado Decreto 34/1995.

Las principales funciones que en general realizaron los farmacéuticos titulares en sus respectivas Áreas de Salud relacionadas con la salud pública fueron:

- En materia alimentaria, se correspondieron con las actividades que podían contribuir al control y vigilancia, inspección y análisis de carácter sanitario en relación con los alimentos, los productos alimentarios los productos químicos, biocidas y plaguicidas susceptibles de entrar en la cadena alimentaria humana. A las actividades desarrolladas por los inspectores farmacéuticos del Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis con anterioridad al año 2007 y descritas anteriormente, habría que añadir la supervisión de autocontroles en la industria alimentaria, el control de ingredientes tecnológicos en alimentos, el control de alérgenos y sustancias presentes en los alimentos que provocan intolerancias, la colaboración

[1211] De Murcia, Región: *Memorias de la Consejería de Sanidad*. Años 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 2013 y 2014.

para la valoración nutricional de los menús escolares, el control en la venta de alimentos hipercalórico en centros docentes no universitarios, inspección y control en establecimientos de tatuajes y piercings, control del cumplimento de la Ley 28/2005[1212] frente al tabaquismo, etc.

- En materia de la Sanidad Ambiental, las principales funciones que en general realizaban los farmacéuticos titulares en sus Áreas de Salud iban a estar relacionadas con aquellas actividades de investigación, vigilancia, inspección y análisis de carácter sanitario en relación con el control sanitario del medio ambiente donde se desenvuelve la vida humana; la investigación, vigilancia, inspección y análisis de carácter sanitario en materia de aguas de consumo humano, de baño, piscinas, balnearios, talasoterapia y administración de peloides, reutilización para riego de aguas residuales y prevención de la contaminación en el medio acuático, terrestre y aéreo por afectar o incidir en el ser humano y el control, inspección y prevención de la contaminación por residuos biosanitarios y radiaciones (no ionizantes). A las actividades realizadas por este Servicio con anterioridad al año 2007 y descritas anteriormente, habría que añadir el control higiénico-sanitario de Parques Acuáticos, la colaboración con el Servicio de Epidemiología en la gestión de brotes causados por agentes transmisibles por mosquitos y la colaboración con los Ayuntamientos en la vigilancia y el control del mosquito tigre asiático.

- En materia de Farmacia: las actuaciones llevadas a cabo por los inspectores farmacéuticos en esta materia consistieron en la inspección y control de oficias de farmacia, botiquines farmacéuticos, farmacias hospitalarias, depósitos de medicamentos y de los centros sociosanitarios, laboratorios fabricantes de medicamentos de uso humano y fabricantes de principios activos de medicamentos (APIs), inspección y control de las empresas dedicadas a la fabricación, distribución y venta de productos sanitarios, productos cosméticos, productos de higiene personal, biocidas de uso de higiene personal y en ambientes clínicos y quirúrgicos, inspección y control de empresas de distribución y venta de plantas medicinales (herboristerías y parafarmacias), inspección y control de almacenes mayoristas de distribución de medicamentos e inspección y control de establecimientos minoristas de medicamentos veterinarios, control de los depósitos de toxina botulínica, control del

[1212] Ley 28/2005 de 26 de diciembre, sobre medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado nº309 de 27/12/2005.

Libro Recetario Oficial y del Libro de Movimientos de estupefacientes, control e inspección de ensayos clínicos, control de establecimientos de fabricación de plasma enriquecido con factores de crecimiento (PRP), control de los medicamentos estupefacientes, psicótropos, anabolizantes y otros susceptibles de desvío para fines no terapéuticos, control de medicamentos ilegales y falsificados, inspección y control en la distribución y venta de medicamentos y productos sanitarios fuera del canal farmacéutico, acreditación de las empresas en buenas prácticas de fabricación de medicamentos, buenas prácticas de distribución de medicamentos y buenas prácticas de fabricación de productos cosméticos, etc.

A todas estas funciones habría que añadir las actividades de formación e investigación que realizaban, las actividades de información, formación y educación para la salud en las que participaban y aquellas otras que, como autoridad sanitaria competente, tomaban los FT en relación a las tres materias anteriores como eran: la toma de muestra oficial de todo tipo de productos, las suspensiones cautelares de actividad, las inmovilizaciones cautelares de productos para la propuesta de decomiso y destrucción de la mercancía y las propuestas de expedientes sancionadores por infracciones cometidas en materia sanitaria.

4. CONCLUSIONES

A tenor de la información procedente de la bibliografía consultada y considerando que está suficientemente documentada la evolución histórica, legal, funcional y social de los farmacéuticos titulares, tanto a nivel nacional como a nivel de la Comunidad Autónoma de Murcia tras el traspaso de las competencias sanitarias, se puede considerar extraer una conclusión general y un sinfín de conclusiones complementarias, así como realizar una reflexión de futuro sobre la figura de los “farmacéuticos titulares":

I) La **CONCLUSIÓN GENERAL** del trabajo de investigación desarrollado ha sido el poder acreditar documentalmente el papel protagonista que el colectivo de los farmacéuticos titulares ha desarrollado en la organización sanitaria local y autonómica durante los más de 160 años de existencia en el campo de la salud pública y los inestimables servicios sanitarios que han prestado a la sociedad en funciones tan diversas como: el suministro de medicamentos a la beneficencia y al Seguro Obligatorio de Enfermedad, la dirección de los procesos de desinfección, el asesoramiento científico en las juntas municipales de sanidad, la realización de los análisis clínicos, microbiológicos y bromatológicos realizados como químicos municipales y el control ejercido sobre el medio ambiente, la seguridad alimentaria y la farmacia como inspectores municipales de sanidad, así como un largo etcétera dependiendo de las necesidades sanitarias de cada Municipio y/o Comunidad Autónoma.

II) Las **CONCLUSIONES COMPLEMENTARIAS**, se van agrupan en dos bloques:

A. <u>A nivel nacional</u> (1854-1986)

1) Aunque el término de “farmacéuticos titulares” se remonta a la vieja costumbre que tenían las distintas ciudades, villas y lugares del Reino de España de contratar a los distintos facultativos de las clases médicas para procurar una asistencia benéfico-sanitaria a sus vecinos, el **origen** de los farmacéuticos titulares con funciones en salud pública data del año 1854, fruto de una estabilidad política

que favoreció sentar las bases de una organización sanitaria estable, momento en el cual se produjo la primera regulación normativa que incluiría dicha denominación.

2) Los farmacéuticos titulares, que "nacieron" con un **carácter** benéfico-sanitario orientados a ofrecer una asistencia farmacéutica a los menesterosos a nivel local y un asesoramiento sanitario a las autoridades locales en períodos de carácter epidémico, se vieron superados por la realidad social y política de la época. Esta asistencia se realizó a través de farmacéuticos con oficina de farmacia propia, los cuales simultanearon su actividad privada asistencial para las personas y familias acomodadas del lugar con otras actividades de carácter público, unas retribuidas, como el abastecimiento de medicamentos a los pobres del municipio (beneficencia) y otras no retribuidas, como el asesoramiento en temas de salubridad e higiene pública a las distintas juntas municipales de sanidad (salubridad pública), bien formando parte de ellas como vocales, bien como asesores externos de las mismas.

3) Con el paso de los años, las **funciones** desempeñadas por este colectivo se fueron ampliando de acuerdo a las necesidades de la sociedad y del propio desarrollo de la política sanitaria española. A sus competencias de suministro de medicamentos a la beneficencia y de asesoramiento científico al Municipio en temas sanitarios (incluyendo el análisis a sus vecinos de los abonos y tierras para mejorar los cultivos y controlar las plagas), se les fueron sumando aquellas otras competencias como químicos municipales (análisis químicos, bromatológicos, microbiológicos y clínicos del municipio a través de los laboratorios anejos a sus oficinas de farmacia) y como inspectores municipales de sanidad (inspección y el control sanitario de la salud pública de competencia farmacéutica en su partido farmacéutico en las ramas de la sanidad ambiental y la higiene alimentaria). Estos cambios en el desarrollo de sus funciones se observan perfectamente a través de las continuas modificaciones en el contenido de los temarios de oposición para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares.

4) La **contratación** de los farmacéuticos titulares se correspondió en un primer momento a la voluntariedad de determinados Ayuntamientos atendiendo a la idea filantrópica y caritativa de cuidar a los menesterosos. Posteriormente, a partir 1855,

fueron los poderes públicos los que pasaron a ocuparse de facilitar la asistencia farmacéutica a través de la beneficencia domiciliaria, correspondiendo a los propios municipios el nombramiento de los facultativos titulares a través de un contrato verificado (según el caso, abierto o cerrado) si bien, la vaguedad con la que se consignó la obligación de sostener a sus facultativos y de crearlos en los puntos donde fuesen necesarios, originó las reticencias de los alcaldes a su sostenimiento, hecho que se agravó por la difícil situación topográfica de muchos pueblos, la realidad social y la falta de recursos y precariedad en la que vivían debido a la situación económica de la mayoría de ellos. Entrado ya el siglo XX y después de multitud de intentos de regulación de estos profesionales a través de dispersos y heterogéneos Reglamentos y Reales Decretos, las plazas de titulares se fueron proveyendo a través de farmacéuticos inscritos en el Cuerpo de FT por un proceso de concurso de antigüedad, concurso de méritos o por oposición, desligándose finalmente su provisión de los Ayuntamientos y por ende de los caciques de los pueblos.

5) La regulación y clasificación en **partidos farmacéuticos** se produjo por primera vez en el año 1905, considerándose partido farmacéutico a todo Municipio o agrupación de Municipios que proveyese el sostenimiento de un farmacéutico titular, clasificándose los mismos en distintas categorías en función del número de habitantes, la densidad de la población y otras circunstancias a tener en cuenta. La cuantía mínima que por residencia y prestación de servicios sanitarios debía de consignarse como dotación de la titular por los Ayuntamientos de los pueblos se realizaba en función de dicha clasificación.

6) La mayor preocupación que tuvieron los farmacéuticos titulares desde que se creó su figura fue el retraso, cuando no la ausencia, del **cobro de sus haberes**. Aunque inicialmente se correspondiese con el impago de las igualas por parte de los vecinos, fueron los propios Ayuntamientos posteriormente los que incumplieron reiteradamente sus contratos en los conceptos del pago de los haberes por los servicios tanto benéficos como sanitarios prestados, así como de las deudas contraídas con ellos. Y ello, a pesar de que el Estado impusiese medidas legislativas (como consignar en sus presupuestos ordinarios las partidas precisas para atender la

ejecución de los servicios de Sanidad) y medidas coercitivas (como responsabilidades administrativas ante las autoridades civiles como eran los Gobernadores o frente a las autoridades judiciales) para cumplir con el pago. No fue hasta el año 1962 cuando se les garantizó el cobro de sus haberes al asumir el Estado la carga de las retribuciones de los servicios sanitarios municipales ajustándolas a las de los funcionarios del Estado. Sin embargo, esta asunción de haberes por parte del Estado tuvo consecuencias para Cuerpo de Titulares al condicionarlo a su vez a una revisión de sus plantillas, provocando que las plazas de titulares fuesen modificadas profundamente sobre la base de la amortización de numerosos puestos de trabajo.

7) El Cuerpo de Farmacéuticos titulares se creó en el año 1905, siendo la forma de **ingreso** la oposición, si bien, no fue hasta la constitución del "Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales" en el año 1935 cuando se llevara a la práctica este procedimiento que ha perdurado hasta las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. Anteriormente, el ingreso en el Cuerpo se realizaba por el hecho de haberse encargado permanentemente de los servicios de higiene y policía sanitaria, por haberse ocupado una titularidad municipal o por haber desempeñado el cargo de Farmacéutico titular. A partir del ingreso en el Cuerpo de FT, el farmacéutico podía optar a la provisión de las vacantes que se ofertaban en los distintos municipios.

8) Esta oposición al Cuerpo de FT, fue también la vía utilizada por muchos farmacéuticos para poder **abrir una oficina de farmacia**, ya que a partir del Decreto de 24 de enero de 1941, se implantó en España el modelo limitativo de regulación de establecimientos de farmacias en función del número de habitantes y distancia entre oficinas, con la excepcionalidad (también recogida en los Decretos de los años 1957, 1961 y 1978) de los Farmacéuticos titulares que, al ser nombrados en propiedad en los Partidos Farmacéuticos donde radicara el municipio, estaban reglamentariamente obligados a instalar la Oficina de Farmacia. Se perdía en ellos de esta manera cierta vocación a las funciones a desarrollar como titular.

9) El **proceso de transformación y consolidación** de la figura del farmacéutico titular como inspector farmacéutico de salud pública ha estado vinculado tanto a la evolución política y social, como al desarrollo de la Farmacia y la salud pública española. Durante todo este proceso, el Cuerpo sufrió las consecuencias de la poca representación que tuvo el colectivo farmacéutico a nivel Ministerial, lo que provocó que siempre fuesen los últimos en la consolidación de sus derechos respecto al resto de titulares.

Así, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, cuando continuamente parecía que se iba a publicar una disposición normativa para regular la difícil situación a la que estaban sometidos los sanitarios locales, principalmente por los intrusos, las igualas y la ineficaz vigilancia por parte de los Subdelegados de Sanidad, la continua inestabilidad política de la época y la falta de recursos económicos impidió su tramitación.

Posteriormente y a pesar de que a principios del siglo XX parecía que con la Instrucción de Sanidad y el Reglamento del Cuerpo de FT de 1905 se iba a regular finalmente al colectivo de los farmacéuticos titulares, el hecho de restringir al colectivo médico las labores inspectoras, excluyendo al resto de titulares, unido a la posterior instauración de los institutos de higiene en los municipios, provocaría una limitación de las funciones de los FT a prácticamente el suministro de medicamentos a la beneficencia y a la actividad privada de la oficina de farmacia.

No fue hasta el año 1930 cuando recuperaron otra vez la doble condición que tenían asignada desde la Instrucción de 1904, tanto benéfica (a través del despacho de medicamentos a los pobres) como sanitaria (a través de sus funciones como inspector municipal de sanidad), adquiriendo finalmente la condición de "autoridad sanitaria" en el ejercicio de sus funciones, incluyéndose además su labor de análisis químicos y biológicos en aquellos municipios que no tuviesen implantados los laboratorios municipales de sanidad. Sus funciones sanitarias se ampliaron a través del Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos municipales de 1935, el cual los consideró como funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Administración Local, se constituyó el "Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales" y se dotó finalmente al Cuerpo de escalafón propio en el año 1942.

Posteriormente, el Reglamento de 1953 los convertiría en funcionarios técnicos del Estado, dependientes del Ministerio de Gobernación, al servicio de la sanidad local, lo cual les garantizó el cobro de sus haberes y la independencia de sus funciones sanitarias y de beneficencia de los Ayuntamientos y por ende de los caciques de los pueblos, culminándose el proceso de transformación con el paso en el año 1963 a funcionarios técnicos de la Administración Civil del Estado al servicio de la Sanidad Local, asumiendo el Estado las retribuciones de los sanitarios locales.

10) En total, fueron más de 100 años los que tardó este colectivo en conseguir aquellas reivindicaciones que tan legítimamente reclamaron, como fueron: el aseguramiento del cobro de sus retribuciones, la inamovilidad en sus plazas, la adquisición de la condición de autoridad sanitaria, la doble condición benéfica-sanitaria y ser funcionarios del Estado al servicio de la sanidad local, desligándolos del poder de los caciques y alcaldes de los municipios.

11) A pesar de todas las adversidades a las que estuvieron sometidos los farmacéuticos titulares, a sus bajas retribuciones (compensadas por el Estado con la concesión del ejercicio privado en sus oficina de farmacia) y a su obligatoria permanencia en la población o partido farmacéutico donde prestaban su servicio (no podían ausentarse por más de 24 o 48 horas sin licencia concedida por la Autoridad competente), dicho colectivo no ha cesado en ningún momento en sus obligaciones, siendo estos hechos así compensados por el servicio sanitario público cumplido a favor de la sociedad.

B. <u>A nivel de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia</u> (1980-2015):

1. La dilación con la que se produjo el **proceso de reestructuración** de los servicios farmacéuticos en comparación con el resto de los Cuerpos de la Administración Regional de la Comunidad Autónoma de Murcia, supuso inicialmente un gran menoscabo en los intereses del Cuerpo de los farmacéuticos titulares a favor de otros colectivos de titulares, si bien, dicho colectivo ha sabido rehacerse y proyectarse profesionalmente ante la Administración Regional y ante la

sociedad, resultando finalmente un traspaso beneficioso para la sociedad y para el propio Cuerpo de farmacéuticos titulares.

1.1. "***Una dilación del proceso***" puesto que se necesitan 27 años para culminar el proceso de reestructuración de dicho colectivo; dividiéndose el mismo en cinco etapas claramente diferenciadas: La primera etapa (*1980-1983*), se correspondió con el traspaso de las competencias de carácter sanitario del Estado al Gobierno preautonómico (Consejo Regional de Murcia), poniéndose a disposición de la Comunidad Autónoma los medios personales y patrimoniales necesarios para llevarlas a cabo. Una vez aprobado el Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia en 1982, se traspasaron a la Comunidad de Murcia las 42 plazas de Farmacéuticos Titulares transferidos, los cuales tomaron posesión el día 1 de julio de 1983 en la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de Murcia, asumiendo la Comunidad Autónoma el pago íntegro de sus retribuciones. En la segunda etapa (*1983-1991*) se creó el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de la Comunidad Autónoma de Murcia, el 30 de diciembre de 1991, con el objetivo de integrar a todos los Farmacéuticos Titulares transferidos como Sanitarios Locales en la Función Pública Regional. En la tercera etapa *(1991-1997)* se publicaría en el año 1995 el Decreto de reestructuración de los servicios farmacéuticos, definiéndose las funciones que debían de prestar los farmacéuticos en tales Servicios, se fijó también su régimen jurídico y retributivo y se estableció por primera vez la incompatibilidad de éstos con la titularidad de la oficina de farmacia al no tener ya que dispensar los medicamentos para la beneficencia. La cuarta etapa *(1997-2007)* supuso la supresión de las 35 plazas de los "Farmacéuticos de Atención domiciliaria (A.P.D.)", su posterior convalidación de los puestos de trabajo y toma de posesión de las 19 nuevas plazas de los "Farmacéuticos de Salud Pública" y la unificación, en el año 2007, de los dos Cuerpos Farmacéuticos de la Administración Regional en un único Cuerpo: el "Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia", hecho que supuso la supresión del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares el 1 de enero de 2007. Por último, la quinta etapa *(2007-2015),* **s**e va a corresponder con el período de tiempo comprendido tras la integración de los funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala

Superior de Salud Pública, Opción Farmacia, tras la supresión del Cuerpo, hasta la actualidad.

1.2. "***Ha supuesto un gran menoscabo inicial para los intereses del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares***", porque el retraso de la publicación de su Decreto de reestructuración impidió la integración de estos funcionarios en los Cuerpos y Escalas de la Comunidad Autónoma, provocando que, junto con las Matronas Titulares, fuesen los únicos funcionarios de toda la Función Pública Regional que no apareciesen en la relación de personal funcionario de la Administración Regional a partir del año 1990. Al retraso de la publicación del Decreto de reestructuración (que no llegaría hasta el año 1995) se le sumó la tardanza en llevarse a cabo las convalidaciones de los puestos de farmacéuticos de salud pública (se tardó dos años más), lo que supuso para el colectivo la destrucción de casi la mitad de sus plazas (pasando de 35 a 19 las plazas de titulares) y la consecuente pérdida de influencia a favor de otros colectivos (veterinarios y médicos principalmente) que coparon todos los puestos intermedios y superiores, así como una limitación de sus funciones a prácticamente las referidas a la sanidad ambiental (control de aguas) al coincidir esta época con el desarrollo de la Seguridad Social y la creación de los laboratorios autonómicos de salud pública. Fue éste el período más irrelevante para el Cuerpo de farmacéuticos titulares.

1.3. ***"Los motivos del retraso en la normalización del Cuerpo"*** se debieron principalmente al desencuentro que existió entre la Administración Regional y los propios funcionarios farmacéuticos titulares que se encontraban en una situación de interinidad y que, apoyados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia, reclamaron la compatibilidad de la titularidad de las oficinas de farmacia con el ejercicio como funcionario de la Comunidad Autónoma. A pesar de la desinterés de la Administración Regional para culminar el proceso, el hecho de pretender que estos funcionarios tuviesen dedicación exclusiva con un horario de trabajo de 40 horas semanales para poder llevar a cabo las funciones encomendadas por su Decreto y no las limitaciones de tener que compaginar su horario con el de la actividad privada de oficina de farmacia incumpliendo su "presencia inexcusable durante la dispensación de medicamentos", motivó que se resolviera finalmente dicho conflicto con la

imposibilidad de simultanear ambas actividades, estableciéndose que los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares no pudiesen ser titulares de oficinas de farmacia. Para realizar el cálculo del número de farmacéuticos titulares que iban a ser necesarios tras la reestructuración, se tuvo en cuenta la crisis económica que atravesó la Región de Murcia, estableciéndose que no podía suponer un incremento del gasto el pago de los sueldos íntegros por el horario de dedicación completa de las 40 horas, por lo que se calculó el coste bruto de lo costaban las 35 plazas de los farmacéuticos titulares a tiempo parcial para convertirlas en plazas a tiempo completo, saliendo como resultado una reducción a 19 las plazas totales a mantener, conjugándose de esta forma las necesidades sanitarias de la población y la situación económica de la Región para realizar este cálculo.

1.4. ***"Han sabido rehacerse y proyectarse profesionalmente ante la Administración Regional y ante la sociedad posteriormente".*** Una vez convalidados los puestos de trabajo en el año 1997, los nuevos "Farmacéuticos de Salud Pública", con dedicación exclusiva, empezaron a adquirir las competencias asignadas en su Decreto de funciones: funciones de Sanidad Ambiental principalmente y en menor grado en seguridad alimentaria y en farmacia. Fue la llegada del año 2001 el que marcaría el devenir del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares de la Región de Murcia con la aparición en Murcia del mayor brote de legionelosis que se habría detectado hasta la fecha por su magnitud a nivel mundial y donde los farmacéuticos titulares tuvieron un papel decisivo en su detección y control. Tuvo que ocurrir una crisis sanitaria de estas características para que la Administración Regional se percatase de la necesidad de aumentar la insuficiente plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares dotándola de 10 plazas más. Además, se modificó la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, convirtiendo en Jefaturas de Servicio las Secciones de Sanidad Ambiental y Farmacia y que supondría un nuevo cambio en las funciones que tendrían que desarrollar los farmacéuticos titulares en cada Área de Salud. En este período se va a producir un fuerte desarrollo de su carrera profesional a través de una reasignación de funciones acorde con su formación profesional y la adquisición a la postre, de unas nuevas competencias creadas en función de las nuevas necesidades sanitarias de la sociedad.

1.5. "***El traspaso de estos funcionarios sanitarios con una dedicación exclusiva a las funciones de salud pública a la Comunidad Autónoma de Murcia ha sido beneficioso para la sociedad y para el propio Cuerpo de farmacéuticos titulares***":

1.5.1. Su **ámbito de actuación territorial** dentro de la Comunidad Autónoma se ha ido ampliando, pasando de adscribirse primeramente a un "Partido Farmacéutico", luego a una "Zona de Salud" para terminar adscribiéndose a una de las 9 "Áreas de Salud" en las que se divide sanitariamente la Región de Murcia.

1.5.2. Sus **haberes** como funcionarios y en dedicación exclusiva, puesto que han pasado de aplicárseles el régimen de los sanitarios locales cobrando únicamente las retribuciones en forma de sueldo base, grado de complemento de destino y trienios, a pasar a lo previsto en la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia en el año 1995, incluyéndoles en sus retribuciones los complementos asignados a sus plazas, además de las retribuciones que venían cobrando en forma de sueldo, grado y trienios. La irrupción de la *Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia* en el año 2005 resultó decisiva para conseguir una mejora sustancial de sus haberes acorde con el resto de personal inspector de la Comunidad Autónoma.

1.5.3. Las **funciones** que desarrollan, que pasaron de actuaciones relacionadas con una función asistencial de beneficencia en cuanto al suministro de medicamentos, funciones más amplias relacionadas con la inspección, tanto en higiene alimentaria de competencia farmacéutica como en el área de medio ambiente, además de las correspondientes a la realización de los análisis clínicos, químicos y microbiológicos encomendados por los Ayuntamientos tras su traspaso a la Comunidad Autónoma, a actuaciones de inspección y control en todo el ámbito de la Sanidad Ambiental, la Seguridad Alimentaria y la Farmacia.

1.5.4. La **sociedad ha ganado** a unos funcionarios sanitarios con dedicación exclusiva encargados en su ámbito de las funciones de vigilancia de la salud pública en la Región de Murcia.

2. La capacitación técnica y profesional de la que disponen los farmacéuticos titulares, les habilita para cubrir la inspección y control de toda sustancia o producto que pudiese afectar a la salud humana como por ejemplo, los medicamentos, plantas medicinales, productos sanitarios, cosméticos, productos de higiene personal, sustancias químicas, preparados químicos, biocidas, productos alimentos, residuos, productos radioactivos, etc… en el ámbito de la salud ambiental, la seguridad alimentaria y la farmacia, adaptándose a las necesidades que el propio avance de la sociedad les va exigiendo.

III) REFLEXIÓN FINAL SOBRE LA PROYECCIÓN DE FUTURO de los farmacéuticos titulares (2015-?)

Teniendo en cuenta que la justificación de centrar este estudio en el Cuerpo de los farmacéuticos titulares ha sido "*el convencimiento que tiene este autor de que la necesidad del conocimiento de nuestro pasado va a servir como punto de partida para poder desarrollar un progreso sólido de consolidación profesional de esta mi profesión*", se exponen a continuación las líneas de actuación que este autor considera que se deberían desarrollar para impulsar el progreso profesional del "inspector farmacéutico de salud pública":

Teniendo en cuenta que la Ley de Ordenación Sanitaria[1213] adjudica a los farmacéuticos (profesión sanitaria titulada) las funciones en salud pública, a nivel Nacional:

- Valorar ampliar la formación en las competencias y misiones exigibles a estos titulados en los planes de estudios de las Facultades de Farmacia.
- Valorar la necesidad de unificar la denominación a nivel territorial de estos profesionales sanitarios en "*inspectores farmacéuticos de salud pública*".

[1213] Artículos 2 y 6 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* nº280 de 22/11/2003.

- Valorar la necesidad de un reconocimiento profesional en salud pública a través de la creación de la "*especialidad de Salud Pública Comunitaria*", con una vía transitoria de acceso a la especialidad para aquellos profesionales que ya realizan esas funciones asistenciales en los distintos servicios de salud.
- Valorar la acreditación del nivel de formación alcanzada por los farmacéuticos de Salud Pública en las áreas funcionales específicas a través los *Diplomas de Acreditación* y *Diplomas de Acreditación Avanzada.*

Teniendo en cuenta que las Administraciones Sanitarias deben de habilitar los mecanismos para que progresivamente los puestos de trabajo que implican la realización de funciones coincidentes con los campos de acción o las áreas profesionales específicas sean cubiertos por profesionales que tengan una formación reglada en Salud Pública, a nivel de la Comunidad Autónoma de Murcia:

- Valorar la necesidad de una formación continuada específica en el ámbito de la salud pública a través de la creación de una *Escuela de Salud Pública* propia.
- Valorar la necesidad de incrementar el número de las plazas que existen en la actualidad debido al incremento y la especialización de las funciones que desarrollan, unificar la plazas de los inspectores sanitarios de la Región de Murcia (farmacéuticos, veterinarios y médicos), dotarlos de mejores medios materiales adaptados a las nuevas tecnologías y culminar el proceso de homologación con el Servicio Murciano de Salud.

5. BIBLIOGRAFÍA

5.1. FUENTES

5.1.1. FUENTES PRIMARIAS

5.1.1.1. Fuentes de archivo

Archivo Histórico Provincial de Murcia

Archivo Intermedio de Murcia

Archivo Municipal del Ayuntamiento de Murcia

Archivo de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios

Archivo de la Consejería de Sanidad

Archivo de la Vocalía de Farmacéuticos Titulares del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia

Archivo de la Asociación de Inspectores Sanitarios de la Región de Murcia

Archivo General de la Región de Murcia

- *Documentación relativa a expedientes de depuración de funcionarios sanitarios. Años 1939-194l. Archivo Provincial de Murcia, código de referencia 136.3.1.*
- *Resolución del expediente de depuración del farmacéutico Manuel Guillén Tárraga. Archivo General de la Región de Murcia. Código de referencia SANIDAD, 8690/1,29.*
- *Libro Oficial de Titulares Farmacéuticos, de Análisis y Servicios y Hoja Oficial de Análisis y Servicios del farmacéutico titular D. Alberto Garre Zapata. Archivo General de la Región de Murcia. Código de referencia SANIDAD, 9354.*
- *Hoja para el pago de haberes a los farmacéuticos titulares del Ayuntamiento de Jumilla por parte de la Mancomunidad Sanitaria de Municipios de Murcia. Archivo General de la Región de Murcia. Código de referencia SANIDAD, 53977/1.*
- *Documentación de la Comisión Mixta de transferencias Administración del Estado-Consejo Regional de Murcia. Años 1979-1983. Archivo Provincial de Murcia. Código de referencia: CARM, 21247.*

5.1.1.2. Fuentes legislativas

Concordia y Reales Ordenanzas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia: formadas con conocimiento de la Real Junta General de Gobierno de la Facultad reunida, en que se declara la autoridad de la Junta Superior Gubernativa de la expresada de farmacia en todos los dominios de S.M., el método de estudios que han de seguir los que se dediquen a esta ciencia y los grados y prerrogativas que se les conceden. Madrid: 1800. Imp. Viuda de Ibarra.

Real Cédula de 21 de enero de S. M. y señores del Consejo, por la cual se aprueban y mandan observar las nuevas ordenanzas formadas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia. Madrid. 1804. Imprenta Real.

Real Decreto de 16 de septiembre de 1811 por el que establece que el gobierno protege especialmente, y declara sagrada la propiedad de todo descubrimiento o mejora en cualquier ramo de industria, manufacturera o rural, asegurando al autor su entero y pleno goce por el tiempo y del modo que se prescribirá. *Gaceta de Madrid* nº267 de 24/09/1811.

Constitución política de la Monarquía Española: promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812, Cádiz, *Imprenta Nacional. Madrid.* 1820

Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias. *Gazeta de Madrid* nº 34 de 28/08/1813

Decreto de 2 de octubre de 1820, por el que se establecían las reglas que han de regirse todos los que inventen, introduzcan o perfeccionen en la Industria Española. *Gaceta de Madrid* de /10/1820.

Reglamento de 6 de febrero de 1822, General de Beneficencia Pública. Colección de Leyes y Decretos de las Cortes. *Imprenta Nacional. Madrid.* 1822*;* Tomo XX.

Decreto de 3 febrero de 1823, "Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias". Colección de los Decretos y Órdenes de las Cortes Generales y Extraordinarias. *Imprenta Nacional. Madrid*. Tomo X.

Real decreto de 27 de marzo de 1826 sobre las reglas que se han de observar en la concesión de privilegios exclusivos por la invención, introducción y mejora de máquinas, etc. *Gaceta de Madrid* nº40 de 01/04/1826.

Reglamento General de 15 de enero de 1831, para el régimen literario e interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino, formado por la Real Junta Superior Gubernativa de estas dos partes de la ciencia del curar y aprobado por S.M. Madrid. *Imprenta Real*. 1831.

Real Junta Superior Gubernativa de Farmacia. *Real Tarifa a que deben arreglarse y sujetarse todos los farmacéuticos del Reino en el despacho y tasación de los*

medicamentos, formada conforme a las Leyes por la Real Junta Superior Gubernativa de Farmacia. Madrid: Eusebio Aguado, 1831.

Guerra, F., *Petitorio a que deben sujetarse todos los farmacéuticos del Reino en el arreglo y surtido de medicinas y demás efectos de sus boticas, y reglas que han de observarse en las visitas generales y particulares de tales oficinas.* Real Junta Superior Gubernativa de Farmacia. Madrid. 1831.

Real Decreto de 30 de noviembre de 1833, sobre la división civil de territorio español en la Península e islas adyacentes en 49 provincias y estableciendo los subdelegados de Fomento en las provincias del reino. *Gaceta de Madrid* nº 154 de 03/12/1833.

Real Decreto de 15 de octubre de 1836, restableciendo en su fuerza y vigor la ley de las Cortes de 3 de Febrero de 1823, relativa al gobierno económico-político de las provincias. *Gaceta de Madrid* nº 681 de 21/10/1836.

Ley de 9 de julio de 1841, por la que se autoriza al Gobierno para que pueda plantear en la Península e islas adyacentes, a excepción de las Canarias, los aranceles. *Gaceta de Madrid* nº 2461 de 13/07/1841.

Real Orden de 31 de agosto de 1841 para que desde 1º de Noviembre próximo empiecen a regir la ley de aduanas y los nuevos aranceles. *Gaceta de Madrid* nº2511 de 01/09/1841.

Decreto de 10 de octubre de 1843. Plan de estudios médicos. Suplemento. *Gaceta de Madrid* nº 3309 de 11/10/1843.

Ley de 8 de enero de 1845 de organización y atribuciones de los ayuntamientos. *Gaceta de Madrid* nº 3776 de 15/01/1845.

Ley de presupuestos de 23 de mayo de 1845. *Gaceta de Madrid* nº 3928 de 16/06/1845.

Real Decreto de 23 de junio de 1845 aprobando las bases para el establecimiento y cobranza de la contribución de inquilinatos. *Gaceta de Madrid* nº 3939 de 27/06/1845.

Real decreto de 23 de mayo de 1845 designando las bases para el establecimiento y cobranza de la contribución de subsidio de la industria y comercio. *Gaceta de Madrid* nº3937 de 25/06/1845 y nº3938 de 26/06/1845.

Real Decreto de 17 de septiembre de 1845. Plan de estudios. *Gaceta de Madrid* nº 4029 de 25/09/1845.

Real Decreto de 22 de octubre de 1845. Reglamento para la ejecución del Plan de estudios. *Gaceta de Madrid* nº 4065 de 31/10/1845.

Real Orden Circular de 21 de marzo de 1846 para que antes de contratar facultativos de los ayuntamientos de los pueblos soliciten permiso previo del jefe político. *Gaceta de Madrid* nº 4216 de 31/03/1846.

Real Decreto de 17 de Marzo de 1847, suprimiendo la Junta Suprema de Sanidad del Reino y dando nueva organización a este Servicio. *Gaceta de Madrid* nº 4574 de 24/03/1847.

Reglamento de 26 de marzo de 1847, de organización y atribuciones del Consejo y Juntas de Sanidad del Reino, mandado observar y cumplir la Real Orden de 26 de marzo de 1847. *Gaceta de Madrid* nº 4585 de 04/04/1847.

Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino, aprobado por S.M. en 24 de julio de 1848 y circulado a los jefes políticos de las provincias por Real Orden de 2 de agosto de 1848. *Gaceta de Madrid* nº 5076 de 06/08/1848.

Real Orden circular de 18 de enero de 1849, para que se aumente el número de vocales de las juntas provinciales, de partido y municipales de sanidad que en el día existen. *Gaceta de Madrid* nº5246 de 23 de enero de 1849

Ley de 22 de junio de 1849, sancionada sobre establecimientos de beneficencia. *Gaceta de Madrid* nº 5398 de 24/06/1849.

Real Decreto de 17 de julio de 1849 sancionando el proyecto de ley sobre reforma de aranceles de importación en el Reino de los géneros, frutos y efectos extranjeros. *Gaceta de Madrid* nº5423 de 19/07/1849.

Real Decreto de 30 de agosto de 1849, disponiendo que podrán admitirse desde el curso próximo en las facultades de farmacia á la matrícula de primer año de esta carrera, no sólo á los bachilleres en filosofía que hubiesen probado el año de estudios preparatorios, según el plan vigente, sino también á los que probasen haber estudiado en establecimientos aprobados por el Gobierno las materias siguientes, y más que expresa. *Gaceta de Madrid* nº 5475 de 09/09/1849.

Real Orden Circular de 23 de septiembre de 1849, declarando que para ser admitido al primer año de las facultades de médicos de segunda clase y farmacéuticos, será requisito indispensable haber obtenido previamente el grado de bachiller en filosofía con arreglo al plan vigente. *Gaceta de Madrid* nº 5490 de 24/09/1849.

Real Decreto de 28 de agosto de 1850, aprobando el plan de estudios. *Gaceta de Madrid* nº 5895 de 03/09/1850 y nº 5896 de 04/09/1850.

Real Orden de 9 de marzo de 1851, mandando que los gastos necesarios ocasionados en las causa criminales de oficio sean de abono con aplicación a la partida de 30.000 rs. consignada en el capítulo 15, sección 4. º del presupuesto de este Ministerio. *Gaceta de Madrid* nº6083 de 10/03/1851.

Circular de 3 de marzo de 1852, declarando que los gastos materiales que se ocasionen en las causas seguidas de oficio se satisfagan cuando se verifique el pago de costas. *Gaceta de Madrid* nº6464 de 04/03/1852.

Real Decreto de 14 de mayo de 1852, mandando que se observe el reglamento de la Ley de Beneficencia de 20 de Junio de 1849. *Gaceta de Madrid* nº 6537 de 16/05/1852.

Real Orden circular de 3 de agosto de 1852, determinando que las sustancias reputadas como venenosas solo puedan venderse por los drogueros á personas que ofrezcan garantías y que las destinan a usos que no pueden dañar la salud. *Gaceta de Madrid* nº 6620 de 06/08/1852.

Real Orden de 4 de diciembre de 1852, mandando que las píldoras y ungüento Holloway se despache en las Aduanas del reino por la partida 1.119 el arancel general. *Gaceta de Madrid* nº 6752 de 17/12/1852.

Real Decreto de 12 de mayo de 1853 declarando desde el 1º. de Junio libres de derechos de aduanas a su entrada en la Península e Islas Baleares 456 artículos comprendidos en la nota que se inserta a continuación. *Gaceta de Madrid* nº 141 de 21/04/1853.

Real Decreto de 5 de abril de 1854, mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 467 de 12/04/1854.

Real Orden derogando la de 20 de Abril de 1849 sobre expedición de títulos farmacéuticos, y declarando vigente la de 26 de Setiembre de 1843**.** *Gaceta de Madrid* nº 850 de 01/05/1855.

Real Decreto de 27 de mayo de 1855, dando varias disposiciones para el ejercicio de las profesiones de jurisprudencia, medicina, cirugía y farmacia. *Gaceta de Madrid* nº 878 de 29/05/1855.

Ley de 28 de noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 1068 de 07/12/1855.

Real Orden de 16 de mayo de 1856, creando una comisión especial que redacte una farmacopea oficial española. *Gaceta de Madrid* nº 1232 de 19/05/1856.

Ley de Instrucción pública de 9 de septiembre de 1857, autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península e Islas adyacentes. *Gaceta de Madrid* nº1710 de 10/09/1857

Real Decreto de 30 de junio de 1858, aprobando el Reglamento que se ha presentado para la provisión y orden de ascensos en las plazas facultativas de los establecimientos de Beneficencia. *Gaceta de Madrid* nº 185 de 04/07/1858

Real Decreto de 18 de abril de 1860, mandando el cumplimiento de las Ordenanzas para el ejercicio de la Farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales. *Gaceta de Madrid* nº115 de 24/04/1860.

Real Decreto de 15 de junio de 1860, aprobando el reglamento para la concesión de las pensiones establecidas por los artículos 74, 75 y 76 de la ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855. *Gaceta de Madrid* nº 173 de 21/06/1860.

Real Decreto de 22 de enero de 1862, aprobando el Reglamento para la concesión de las pensiones establecidas por los artículos 74, 75 y 76 de la Ley de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 37 de 06/02/1862.

Real Orden de 23 de mayo de 1862, fijando un término improrrogable dentro del cual acudirán los Facultativos inutilizados y las viudas y huérfanos de Profesores que murieron a consecuencia de alguna epidemia prestando los auxilios de su facultad. *Gaceta de Madrid* nº 151 de 31/05/1862.

Ley de 25 de septiembre de 1863, para el gobierno y administración de las provincias. *Gaceta de Madrid* nº 270 de 27/09/1863.

Real Orden de 26 de marzo de 1864, en la que se aprobaba la Farmacopea Española, rigiendo oficialmente en toda la extensión de la Monarquía para el ejercicio de las profesiones médicas. *Gaceta de Madrid* nº100 de 09/04/1864.

Real Orden de 4 de mayo de 1864, en el que se aprobaba el Petitorio de la Farmacopea Española. *Gaceta de Madrid* nº 139 de 18/05/1864.

Real Orden de 4 de mayo de 1864, en el que se aprobaba la Tarifa Oficial de la Farmacopea Española. *Gaceta de Madrid* nº 139 de 18/05/1864.

Real Decreto de 22 de julio de 1864, aprobando el reglamento para la provisión y orden de ascensos de las plazas de facultativos de Establecimientos de Beneficencia. *Gaceta de Madrid* nº 208 de 26/07/1864.

Real Decreto de 9 de noviembre de 1864, mandando llevar a cabo el Reglamento "sobre la organización de partidos médicos en la Península". *Gaceta de Madrid* nº 320 de 15/11/1864.

Circular de 16 de noviembre de 1864, sobre la aplicación del reglamento sobre partidos médicos, que empezará a regir desde el 1º de Julio del próximo año de 1865. *Gaceta de Madrid* nº 321 de 16/11/1864.

Real Orden de 6 de junio de 1865, aplazando para el 1 de Enero próximo la época en que ha de empezar a regir el arreglo de partidos médicos aprobado por Real decreto de 5 de Setiembre de 1864. *Gaceta de Madrid* nº 162 de 11/06/1865.

Real Orden de 6 de diciembre de 1865, aplazando la observancia del reglamento sobre organización de partidos médicos de la Península. *Gaceta de Madrid* nº 347 de 13/12/1865.

Real Orden de 2 de enero de 1866, declarando vigente la Farmacopea, el Petitorio y la Tarifa oficiales, y obligatoria su adquisición por todos los Farmacéuticos con botica abierta. *Gaceta de Madrid* nº13 de 13/01/1866.

Ley de 24 de mayo de 1866, reformando varios artículos de la vigente de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 146 de 26/05/1866.

Real Decreto de 7 de noviembre de 1866, reformando los estudios de las Facultades de Medicina y Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº 312 de 08/11/1866.

Ley de 29 de junio de 1867, de presupuestos para el del año económico de 1867 a 1868. *Gaceta de Madrid* nº181 de 30/06/1867.

Real Decreto de 11 de marzo de 1868, mandando llevar a cabo el Reglamento "para la asistencia de los pobres y la organización de los partidos médicos de la Península". *Gaceta de Madrid* nº 74 de 14/03/1868

Decreto de 21 de octubre de 1868, declarando libre la enseñanza y derogando los decretos relativos á instrucción pública que se cita. *Gaceta de Madrid* nº 296 de 22/10/1868.

Decreto de 4 de noviembre de 1868, suprimiendo la Junta general de Beneficencia y derogando varios artículos del Reglamento que se indica. *Gaceta de Madrid* nº 310 de 05/11/1868.

Decreto de 13 de noviembre de 1868, reponiendo en sus destinos á los Profesores de Medicina y Cirugía que sirven en los ramos de Beneficencia y Sanidad separados por las Juntas revolucionarias y Diputaciones provinciales. *Gaceta de Madrid* nº 319 de 14/11/1868.

Decreto de 21 de diciembre de 1868, dictando varias disposiciones sobre expedición de títulos académicos desde 1º de Enero próximo. *Gaceta de Madrid* nº357 de 22/12/1868.

Decreto de 17 de diciembre de 1868, suprimiendo las Juntas provinciales y municipales de Beneficencia y derogando las leyes y Reglamentos referentes a dichas Juntas, cuyas funciones se refunden en las que competen a las Diputaciones provinciales y Ayuntamientos. *Gaceta de Madrid* nº 353 de 18/12/1868.

Decreto de 12 de abril de 1869, declarando cuales se consideran remedios secretos para los efectos del art. 84 de la ley de Sanidad, y derogando todas las disposiciones encaminadas á impedir la introducción en España de los productos galénicos extranjeros de composición conocida. *Gaceta de Madrid* nº 103 de 13/04/1869.

Decreto de 12 de abril de 1869, derogando todas las disposiciones que tiendan a impedir la introducción en España de los productos galénicos extranjeros de composición conocida. *Gaceta de Madrid* nº124 de 04/05/1869.

Orden de 20 de julio de 1869, disponiendo que no se admita instancia sobre pensiones a las viudas o huérfanas de Facultativos fallecidos a consecuencia de servicios prestados durante las épocas de epidemia. *Gaceta de Madrid* nº 204 de 23/07/1869.

Decreto de 12 de julio de 869, aprobando los Aranceles de Aduanas que acompañan á este decreto. *Gaceta de Madrid* nº208 de 27/07/1869.

Decreto de 28 de septiembre de 1869, dictando reglas para la validez de los estudios de asignaturas y de grados de Bachiller probados en los establecimientos libres de enseñanza sostenidos por las Diputaciones y Ayuntamientos. *Gaceta de Madrid* nº 293 de 20/10/1869

Constitución del Estado de 1869, decretada y sancionada por las Cortes Constituyentes. *Gaceta de Madrid* nº 158 de 7/06/1869.

Ley de 8 de junio de 1870, presupuesto de ingresos del Estado para el año económico de 1870-71. *Gaceta de Madrid* nº160 de 09/06/1870.

Ley Municipal de 20 de agosto de 1870. *Gaceta de Madrid* nº 233 de 21/08/1870.

Decreto de 28 de septiembre de 1871, aumentando el impuesto sobre sueldos y rentas de las clases dependientes del Estado en la proporción que se indica. *Gaceta de Madrid* nº274 de 01/10/1871.

Real Orden de 27 de agosto de 1872, dictando reglas para la Exposición de títulos procedentes de los establecimientos libres de enseñanza sostenidos por las Diputaciones y Ayuntamientos. *Gaceta de Madrid* nº 244 de 31/08/1872.

Reglamento provisional de 11 de enero de 1873, para la administración, liquidación y cobranza del impuesto transitorio sobre rentas, sueldos y asignaciones". Inserto en *La América: Crónica Hispano-Americana.* 1873; 17(2):5-6.

Decreto de 22 mayo de 1873, en el que se acuerda la disolución de la Junta superior consultiva de Sanidad y se crea un Consejo superior de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 143 de 23/04/1873.

Decreto de 22 de abril de 1873, por el que se aprueba la Instrucción General para los establecimientos benéficos nacionales. *Gaceta de Madrid* nº 118 de 28/04/1873.

Decreto de 24 de octubre de 1873, mandando llevar a cabo el Reglamento "para la asistencia facultativa de los enfermos pobres". *Gaceta de Madrid* nº 298 de 25/10/1873

Orden de 26 de diciembre de 1873, dictando a los Gobernadores de las provincias varias prevenciones relativas a la salubridad pública y asistencia facultativa de enfermos pobres. *Gaceta de Madrid* nº 362 de 28/12/1873.

Decreto de 29 de julio de 1874, regularizando el ejercicio de la libertad de enseñanza. Gaceta de Madrid nº211 de 30/07/1874

Decreto de 29 de septiembre de 1874, regularizando los estudios de segunda enseñanza hechos en los establecimientos privados. *Gaceta de Madrid* nº273 de 30/09/1874.

Real Decreto de 27 de abril de 1875, creando una Junta de Señoras para auxiliar al Gobierno en los servicios de Beneficencia, y determinando sus funciones. *Gaceta de Madrid* nº 141 de 21/05/1875.

Real Decreto de 11 de febrero de 1876, derogando el Decreto de 21 de diciembre de 1868. *Gaceta de Madrid* nº43 de 12/02/1876.

Reglamento orgánico del Cuerpo de la Beneficencia General. *Gaceta de Madrid* nº 297 de 23/10/1876.

Real Decreto de 24 de noviembre de 1876, aprobando los estatutos de la Real Academia de Medicina de Madrid. *Gaceta de Madrid* nº 330 de 25/11/1876.

Ley de 16 de diciembre de 1876, reformando las leyes municipal y provincial de 20 de Agosto de 1870 con arreglo a las bases que se consignan. *Gaceta de Madrid* nº 352 de 17/12/1876.

Ley Municipal 2 de octubre de 1877. *Gaceta de Madrid* nº 2776 de 04/10/1877.

Real decreto de 25 de mayo de 1880, aprobando el reglamento para la provisión y orden de ascensos de las plazas de facultativos de Establecimientos de Beneficencia (*Gaceta de Madrid* nº1488 de 27/05/1880

Real Decreto de 13 de agosto de 1880, disponiendo entre otras, varias reformas introducidas en la enseñanza. *Gaceta de Madrid* nº 229 de 16/08/1880.

Real Decreto de 16 de enero de 1884, reformando los estudios de la Facultad de Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº17 de 17/01/1884.

Real Orden de 29 de octubre de 1884, aprobando la sexta edición de la Farmacopea Oficial redactada por la Academia de Medicina. *Gaceta de Madrid* nº 311 de 06/11/1884.

Real Decreto de 27 de enero de 1885, aprobando la instrucción para la administración y gobierno de los establecimientos de Beneficencia general. *Gaceta de Madrid* nº 36 de 05/02/1885.

Real Orden de 28 de febrero de 1885, determinando los funcionarios que deben practicar el reconocimiento de las sustancias alimenticias que se expenden en los mercados públicos. *Gaceta de Madrid* nº 66 de 03/03/1885.

Real Orden de 7 de mayo de 1885, desestimando la demanda presentada en nombre del Colegio de Farmacéuticos de Madrid sobre suministro de medicamentos a los militares y sus familias. *Gaceta de Madrid* nº130 de 10/05/1885.

Real Orden de 30 de mayo de 1885, aprobando el petitorio y tarifa farmacéuticos oficiales. *Gaceta de Madrid* nº 165 de 14/06/1885.

Real Orden de 16 de junio de 1885, disponiendo se prohíba terminantemente la introducción en España de todo remedio secreto de extranjera procedencia y no autorizado por la Real Academia de Medicina. *Gaceta de Madrid* nº176 de 25/06/1885.

Real Decreto de 24 de septiembre de 1886, reformando los estudios de la Facultad de Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº 268 de 25/09/1886.

Real Orden de 4 de enero de 1887, dictando reglas para evitar o penar la adulteración de los alimentos y velar por la higiene en la alimentación. *Gaceta de Madrid* nº 5 de 05/01/1887.

Real Orden de 10 de marzo de 1887, disponiendo que no paguen contribución industrial las expendedurías y farmacias militares. *Gaceta de Madrid* nº 72 de 13/03/1887.

Real Decreto de 5 de junio de 1887 se autoriza al ministro de la Gobernación para hacer el servicio de suministro de medicamentos a-las enfermerías de los establecimientos penales, adquiriéndolos directamente de las farmacias militares. *Gaceta de Madrid* nº162 de 11/06/1887.

Real Orden Circular de 4 de enero de 1889, disponiendo que se encargasen los Ayuntamientos de los servicios higiénicos sobre las casas de mancebía o de cualquier otra clase, y de los registros y expedición de cartillas a las personas que se dedicasen al servicio doméstico. *Gaceta de Madrid* nº5 de 5/01/1889.

Real Orden de 23 de octubre de 1889, disponiendo como ha de nombrarse el personal facultativo de los Laboratorios químicos municipales. *Gaceta de Madrid* nº306 de 02/11/1889.

Real Orden de 31 de diciembre de 1889, resolviendo que los Ingenieros industriales químicos puedan optar a las plazas del personal facultativo de los Laboratorios químicos municipales. *Gaceta de Madrid* nº 9 de 09/01/1890.

Real Orden de 3 de febrero de 1891, creando Inspecciones médicas temporales para los distritos que durante el año último fueron invadidos por el cólera y fijando sus funciones. *Gaceta de Madrid* nº 36 de 05/02/1891.

Real Decreto de 14 de junio de 1891, mandando llevar a cabo el Reglamento "para el servicio benéfico sanitario de los pueblos". *Gaceta de Madrid* nº 167 de 16/06/1891.

Real Orden de 15 de julio de 1891, fijando la interpretación de los artículos 1º y 32 del reglamento que se cita en cuanto pueden afectar a los derechos de carácter civil adquiridos por los Facultativos que han otorgado contratos con las Municipalidades; y que se tenga por disposición adicional del referido reglamento el artículo que se expresa. *Gaceta de Madrid* nº 197 de 16/07/1891.

Ley de 30 de junio de 1892, mandando que se redacte y publique por el Gobierno de la ley definitiva del Timbre del Estado dentro de tres meses, sujetándose a las bases que se expresan. *Gaceta de Madrid* nº 183 de 01/07/1892.

Real Orden de 29 de agosto de 1892, creando Inspecciones de Sanidad con las facultades que se detallan, encaminadas a evitar los efectos de las epidemias coleriformes. *Gaceta de Madrid* nº 243 de 30/08/1892.

Real Decreto de 15 de septiembre de 1892 el aprobatorio del reglamento para el cumplimiento de la ley del Impuesto de Timbre del Estado. *Gaceta de Madrid* nº 275 de 01/10/1892.

Reglamento provisional de 22 de noviembre de 1892 para la imposición, administración y cobranza de la contribución industrial y de comercio. *Gaceta de Madrid* nº 332 de 27/11/1892.

Real Decreto de 20 de diciembre de 1892, reformando la plantilla del personal del Ministerio de la Gobernación. *Gaceta de Madrid* nº 356 de 21/12/1892.

Real Orden de 12 de junio de 1893, resolutoria de una instancia del Colegio de Farmacéuticos de esta Corte sobre el uso del timbre móvil de 10 céntimos en la venta de específicos. *Gaceta de Madrid* nº174 de 23/06/1893.

Ley de Presupuestos para el año económico de 1893-94. *Gaceta de Madrid* nº 218 de 06/08/1893.

Real Decreto de 12 de junio de 1894, dictando disposiciones para la venta de específicos y aguas minerales. *Gaceta de Madrid* nº 164 de 13/06/1894.

Real Orden de 10 de octubre de 1894, dictando disposiciones para evitar abusos en perjuicio de la salud pública en el ejercicio de las profesiones médicas. *Gaceta de Madrid* nº 285 de 12/10/1894.

Real Decreto de 29 de enero de 1895 autorizando al Ministro de la Gobernación para presentar a las Cortes un proyecto de ley concediendo derechos pasivos a los Médicos, Farmacéuticos y Facultativos de segunda clase que sean titulares. *Gaceta de Madrid* nº 33 de 02/02/1895.

Reglamento de 28 de mayo de 1896 para la imposición, administración y cobranza de la contribución industrial y de comercio. *Gaceta de Madrid* nº 152 de 31/05/1896.

Ley de 30 de agosto de 1896, modificando los impuestos del presupuesto ordinario de ingresos. *Gaceta de Madrid* nº244 de 31/08/1896.

Real Decreto de 25 de septiembre de 1896 autorizando la publicación de la ley del Timbre. *Gaceta de Madrid* nº 271 de 27/09/1896

Real Decreto de 11 de octubre de 1896, aprobando el reglamento relativo al impuesto del Timbre. *Gaceta de Madrid* nº288 de 14/10/1896.

Reales Decretos de 12 de abril de 1898, aprobando los estatutos para el régimen del Colegio de Médicos y de Farmacéuticos. *Gaceta de Madrid* nº150 de 15/04/1898.

Real Decreto de 14 de marzo de 1899, relativo al ejercicio del protectorado del Gobierno en la Beneficencia particular. *Gaceta de Madrid* nº 99 de 09/04/1899.

Real Orden de 29 de abril de 1899, resolviendo quede en suspenso el Real decreto de 11 de Octubre último para la confección de programas de los exámenes de ingreso en Facultad, y ordenando que para el próximo curso se efectúe la matrícula en la forma establecida con anterioridad al expresado Real decreto. *Gaceta de Madrid* nº 120 de 30/04/1899.

Real Orden de 3 de mayo de 1899, dando las gracias al Real Consejo de Sanidad por la terminación de la nueva ley de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº125 de 05/05/1899.

Real Decreto de 31 de julio de 1900, modificando los estudios de la Facultad de Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº 215 de 03/08/1900.

Real Orden de 19 de julio de 1901, disponiendo que el art. 12 de las Ordenanzas de Farmacia se entienda redactado en la forma que se expresa. *Gaceta de Madrid* nº 202 de 21/07/1901.

Real Orden de 31 de marzo de 1902, resolutoria de un expediente sobre modificación del epígrafe 179 de la tarifa 3ª de industria. *Gaceta de Madrid* nº105 de 15/04/1902.

Real Decreto de 23 de diciembre de 1902, referente a los gastos provinciales y municipales. *Gaceta de Madrid* nº358 de 24/12/1902.

Real Orden de 28 de enero de 1903, circular aclaratoria y complementaria del Real decreto de 23 de Diciembre último sobre pago de gastos provinciales y municipales. *Gaceta de Madrid* nº29 de 29/01/1903.

Real Orden de 11 de mayo de 1903, resolutoria de un expediente sobre creación de Farmacias municipales. *Gaceta de Madrid* nº 132 de 12/05/1903.

Dirección General de Sanidad. Anuncio relativo a la remisión de instancias en solicitud de pensión por los facultativos inutilizados para el ejercicio de su profesión en tiempo de epidemia. *Gaceta de Madrid* nº174 de 23/06/1903.

Real Decreto de 14 de julio de 1903, aprobando con carácter provisional la Instrucción General de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº196, de 15/07/1903.

Real Orden de 20 de julio de 1903, excitando el celo de las Autoridades para el pronto cumplimiento de la Instrucción general de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 202, de 21/07/1903.

Real Decreto de 12 de enero de 1904, aprobando con carácter definitivo la Instrucción general de sanidad pública. *Gaceta de Madrid* nº22 y 23, de 22 y 23/01/1904.

Real Orden Circular de 8 de marzo de 1904, a los Gobernadores para que adopten medidas eficaces a fin de que los Ayuntamientos de sus respectivas provincias abonen las cantidades que adeuden a los Médicos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 69 de 09/03/1904.

Circulares de 23 y 25 de abril de 1904. Junta de gobierno y patronato de los Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº120 de 29/04/1904.

Circular de 27 de mayo de 1904. Junta de gobierno y patronato de los Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº152 de 31/05/1904.

Real Decreto de 11 de Octubre de 1904, aprobatorio del adjunto reglamento del Cuerpo de Médicos titulares de España. *Gaceta de Madrid* nº 284 de 12/10/1904.

Real Decreto de 14 de febrero de 1904, aprobando con carácter definitivo el adjunto reglamento orgánico interino del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº47 de 16/02/1905.

Real Orden de 18 de abril de 1905, resolutoria de una instancia referente a la forma y plazo en que ha de liquidarse el presupuesto de 1904. *Gaceta de Madrid* nº110 de 20/04/1905.

Real Orden Circular de 18 de abril de 1905, dictando reglas para el mejor cumplimiento de la instrucción de Sanidad en lo referente a los Farmacéuticos Titulares. *Gaceta de Madrid* nº117, de 27/04/1905.

Real Orden Circular de 20 de Mayo de 1905, disponiendo sean aplicables las condiciones 1ª y 3ª del art. 18 del reglamento de 14 de Febrero último para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos titulares a los Farmacéuticos que hayan regentado

oficinas de viudas y huérfanos durante los plazos que se indican. G*aceta de Madrid* nª143 de 23/05/1905.

Real Orden de 20 de julio de 1905, aprobatoria del petitorio y la tarifa farmacéutica oficiales, redactados e impresos por la Real Academia de Medicina. *Gaceta de Madrid* nº 217 de 05/08/1905.

Real Orden Circular de 19 de Diciembre de 1905, por el que se establece que aquellos farmacéuticos que hubiesen ejercido durante seis años las funciones, podían igualmente solicitar y obtener su ingreso en el Cuerpo de titulares. *Gaceta de Madrid* nº 356 de 22/12/1905.

Real Orden de 19 de diciembre de 1905, haciendo extensivo a los Farmacéuticos el Real decreto de 2 de Noviembre último, referente al ingreso en el Cuerpo de Médicos titulares de los Doctores o Licenciados en Medicina. *Gaceta de Madrid* nº 356 de 22/12/1905.

Real Orden de 21 de septiembre de 1906, resolutoria de varias reclamaciones en las que se solicita la adopción de disposiciones de carácter general enlazadas con el cumplimiento de la Instrucción general de Sanidad y clasificación de Médicos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 265 de 22/09/1906.

Real Orden de 15 de septiembre de 1906, aprobando la adjunta Tarifa del Cuerpo Farmacéuticos titulares para la tasación de los medicamentos que se suministren a la Beneficencia municipal. *Gaceta de Madrid* nº 275 de 02/10/1906.

Real Orden de 19 de Septiembre de 1906, comunicando a la Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares la satisfacción con que S. M. el Rey ha visto la actividad e inteligencia desplegados por la misma para redactar la tarifa para tasación de medicamentos. *Gaceta de Madrid* nº 275 de 02/10/1906.

Real Orden de 6 de octubre de 1906, aprobatoria de los adjuntos estatutos y Reglamento de la Institución benéfica Caja de Socorro del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 287 de 14/10/1906.

Real Orden de 29 de octubre de 1906, desestimando las reclamaciones presentadas ante este Ministerio por varios Ayuntamientos contra la Real orden de 18 de Abril de 1905 regulando la prestación de los servicios benéfico-sanitarios. *Gaceta de Madrid* nº 303 de 30/10/1906.

Ley de 3 de enero de 1907, disponiendo que en el plazo de un mes se formen las tarifas de honorarios exigibles por los servicios sanitarios del interior. *Gaceta de Madrid* nº 10 de 10/01/1907.

Real Decreto de 24 de febrero de 1908, aprobatorio de la adjunta tarifa, comprensiva de los servicios sanitarios prestados por los Inspector provinciales, municipales, Subdelegados y Laboratorios. *Gaceta de Madrid* nº 57 de 26/02/1908.

Real Orden de 6 de abril de 1908 dictando las disposiciones necesarias para la cobranza, administración y liquidación de los ingresos sanitarios. *Gaceta de Madrid* nº 98 de 07/04/1908.

Real Orden de 13 de junio de 1908, resolviendo una consulta formulada por el Inspector de Sanidad de la provincia de Valencia acerca de quiénes son las Autoridades competentes para ordenar los servicios extraordinarios á que se refiere el Real decreto de 24 de Febrero último. *Gaceta de Madrid* nº 177 de 29/06/1908.

Real Orden de 17 de octubre de 1908, encareciendo a los Gobernadores de provincia la puntual observancia de las disposiciones que se dictan, referentes a salubridad. *Gaceta de Madrid* nº 292 de 18/10/1908.

Real Decreto de 22 de diciembre de 1908, dictando las disposiciones convenientes a fin de evitar el fraude en las sustancias alimenticias. *Gaceta de Madrid* nº 358 de 23/12/1908.

Ley de 5 de enero de 1909, concediendo pensiones a viudas y huérfanos de los facultativos fallecidos a consecuencia de epidemias. *Gaceta de Madrid* nº 6 de 6/01/1909.

Real Orden de 26 de enero de 1909, reformando los Estatutos de la Caja de Socorro de los Farmacéuticos Titulares. *Gaceta de Madrid* nº27, de 27/01/1909.

Real Orden de 8 de febrero de 1909, disponiendo se organicen cuatro unidades sanitarias o brigadas volantes. *Gaceta de Madrid* nº 41 de 10/02/1909.

Real Orden de 12 de mayo de 1909, aprobando el catálogo o lista de aparatos de que deben estar dotados los Laboratorios municipales, y dictando reglas sobre las condiciones que debe reunir el personal técnico de estos Laboratorios. *Gaceta de Madrid* nº135 de 15/05/1909.

Real Decreto de 22 de junio de 1909, disponiendo que en lo sucesivo los Médicos, Farmacéuticos o Veterinarios podrán ingresar en el respectivo Cuerpo titular, mediante justificación, que se hará por medio del título o testimonio notarial del mismo. *Gaceta de Madrid* nº 177 de 26/06/1909.

Real Orden de 25 de agosto de 1909, disponiendo que no era preciso el análisis de las substancias alimentarias en los Laboratorios Municipales, cuando llevasen el certificado de haber sido analizadas en el de la capital donde la fábrica radique. *Gaceta de Madrid* nº 245 de 02/09/1909.

Real Decreto de 15 de noviembre de 1909, disponiendo queden derogadas todas las disposiciones de carácter administrativo encaminadas a interpretar los preceptos de la ley Municipal vigente, para cuyo cumplimiento se tendrán sólo presentes el texto de sus artículos y las reglas que para su ejecución contiene este Real decreto. *Gaceta de Madrid* nº 321 de 17/11/1909.

Real Orden de 8 de septiembre de 1910, disponiendo que se requiera a los Ayuntamientos para que en el más breve plazo posible se constituyan en ellos un pequeño núcleo de desinfectores, acomodándose a la Circular de 8 de febrero de 1909. *Gaceta de Madrid* nº 252 de 09/09/1910.

Ley de 11 de julio de 1912, declarando con derecho a pensión a los funcionarios que se hayan inutilizado o se imposibiliten en lo sucesivo a causa de haber prestado los servicios que se indican. *Gaceta de Madrid* nº 195 de 13/07/1912.

Real Decreto de 5 de enero de 1915, aprobando con carácter definitivo el Reglamento para la aplicación de la ley sobre pensiones del Estado a los Facultativos inutilizados o que se inutilicen con motivo de los servicios extraordinarios que presten en época de epidemias, y a sus viudas y huérfanos. *Gaceta de Madrid* nº 12 de 12/01/1915.

Real Decreto de 23 de Octubre de 1916, dictando reglas encaminadas a evitar deficiencias que la práctica ha enseñado en la reglamentación del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº300 de 26/10/1916.

Real Orden de 10 de noviembre de 1906, aprobatoria de la adjunta Ordenanza para la renovación parcial o total de las Juntas de gobierno y Patronato de los Cuerpos de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios titulares. *Gaceta de Madrid* nº317 de 13/11/1906.

Real Orden de 13 de noviembre de 1906, disponiendo se convoque para la elección parcial de la Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº318 de 14/11/1906.

Real Orden de 4 de noviembre de 1909, disponiendo se convoque al Cuerpo de Farmacéuticos titulares para la renovación parcial de su Junta de Gobierno y Patronato. *Gaceta de Madrid* nº309 de 05/11/1909.

Real Orden de 12 de diciembre de 1912, sobre renovación de Vocales propietarios y suplentes de la Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 349 de 14/12/1912.

Real Decreto de 22 de mayo de 1916, redactando en la forma que se indica los artículos 4º, 5º y 6º de la Instrucción general de Sanidad pública aprobada por el de 12 de Enero de 1904. *Gaceta de Madrid* nº 145 de 24/05/1916.

Real Orden de 22 de mayo de 1916, aprobando el escrutinio verificado por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, de las elecciones celebradas para la renovación parcial de la Junta de gobierno y patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 145 de 24/05/1916.

Real Orden de 27 de junio de 1916, disponiendo se atengan los Ayuntamientos, en los contratos que con los Farmacéuticos titulares se celebren, a las disposiciones

vigentes que se citan, no estimándose en lo sucesivo válido ningún contrato de esta naturaleza que no se ajuste a lo dispuesto en ellas. *Gaceta de Madrid* nº187 de 05/07/1916.

Real Decreto de 23 de octubre de 1916, dictando reglas encaminadas a evitar deficiencias que la práctica ha enseñado que existen en la reglamentación del Cuerpo de Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 100 de 26/10/1916.

Real Decreto de 6 de marzo de 1919, aprobando el Reglamento para la elaboración y venta de las especialidades farmacéuticas. *Gaceta de Madrid* nº 72 de 13/03/1919.

Real Orden de 24 de abril de 1920, disponiendo se convoque al Cuerpo de Farmacéuticos titulares para la elección de los Vocales que se indican, en la forma que determinan los artículos 97 al 99 de la Instrucción general de Sanidad y las Ordenanzas aprobadas por Real orden de 10 de Noviembre de 1906. *Gaceta de Madrid* nº118 de 27/04/1920.

Real Decreto de 14 de septiembre de 1920, aprobando las instrucciones técnicas que han de servir de base para la calificación de los alimentos y de los papeles, aparatos, utensilios y vasijas que se relacionan con la alimentación. *Gaceta de Madrid* nº273 de 29/09/1920.

Real Decreto de 28 de febrero de 1922, aprobando la tarifa, que se publica, acordada por el Real Consejo de Sanidad, de derechos de los Subdelegados de Farmacia y demás autoridades sanitarias. *Gaceta de Madrid* nº 61 de 02/03/1922.

Real Orden de 7 de febrero de 1923, por la que se dispone que el personal de Brigadas sanitarias nombrando libremente, sea sometido a un examen práctico de su aptitud, y que en lo sucesivo todo nombramiento de personal facultativo de las Brigadas sanitarias se haga por virtud de concurso-oposición. *Gaceta de Madrid* nº 41 de 10/02/1923.

Real Decreto de 9 de noviembre de 1924, aprobando el Reglamento para la elaboración y venta de las especialidades farmacéuticas. *Gaceta de Madrid* nº 44 de 13/02/1924.

Real Decreto de 8 de Marzo de 1924, por el que se aprueba el Estatuto Municipal. *Gaceta de Madrid* nº 69 de 09/03/1924.

Real Orden de 10 de abril de 1924, dictando reglas especiales reduciendo con carácter transitorio algunos de los plazos establecidos respecto de presupuestos en el nuevo Estatuto municipal. *Gaceta de Madrid* nº 103 de 12/04/1924.

Real Orden de 20 de febrero de 1924, declarando que tanto los Subdelegados de Medicina como los de Veterinaria y Farmacia, están comprendidos en el concepto de Auxiliares sanitarios, a los efectos de las tarifas por servicios sanitarios aprobadas

por Real decreto de 24 de Febrero de 1908 y 28 de Febrero de 1922. *Gaceta de Madrid* nº 54 de 23/04/1924.

Real Decreto de 23 de Agosto de 1924, por el que se aprueba el Reglamento de Secretarios de Ayuntamiento, Interventores de fondos y Empleados municipales en general. *Gaceta de Madrid* nº 239 de 26/08/1924.

Real Orden de 27 de agosto de 1924, disponiendo que cuantos documentos, datos y antecedentes constituyan al Archivo de la Juntas de Gobierno y Patronato de los Cuerpos de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios titulares sean entregados a este Ministerio en el Registro general, acompañados de la oportuna relación de los mismos. *Gaceta de Madrid* nº 241 de 28/08/1924.

Real Decreto de 9 de diciembre de 1924, creando, a base del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y del Hospital del Rey, la Escuela Nacional de Sanidad, cuya misión será la que se indica. *Gaceta de Madrid* nº 347 de 12/12/1924.

Real Decreto de 9 de febrero de 1925, aprobando el Reglamento de Sanidad Municipal. *Gaceta de Madrid* nº48 de 17/02/1925.

Real Orden de 28 de mayo de 1925, por el que se aprueba el Reglamento de la Sanidad Provincial. *Gaceta de Madrid* nº 297 de 24/10/1925.

Real Orden de 20 de octubre de 1925, disponiendo que los expedientes sobre modificación, rectificación y segregación de las agrupaciones forzosas de partidos médicos municipales, que no impliquen cambio en la clasificación de los facultativos titulares, sean resueltos por el Gobernador civil de la provincia respectiva; y que los expedientes de alteración de la clasificación asignada a Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios titulares, sean resueltos por el Ministerio de la Gobernación. *Gaceta de Madrid* nº 294 de 21/10/1925.

Real Orden de 5 de diciembre de 1925, determinando quiénes han de desempeñar las funciones de inspectores municipales de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 340 de 06/12/1925.

Real Orden de 29 de septiembre de 1926, modificando en el sentido que se indica el párrafo último del artículo 58 del Reglamento de Sanidad municipal de 9 de Febrero de 1925. *Gaceta de Madrid* nº273 de 30/09/1926.

Real Orden de 13 de septiembre de 1928, haciendo extensivo a los Inspectores Veterinarios municipales el carácter de autoridad sanitaria otorgado a los Inspectores municipales de Sanidad, con el carnet de identidad acreditativo. *Gaceta de Madrid* nº 261 de 17/09/1928.

Real Decreto de 13 de noviembre de 1928, reorganizando el Cuerpo de farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 319 de 14/11/1928.

Real Orden de 8 de enero de 1929, dictando las reglas que se indican relativas a la publicación de concursos para la provisión de plazas de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios titulares. *Gaceta de Madrid* nº 10 de10/01/1929.

Real Orden de 22 de mayo de 1929, aprobando del reglamento la inspección sanitaria de los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público, etc… *Gaceta de Madrid* nº 148 de 28/05/1929.

Real Decreto de 12 de abril de 1930, aprobando el Reglamento, que se inserta, para el régimen de la Escuela Nacional de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 112 de 22/04/1930.

Real Decreto de 16 de Agosto de 1930, aprobando el Reglamento de Servicios farmacéuticos del Ministerio de Gobernación e Inspectores farmacéuticos municipales (Farmacéuticos titulares). *Gaceta de Madrid* nº 232 de 20/08/1930.

Real Orden de 13 de septiembre de 1930, disponiendo que los Colegios Farmacéuticos, con la intervención de los Inspectores provinciales de Sanidad, procedan a la revisión de los actuales Partidos farmacéuticos. *Gaceta de Madrid* nº 259 de 16/09/1930.

Real Orden de 17 de diciembre de 1930, disponiendo que los Institutos provinciales de Higiene, que tengan completas sus Secciones, organicen cursos de análisis clínicos y sanitarios y de desinsectación, dedicados a los Farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 353, de 19/12/1930

Circular de 8 de enero de 1931 disponiendo se observen las instrucciones que se insertan para dar cumplimiento a la Real Orden de 17 de Diciembre último, relativa a cursos en los Institutos provinciales de Higiene para Farmacéuticos-Inspectores municipales. *Gaceta de Madrid* nº 9 de 09/01/1931.

Real Orden de 4 de marzo de 1931, disponiendo que las Corporaciones Municipales remitan debidamente cumplimentados a las Secciones provinciales de Cuentas y Presupuestos, en el plazo máximo de quince días, los cuestionarios que reciban por conducto de las Inspecciones provinciales de Sanidad; y que dichas Secciones provinciales remitan, en igual plazo, a las Inspecciones mencionadas, previa comprobación, los cuestionarios que reciban. *Gaceta de Madrid* nº 74 de 15/03/1931.

Orden de 24 de abril de 1931, disponiendo no pueden pertenecer a las Directivas de los Colegios Oficiales Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios, quienes por su cargo oficial tengan jurisdicción provincial, como los Inspectores de Sanidad, Jefes de los Servicios, Inspectores de Higiene pecuaria, etc. *Gaceta de Madrid* nº115 de 25/04/1931.

Real Decreto de 3 de junio de 1932, aprobando el Reglamento para el funcionamiento de la Escuela Nacional de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº168 de 16/06/1932.

Ley de l5 de Septiembre de 1932, sobre provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción de haberes de los Inspectores municipales de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 261 de 17/09/1932.

Real Orden de 7 de marzo de 1931, disponiendo se ordene la publicación en este periódico oficial de los proyectos de nueva clasificación de partidos farmacéuticos. Gaceta de Madrid nº 74 de 15/03/1931

Orden de 31 de diciembre de 1932, por el que se modifica el Proyecto de clasificación publicado en la Gaceta de 31 de mayo de 1931. *Gaceta de Madrid* nº231 de 09/01/1932.

Orden Ministerial de 22 de abril de 1932, creando 15 Centros secundarios de Higiene rural. *Gaceta de Madrid* nº 114 de 23/04/1932.

Orden de 10 de enero de 1933, modificando el partido farmacéutico de Alcantarilla, elevándose a dos los Inspectores farmacéuticos de primera categoría. *Gaceta de Madrid* nº13 de 13/01/1933

Orden de 7 de marzo de 1933, aprobando el Reglamento, que se inserta, para aplicación de la Ley de 15 de Septiembre de 1932, referente a provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción de haberes de Médicos y Farmacéuticos titulares-Inspectores municipales de Sanidad. *Gaceta de Madrid* nº 68 de 09/03/1933.

Orden del 17 de Agosto de 1933, concediendo el ingreso de los Farmacéuticos y Odontólogos en la Asociación de Previsión Médica Nacional. *Gaceta de Madrid* nº231, de 19/08/1933.

Decreto de 3 de septiembre de 1933, declarando a extinguir el Cuerpo de Subdelegados de Medicina y Farmacia. *Gaceta de Madrid* nº249 de 06/09/1933.

Orden de 27 de septiembre de 1933, resolviendo reclamaciones relativas a determinados Ayuntamientos que no efectúan el pago de sus funcionarios municipales con la obligada puntualidad. *Gaceta de Madrid* nº 276 de 03/10/1933.

Decreto de 25 de diciembre de 1933, disponiendo que los servicios, cargos y deberes que dependen en la actualidad de la Subdirección de Beneficencia y Sanidad, adscritos al Ministerio de la Gobernación, pasen a depender del Ministerio de Trabajo. *Gaceta de Madrid* nº360 de 26/12/1933.

Ley de 11 de julio de 1934, referente a servicios sanitarios. *Gaceta de Madrid* nº196 de 15/07/1934.

Decreto de 14 de junio de 1935, disponiendo que, a partir del día 1º de Julio próximo, entrarán en vigor en todas las provincias no excluidas por disposiciones anteriores, los Reglamentos que se insertan. *Gaceta de Madrid: Diario Oficial de la República* nº 170 de 19/06/1935.

Orden de 21 de noviembre de 1935, aprobando el Programa, que se inserta, para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos municipales. *Gaceta de Madrid: Diario Oficial de la República* nº326, de 22/11/1935.

Decreto 246 de 12 de marzo de 1937, disponiendo que el cincuenta por ciento de las vacantes de los escalafones o plantillas de los servicios del Estado, Provincia y Municipio se reservarán para los que acrediten haber prestado servicio en los frentes de combate durante tres meses. *Boletín Oficial del Estado* nº147 de 16/03/1937.

Ley de 10 de febrero de 1939, fijando las normas para la depuración de funcionarios públicos. *Boletín Oficial del Estado* nº73 de 14/02/1939.

Resolución de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad de 25 de febrero de 1939, suspendiendo la concesión de excedencias voluntarias a los inspectores farmacéuticos municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº57 de 26/02/1939.

Orden de 12 de marzo de 1939, Orden sobre depuración de funcionarios de la Administración Local en relación con el Movimiento Nacional. *Boletín Oficial del Estado* nº 73 de 14/03/1939.

Orden de 2 de agosto de 1939, autorizando al Jefe del Servicio Nacional de Sanidad para delegar en los Jefes Provinciales de Sanidad la facultad de ordenar la práctica de nuevas diligencias y de proponer acuerdo en las informaciones de depuración de Médicos, Farmacéuticos, Practicantes y Matronas titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 215 de 03/08/1939.

Ley de 25 de agosto de 1939, sobre la provisión de plazas de la Administración del Estado con mutilados, excombatientes y excautivos. *Boletín Oficial del Estado* nº 244 de 01/09/1939.

Orden de 25 de noviembre de 1939, disponiendo se proceda con toda urgencia posible a la publicación en el Boletín Oficial del Estado del anuncio de las plazas vacantes de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 330 de 26/11/1939.

Orden de 25 de noviembre del año 1939, disponiendo la creación de la Comisión Técnica, que se cita, con iguales atribuciones que la creada por Orden Circular de 30 de julio de 1935, con el fin único de terminar la confección del escalafón provisional del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº330 de 26/11/1939.

Orden de 24 de mayo de 1940, por la que se dispone la forma en que quedará constituido el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos municipales y escalafón de dicho Cuerpo. *Boletín Oficial del Estado* nº 163 de 11/06/1940.

Orden de 30 de septiembre de 1940, por la que se concede un plazo para solicitar su ingreso en el Escalafón del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº280 de 06/10/1940.

Decreto de 23 de noviembre de 1940 por el que se reorganiza la Inspección de Servicios Farmacéuticos de la Dirección General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* nº 339 de 04/12/1940.

Decreto de24 de enero de 1941, por el que se reglamenta el establecimiento de nuevas farmacias. *Boletín Oficial del Estado* nº 37 de 06/02/1941.

Orden de 29 de enero de 1941, por la que se aprueba la inclusión en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de los señores que se relacionan. *Boletín Oficial del Estado* nº 31 de 31/01/1941.

Orden de 31 de marzo de 1941, por la que se autoriza a la Dirección General de Sanidad para que se proceda a anunciar en el Boletín Oficial del Estado las vacantes de Inspectores Farmacéuticos ocurridas antes del 18 de julio de 1936. *Boletín Oficial del Estado* nº 93 de 03/04/1941.

Orden de 11 de abril de 1941, por la que se dispone se publiquen los correspondientes anuncios por concurso de méritos, antigüedad u oposición de plazas de Inspectores Farmacéuticos Municipales a cubrir entre los pertenecientes al Cuerpo. *Boletín Oficial del Estado* nº 104 de 14/04/1941.

Decreto de 30 de mayo de 1941, por el que se concede un aumento de sueldo en las plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliada, en cada categoría, con arreglo a la escuela que se menciona. *Boletín Oficial del Estado* nº 158 de 07/06/1941.

Circular de 24 de octubre de 1941, por la que se fijan las condiciones para solicitar, en propiedad, las vacantes de Inspectores Farmacéuticos Municipales, en turno restringido de antigüedad, que se relacionan. *Boletín Oficial del Estado* nº 300 de 27/10/1941.

Orden Circular de 24 de febrero de 1942, por la que se aprueba la propuesta de la Dirección General de Sanidad y se declara vigente el Escalafón del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales con referencia a 31 de diciembre de 1940. *Boletín Oficial del Estado* nº 77 de 18/03/1942.

Escalafón del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* (Suplemento al número 77. Fascículo único) de 18/03/1942.

Orden de 10 de abril de 1942, por la que se dispone se publiquen los correspondientes anuncios por concurso de méritos, antigüedad u oposición de plazas de Inspectores Farmacéuticos Municipales a cubrir entre los pertenecientes al Cuerpo. *Boletín Oficial del Estado* nº 104 de 14/04/1942.

Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. *Boletín Oficial del Estado* nº 361 de 27/12/1942.

Decreto de 5 de febrero de 1943, por el que se modifica lo dispuesto en el artículo cuarto del de 30 de mayo de 1941 referente a la aportación de los Municipios a la Mancomunidad Sanitaria provincial para pago de quinquenios a los funcionarios sanitarios. *Boletín Oficial del Estado* nº 50 de 19/02/1943.

Decreto de 11 de noviembre de 1943, por el que se aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley del Seguro de Enfermedad. *Boletín Oficial del Estado* nº 332 de 28/11/1943.

Orden de 31 de Julio de 1944, por la que se dispone se convoque oposiciones al Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos. Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 219 de 06/08/1944.

Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. *Boletín Oficial del Estado* nº 331 de 26/11/1944.

Orden de 25 de Abril de 1945, por la que se aprueba la inclusión en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales a los señores que se relacionan. *Boletín Oficial del Estado* nº 121 de 01/05/1945.

Orden de 2 de abril de 1946, anunciando concurso de méritos y antigüedad para la provisión de vacantes de Inspectores Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 97 de 07/04/1946.

Orden de 23 de Junio de 1947, por la que se convoca oposición a ingreso en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos. Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 193 de 12/07/1947.

Ley de 17 de julio de 1947, por la que se mejoran las dotaciones de las plantillas de médicos titulares, practicantes y matronas de asistencia pública domiciliaria y los inspectores farmacéuticos municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 200 de 19/07/1947.

Orden de 28 de febrero de 1948 por la que se convoca un curso para la obtención del Diploma de Sanidad entre Médicos Farmacéuticos y Veterinarios. *Boletín Oficial del Estado* nº 69 de 09/03/1948.

Decreto de 27 de noviembre de 1953, por el que se aprueba el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº 99 de 09/04/1954.

Orden de 15 de marzo de 1954 por la que se encarga al Instituto de Estudios de Administración Local la edición oficial del Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº 99 de 09/04/1954.

Orden de 20 de diciembre de 1954, por la que se rectifica el Escalafón de Farmacéuticos titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 2 de 02/01/1955.

Orden de 18 de febrero de 1955 por la que se concede un plazo para que los funcionarios de los Cuerpos afectados por el Reglamento de 27 de noviembre de 1953 soliciten se les declare en la situación administrativa que les corresponda. *Boletín Oficial del Estado* nº 54 de 23/02/1955.

Orden de 16 de mayo de 1955 por la que se amplía hasta el día 30 de junio próximo el plazo concedido por la de 18 de febrero de 1955. *Boletín Oficial del Estado* nº 140 de 20/05/1955.

Orden de 26 de abril de 1955 por la que se dispone revisión de las clasificaciones de las plantillas del personal sanitario al servicio de los Municipios. *Boletín Oficial del Estado* nº 130 de 10/05/1955.

Orden de 31 de octubre de 1955 por la que se declara de tenencia obligatoria el Libro Oficial de Titulares Farmacéuticos de Análisis y Servicios. *Boletín Oficial del Estado* nº 310 de 06/11/1955.

Orden de 23 de julio de 1956, por la que se dispone la publicación del Escalafón del Cuerpo de Farmacéuticos titulares (Inspectores Farmacéuticos municipales). *Boletín Oficial del Estado* nº 258 de 14/09/1956.

Orden de 21 de enero de 1957 por la que se dispone se lleve a cabo por la Dirección General de Sanidad una revisión de las clasificaciones de plazas de los Cuerpos Sanitarios Locales, en la forma que se expresa. *Boletín Oficial del Estado* nº 40 de 09/02/1957. Boletín Oficial del Estado nº 158 de 18/06/1957.

Orden de 31 de mayo de 1957, por el que se dictan normas para el establecimiento de nuevas farmacias. *Boletín Oficial del Estado* nº 158 de 18/06/1957.

Orden de 31 de diciembre de 1957, por la que se aprueba con carácter definitivo el del Cuerpo de Farmacéuticos titulares (Inspectores Farmacéuticos municipales), con arreglo a las normas establecidas en las Órdenes ministeriales de 20 de diciembre de 1954 y 23 de julio de 1956. *Boletín Oficial del Estado* nº 115 de 14/05/1958.

Dirección General de Sanidad: Escalafón de Farmacéuticos Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 115 de 14/05/1958. Fascículo único.

Orden de 4 de julio de 1961, por lo que se dispone que la Dirección General de Sanidad se lleve a cabo la rectificación del Escalafón de Farmacéuticos titulares con arreglo a las normas que se señalan. *Boletín Oficial del Estado* nº188 de 08/08/1961.

Decreto 1717 de 6 de septiembre de 1961, por el que se modifican los artículos 109, 119 y 126 del Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de noviembre de 1953. *Boletín Oficial del Estado* nº 222 de 16/09/1961.

Decreto 2414 de 30 de noviembre de 1961, por el que se aprueba el Reglamento de Actividades Molestas, Insalubres, Nocivas y Peligrosas. *Boletín Oficial del Estado* nº 292 de 07/12/1961.

Resolución de la Dirección General de Sanidad de 6 de octubre de 1961, por la que se trascribe el programa de las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Farmacéuticos titulares (Inspectores Farmacéuticos Titulares). *Boletín Oficial del Estado* nº1 de 01/01/1962.

Orden de 2 de mayo de 1962 por la que se aprueba con carácter definitivo el proyecto de clasificación de plazas de funcionarios Sanitarios locales. *Boletín Oficial del Estado* nº123 de 29/05/1962.

Orden de 2 de mayo de 1962, por la que se dictan normas para la provisión interina de plazas vacantes de los Cuerpos Generales de sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº133 de 04/06/1962.

Ley 85 de 24 de diciembre de 1962, sobre reforma de Haciendas Municipales. *Boletín Oficial del Estado* nº 310 de 27/12/1962.

Ley 106 de 20 de julio de 1963, por la que se conceden varios créditos suplementarios y extraordinarios, importantes en junto 431.478.666 pesetas, para pago de haberes activos del personal sanitario municipal durante el presente ejercicio, en cumplimiento de la Ley número 85, de 24 de diciembre de 1962. *Boletín Oficial del Estado* nº 175 de 23/07/1963.

Ley 109 de 20 de julio de 1963, de Bases de los funcionarios civiles del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº 175 de 23/07/1963.

Decreto 315 de 7 de febrero de 1964, por el que se aprueba la Ley articulada de funcionarios civiles del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº 40 de 15/02/1964.

Decreto 864/1964, de 9 de abril, por el que se establecen normas sobre relaciones de funcionarios y hojas de servicio. *Boletín Oficial del Estado* nº 87 de 10/04/1964.

Decreto 865/1964, de 9 de abril, por el que se establecen las bases para la clasificación de puestos de trabajo y formación de plantillas orgánicas. *Boletín Oficial del Estado* nº 87 de 10/04/1964.

Orden de 7 de octubre de 1964, por la que se establece el modelo al que han de ajustarse las relaciones de funcionarios pertenecientes a Cuerpos o escalas de la Administración Civil del Estado y se dictan normas para su confección. *Boletín Oficial del Estado* nº243 de 09/10/1964.

Ley 31 de 4 de mayo de 1965, sobre retribuciones de los funcionarios de la Administración Civil del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº107 de 05/05/1965.

Decreto 907 de 21 de abril de 1966, por el que se aprueba el texto articulado primero de la Ley 193 de 28 de diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº 96 de 22/04/1966.

Decreto 1120 de 21 de abril de 1966, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Derechos Pasivos de los Funcionarios de la Administración Civil del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº108 de 06/05/1966.

Ley 116 de 28 de diciembre de 1966, sobre retribuciones de los Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº311 de 29/12/1966.

Decreto 3157 de 23 de diciembre de 1966, por el que se regula la dispensación de las especialidades farmacéuticas en el Régimen General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº312 de 30/12/1966.

Decreto 187 de 2 de febrero de 1967, por el que se fijan las equivalencias del grado de actividad de los Cuerpos de Sanitarios Locales respecto a la jornada normal de trabajo de los funcionarios civiles del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº37 de 13/02/1967.

Decreto 188 de 2 de febrero de 1967, por el que se adoptan medidas preliminares en orden a la revisión de plantillas de los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº37 de 13/02/1967.

Decreto 192 de 2 de febrero de 1967, por el que se asignan los coeficientes multiplicadores a los Cuerpos de Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº37 de 13/02/1967.

Orden de 17 de marzo de 1967 por la que se regula temporalmente el desempeño de funciones y la provisión transitoria de plazas en los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº 75 de 29/03/1967.

Orden de 27 de julio de 1967, por el que se dictan instrucciones para la aplicación del nuevo sistema de retribuciones en los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº199 de 21/08/1967.

Decreto 3206 de 28 de diciembre de 1967, por el que se aprueba el régimen provisional de complementos de sueldo en los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº13 de 15/01/1968.

Decreto 3207 de 28 de diciembre de 1967, por el que se desarrolla el artículo 10 de la Ley 116/1966, reglamentando el régimen de acumulaciones de plazas en los Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº13 de 15/01/1968.

Orden de 11 de julio de 1968, relativa la consignación presupuestaria que determinados Ayuntamientos realizaban para el pago de compensación de igualas sanitarias en zonas rurales. *Boletín Oficial del Estado* nº189 de 07/08/1968.

Decreto 3279 de 26 de diciembre de 1968, por el se aprueba una reestructuración parcial de partidos médicos, farmacéuticos y veterinarios y se dictan normas para proseguir la reforma de plantillas de los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. *Boletín Oficial del Estado* nº 17 de 20/01/1969.

Decreto 3283 de 26 de diciembre de 1968, por el que se regula el régimen de retribuciones de quienes sustituyan a los Sanitarios Locales en su ausencia. *Boletín Oficial del Estado* nº17 de 20/01/1969.

Orden de 30 de junio de 1970, por la que se aprueba y publica la relación de funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 297 de 12/12/1970. Suplemento.

Decreto 2120 de 13 de agosto de 1971, por el que se aprueba el reglamento provisional para el ingreso y provisión de puestos de trabajo en los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local. *Boletín Oficial del Estado* nº 226 de 21/09/1971.

Decreto 2344 de 7 de julio de 1972, por el que se modifica el grado de actividad de los Cuerpos especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. *Boletín Oficial del Estado* nº225 de 19/09/1972.

Decreto 2056 de 17 de agosto de 1973, sobre la aplicación de las normas del Decreto-Ley relativo a la acomodación de las retribuciones de los funcionarios locales a los del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº214 de 06/09/1973.

Decreto 2065 de 30 de mayo de 1974, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº 173 de 20/07/1974.

Decreto 2463 de 9 de agosto de 1974, por el que se fija el sueldo base de los funcionarios de la Administración Local. *Boletín Oficial del Estado* nº216 de 09/09/1974.

Decreto 3318 de 21 de noviembre de 1974, sobre modificación o determinación de partidos sanitarios, clasificación de puestos de trabajo y plantillas de los Cuerpos de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. *Boletín Oficial del Estado* nº 296 de 11/12/1974.

Real Decreto-Ley 22 de 30 de marzo de 1977, de reforma de la legislación sobre funcionarios de la Administración Civil del Estado y personal militar de los ejércitos de Tierra, Mar y Aire. *Boletín Oficial del Estado* nº 83 de 07/04/1977.

Real Decreto 1410 de 17 de junio de 1977, por el que se desarrolla lo dispuesto en el artículo 125 de la Ley General de la Seguridad Social sobre las faltas y sanciones a los farmacéuticos titulares de las oficinas de farmacia en su actuación en la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº 148 de 22/06/1977.

Real Decreto 1558 de 4 de julio de 1977, por el que se reestructuran determinados órganos de la Administración Central del Estado. *Boletín Oficial del Estado* nº159 de 05/07/1977.

Real Decreto 1918 de 29 de julio de 1977, sobre estructuración del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* nº181 de 30/07/1977.

Real Decreto 909 de 14 de abril de 1978, por el que se regula el establecimiento, transmisión o integración de las Oficinas de Farmacia. *Boletín Oficial del Estado* nº 106 de 04/05/1978.

Real Decreto 2221 de 25 de agosto de 1978, por el que se establece la confección del Mapa sanitario del territorio nacional. *Boletín Oficial del Estado* nº 226 de 21/09/1978.

Real Decreto-Ley 30 de 27 de septiembre de 1978, por el que se aprueba el régimen preautonómico para Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº242 de 10/10/1978.

Real Decreto 2406 de 29 de septiembre de 1978, por el que se desarrolla el Real Decreto-Ley 30/1978 que aprueba el régimen preautonómico para Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº242 de 10/10/1978.

Real Decreto 2649 de 29 de septiembre de 1978, por el que se incorporan al Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos a los Farmacéuticos, titulares de oficinas de farmacia. *Boletín Oficial del Estado* nº 268 de 09/11/1978.

Orden de 23 de noviembre de 1978 por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 294 de 23/11/1978.

Orden de 23 de noviembre de 1978 por la que se convocan pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 294 de 09/12/1978

Real Decreto 3031 de 7 de diciembre de 1978, por el que se actualiza el Reglamento provisional para ingreso y provisión de puestos de trabajo en los Cuerpos Especiales

de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local, en el caso de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 307 de 25/12/1978.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado nº311 de 29/12/1978.

Real Decreto 3302 de 22 de diciembre de 1978, por el que se reorganiza el Ministerio de Sanidad y Seguridad. *Boletín Oficial del Estado* nº29 de 01/02/1979.

Real Decreto 466 de 29 de febrero de 1980, sobre transferencias de competencias de la Administración del Estado al Consejo Regional de Murcia en materia de urbanismo, agricultura, actividades molestas, insalubres y peligrosas, ferias interiores, turismo, transportes, administración local, cultura y sanidad. *Boletín Oficial del Estado* nº 65 de 15/03/1980.

Orden de 11 de marzo de 1980, por la que se convoca concurso ordinario de traslado en la plantilla del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 74 de 26/03/1980.

Orden de 25 de marzo de 1980 por la que se modifica el artículo 5º de la del Ministerio de la Gobernación de 2 de mayo de 1962. *Boletín Oficial del Estado* nº 75 de 27/03/1980.

Resolución de 26 de mayo de 1980, de la Secretaría de Estado para la Sanidad, por la que se fija la escala de preferencias para la provisión interina de vacantes en los Cuerpos de Farmacéuticos, Veterinarios, Practicantes y Matronas titulares. *Boletín Oficial del Estado* nº 141 de 12/06/1980.

Real Decreto 1711 de 31 de julio de 1980, por el que se daban las normas para la instalación de Oficinas de Farmacia a los Farmacéuticos titulares de los partidos farmacéuticos. *Boletín Oficial del Estado* nº 213 de 04/09/1980.

Real Decreto 340 de 15 de enero de 1982, sobre transferencia de competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado a Entes Preautonómicos en materia de Sanidad (AISNA). *Boletín Oficial del Estado* nº 51 de 01/03/1982.

Ley Orgánica 4 de 9 de junio de 1982, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº146 de 19/06/1982.

Real Decreto 2628 de 24 de septiembre de 1982, por el que se aprueban las Normas de Traspaso de Servicios del Estado a la Comunidad Autónoma de Murcia y el funcionamiento de la Comisión Mixta prevista en la disposición transitoria quinta de su Estatuto de Autonomía. *Boletín Oficial del Estado* nº251 de 21/10/1982.

Real Decreto 4165 de 29 de diciembre de 1982, sobre transferencia de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Murcia en materia de disciplina del mercado. *Boletín Oficial del Estado* nº 63 de 15/03/1983.

Real Decreto 1945 de 22 de junio de 1983, por el que se regulan las infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y de la producción agro-alimentaria. *Boletín Oficial del Estado* nº168 de 15/07/1983.

Ley 12 de 14 de octubre de 1983, del proceso autonómico. *Boletín Oficial del Estado* nº 247 de 15/10/1983.

Real Decreto 3175 de 16 de noviembre de 1983, sobre valoración definitiva y ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de disciplina del mercado. *Boletín Oficial del Estado* nº 310 de 28/12/1983.

Ley 53 de 26 de diciembre de 1984, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. *Boletín Oficial del Estado* nº4 de 04/01/1984.

Real Decreto 137 de 11 de enero de 1984, sobre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado* nº 37 de 01/02/1984

Real Decreto 550 de 8 de febrero de 1984, sobre valoración definitiva, ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados y adaptación de los transferidos en fase preautonómica a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de sanidad. *Boletín Oficial del Estado* nº 70 de 22/03/1984.

Ley 30 de 2 de agosto de 1984, de medidas para la reforma de la Función Pública. *Boletín Oficial del Estado* nº 185 de 03/08/1984.

Decreto 116 de 8 de octubre de 1984, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 238 de 17/10/1984.

Ley 3 de 10 de julio de 1985, de creación del «Organismo Autónomo Imprenta Regional de Murcia» y establece el funcionamiento del «Boletín Oficial de la Región de Murcia». *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº143 de 24/06/1986.

Ley Orgánica 11 de 2 de agosto de 1985, de libertad sindical. *Boletín Oficial del Estado* nº 189 de 08/08/1985.

Real Decreto 2026 de 9 de octubre de 1985, sobre valoración definitiva, ampliación de medios adscritos y adaptación de los transferidos en fase preautonómica a la Comunidad Autónoma de Murcia en materia de Sanidad (A.I.S.N.A.). *Boletín Oficial del Estado* nº 261 de 31/10/1985.

Ley 1 de 27 de enero de 1986, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el año 1986. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 22 de 28/01/1986.

Ley 3 de 19 de marzo de 1986, de la función pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº75 de 02/04/1986.

Ley 14 de 25 de abril de 1986, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* nº102 de 29/04/1986.

Real Decreto 1062 de 26 de mayo de 1986, por el que se reguló el sistema de unitario de méritos y traslados de los funcionarios de Cuerpos Sanitarios Locales. *Boletín Oficial del Estado* nº132 de 03/06/1986.

Ley 3 de 19 de Marzo de 1986, de la Función Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 169 de 16/06/1986.

Orden de 2 de febrero de 1987, por la que se aprueban y hacen públicas las relaciones de puestos de trabajo del Gabinete de la Presidencia, Consejería de Hacienda y Administración Pública, Consejería de Política Territorial y Obras Públicas, Consejería de Cultura y Educación, Consejería de Industria, Comercio y Turismo, Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca, Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, y del Organismo Autónomo Imprenta Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 30 de 07/02/1987.

Ley 4 de 27 de abril de 1987, de ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Regional. *Boletín Oficial del Estado* nº 169 de 16/07/1987.

Decreto 76/1987, de 8 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 245 de 27/10/1987.

Orden de 24 de marzo de 1988, por la que se aprueban las relaciones de puestos de trabajo de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social, así como del Organismo Autónomo adscrito a la misma. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 78 de 06/04/1988; Suplemento nº3.

Decreto 53 de uno de junio de 1989, por el que se aprueba el Reglamento General de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 138 de 17/06/1989.

Orden conjunta de 15 de septiembre de 1989, de las Consejerías de Administración Pública e Interior y Hacienda, por la que se aprueba las relaciones de puestos de trabajo de la Secretaría General de la Presidencia y de las Consejerías de Hacienda ; Política Territorial y Obras Públicas ; Cultura, Educación y Turismo; Economía, Industria y Comercio ; Agricultura, Ganadería y Pesca ; Sanidad ; Administración Pública e Interior ; Bienestar Social, así como los Organismos Autónomos adscritos a las mismas. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 221 de 26/09/1989

Ley 2 de 12 de junio de 1989, de modificación de la Ley 3/1986 de 19 de marzo, de la Función Pública de la Región de Murcia y de la Ley 4/1987, de 27 de abril, de

Ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Regional. *Boletín Oficial del Estado* nº 241 de 07/10/1989.

Decreto 93 de 17 de noviembre de 1989, de incorporación de Médicos y A.T.S. pertenecientes a los Cuerpos Sanitarios Locales en los Equipos de Atención Primaria. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 277 de 02/12/1989.

Decreto 91 de 17 de noviembre de 1989, por el que se reestructuran los Servicios Veterinarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 280 de 07/12/1989.

Ley 2 de 5 de abril de 1990, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 96 de 27/04/1990.

Ley 4 de 27 de abril de 1987, de ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 96 de 27/04/1990.

Decreto 46, de 28 de junio de 1990, por el que se aprueba el modelo y se dictan normas para la aprobación y modificación de las relaciones de puestos de trabajo, y se configuran las especialidades u opciones de distintos cuerpos de esta Administración Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 160 de 13/07/1990.

Decreto 35 de 7 de junio de 1990, por el que se integra en el Cuerpo Superior Facultativo a los Veterinarios titulares pertenecientes al Cuerpo Nacional de Sanitarios Locales. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 169 de 24/07/1990.

Orden de 31 de julio de 1990, de la Consejería de Administración Pública e Interior, por la que se aprueban las relaciones de puestos de trabajo de la Administración de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 176 de 01/08/1990.

Ley 25 de 20 de diciembre de 1990, del medicamento. *Boletín Oficial del Estado* nº306 de 22/12/1990.

Decreto 95/1990, de 10 de diciembre por el que se realiza la clasificación y se aprueban las relaciones de todo el personal funcionario al servicio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en la organización de su Función Pública. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 295 de 27/12/1990; Suplemento nº13.

Ley 11 de 26 de diciembre de 1990, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para 1991. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 297 de 28/12/1990, Suplemento nº14.

Ley Orgánica 1 de 13 de marzo de 1991, de reforma del artículo 24.3 del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 63 de 14/03/1991.

Ley 3 de 23 de diciembre de 1991, de Presupuestos Generales de la Región de Murcia para 1992. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 299 de 30/12/1991.

Ley Orgánica 4 de 24 de marzo de 1994, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 72 de 25/03/1994.

Ley Orgánica 1 de 15 de junio de 1998, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, del Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 143 de 16/06/1994.

Ley 4 de 26 de julio de 1994, de Salud de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 176 de 04/08/1994.

Orden de 10 de octubre de 1994, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se aprueban las bases generales que han de regir las convocatorias de puestos de trabajo de la Administración Regional, mediante el sistema de concurso de méritos. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº264 de 16/11/1994.

Ley 6 de 9 de noviembre de 1994, de modificación de la Ley 4/1987 de 27 de abril de Ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administraci6n Regional. *Boletín Oficial del Estado* nº 31 de 6/02/1995.

Decreto 34 de 12 de mayo de 1995, por el que se reestructuran los servicios farmacéuticos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales en el ámbito territorial de las Áreas de Salud de la Región de Murcia y se fija el régimen jurídico de los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares de la Administración Pública Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº123 de 29/05/1995.

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 24 de enero de 1996, sobre retribuciones para 1996 del personal al servicio de la Comunidad Autónoma de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº26 de 01/02/1996.

Decreto 64 de 2 de Agosto de 1996, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Política Social. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 191 de 17/08/1996.

Orden de 18 de septiembre de 1996, de la Consejería de Presidencia, por la que se convoca concurso de méritos que permita la constitución de una lista de espera para la provisión de plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos titulares de la Administración Regional, mediante nombramiento de personal interino. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 232 de 04/10/1996.

Orden de 15 de octubre de 1996, de la Consejería de Presidencia, de subsanación de errores advertidos en la Orden de 18 de septiembre de 1996, de la misma Consejería, por la que se convoca concurso de méritos que permita la constitución de una lista de espera para la provisión de plazas del Cuerpo Facultativo de Farmacéuticos Titulares

de la Administración Regional, mediante nombramiento de personal interino. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 245 de 21/10/1996.

Orden de 7 de marzo de 1997, de la Consejería de Presidencia, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia nº 69 de 25/03/1997.

Orden de 30 de mayo de 1997 de la Consejería de Presidencia, por la que se aprobó la Relación de Puestos de Trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 131 de 10/06/1997 (suplemento número 4).

Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre "Drogas, para la Prevención, Asistencia e Integración Social'. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº262 de 12/11/1997.

Orden de 5 de marzo de 1998, de la Consejería de Presidencia, por la que se aprueban los programas de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en la Administración Pública Regional en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 67 de 23/03/1998.

Orden de 18 de mayo de 1998 por la que se regula el modelo de carné de identificación del personal inspector de la Consejería de Sanidad y Política Social. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 125 de 02/06/1998.

Decreto 33 de 4 de junio de 1998, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia para 1998. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 131 de 10/06/1998.

Orden de 14 de diciembre de 1998, de la Consejería de Presidencia, por la que se aprueban los baremos de méritos y áreas funcionales que se han de aplicar en las convocatorias para la provisión de puestos de trabajo de la Administración Pública Regional por el sistema de concurso de méritos. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 295 de 23/12/1998.

Decreto 104 de 28 de julio de 2000, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia para el ejercicio 2000. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 175 de 29/07/2000.

Decreto 113 de 22 de septiembre de 2000, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 230 de 03/10/2000.

Decreto 1 de 15 de diciembre de 2000, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 85 de 12/04/2001.

Orden de 20 de diciembre de 2000, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueban los programas de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en la Administración Regional. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº7 de 10/01/2001.

Orden de 11 de junio de 2001, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se nombran funcionarios de distintos Cuerpos de la Administración Regional procedentes de las ofertas de empleo público correspondientes a los años 1997 y 1998. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 145 de25/01/2001.

Orden de 23 de enero de 2001, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueban los ejercicios y programas comunes de las pruebas selectivas para el acceso a los Cuerpos Superior Facultativo, Técnico, de Técnicos Especialistas y de Técnicos Auxiliares. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº32 de 08/02/2001

Decreto Legislativo 1/2000, de 15 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación de Cuerpos y Escalas de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº85 de 12/04/2001.

Real Decreto 510 de 11 de mayo de 2001, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos. *Boletín Oficial del Estado* nº 125 de 25/05/2001.

Real Decreto 909/2001, de 27 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la Prevención y Control de la Legionelosis. *Boletín Oficial del Estado* nº 180 de 28/07/2001.

Orden de 10 de diciembre de 2001, de la Consejería de Economía y Hacienda por la que se modifican las relaciones de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 295 de 22/12/2001.

Real Decreto 1474 de 27 de diciembre de 2001, sobre el traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado* nº 312 de 29/12/2001.

Decreto 72 de 12 de abril de 2002, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia para el año 2002. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 95, de 25/04/2002.

Orden de 7 de junio de 2002, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se nombran funcionarios de distintos cuerpos de la Administración Regional procedentes de las ofertas de empleo público convocadas al amparo de la oferta de empleo público del año 2000. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 145 de25/06/2002.

Decreto 117 de 27 de septiembre de 2002, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 234 de 08/10/2002.

Ley 16 de 28 de mayo de 2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado* nº 128 de 29/05/2003.

Orden de 12 de junio de 2003 por la que se modifica la Orden de 18 de mayo de 1998 por la que se regula el modelo de carné de identificación del personal Inspector de la Consejería de Sanidad y Política Social. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 149 de 01/06/2003.

Orden de 7 de octubre de 2003, de la Consejería de Hacienda, por la que se nombran funcionarios de distintos cuerpos de la Administración Regional, procedentes de las ofertas de empleo público de los años 2000 y 2002 convocadas al amparo de los decretos 104/2000 y 72/2002. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 239 de15/10/2003.

Decreto 35 de 16 de abril de 2004, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia de los años 2003 y 2004. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 90 de 20/04/2004.

Anuncio de organización profesional: Asociación de Inspectores Sanitarios (AIS). *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº65 de 21/03/2005.

Decreto 61 de 20 de mayo de 2005, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia del año 2005. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 116, de 23/05/2005.

Orden de 9 de noviembre de 2005, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se nombran funcionarios de carrera de distintos cuerpos de la Administración Regional, procedentes de la Oferta de Empleo Público del año 2004 convocada al amparo del Decreto 35/2004, de 16 de abril. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 276 de 30/11/2005.

Ley 28 de 26 de diciembre de 2005, sobre medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado* nº309 de 27/12/2005.

Orden de 14 de septiembre de 2006, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº224 de 27/09/2006.

Resolución de 7 de noviembre de 2006, del Secretario General de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se dispone la publicación en “el Boletín Oficial de la Región de Murcia” del Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 27 de octubre de 2006, por el que se modifica el Anexo IV.2 del Acuerdo del Consejo de Gobierno

de fecha 20 de enero de 2006, sobre retribuciones del personal al servicio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el año 2006. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 278 de 01/12/2006.

Ley 12 de 27 de diciembre de 2006, sobre Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social para el año 2007. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 300 de 30/12/2006, Suplemento nº8.

Orden de 26 de enero de 2007 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se integra en la Opción Farmacia del Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública a los funcionarios pertenecientes al Cuerpo de Farmacéuticos Titulares, se modifica la relación de puestos de trabajo y se asigna el correspondiente puesto de trabajo. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 55 de 05/03/2007.

Decreto 34 de 30 de marzo de 2007, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia correspondiente a los años 2006/2007. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 78 de 04/04/2007

Orden de 23 de abril de 2007, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueba el programa de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en la Administración Pública Regional en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Farmacia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº108 de 12/05/2007.

Orden de 7 de noviembre de 2007, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se aprueba el Reglamento General de Provisión de Puestos de Trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº271 de 23/11/2007.

Real Decreto 181 de 8 de febrero de 2008, de ordenación del diario oficial «Boletín Oficial del Estado». *Boletín Oficial del Estado* nº 37 de 12/02/2008.

Orden de 14 de febrero de 2008, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se aprueban las Bases Generales que han de regir las convocatorias para la provisión de puestos de trabajo de la Administración Regional por el sistema de Concurso de Méritos. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº43 de 20/02/2008.

Orden de 3 de julio de 2008, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº169 de 22/07/2008.

Orden de 30 de mayo de 2008, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 131 de 06/06/2008.

Orden de 29 de octubre de 2008, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se convoca concurso de méritos general, concurso de méritos específico y turno de resultas para la provisión de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº256 de 04/11/2008.

Orden de 11 de noviembre de 2008, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se nombran funcionarios de carrera de distintos cuerpos de la Administración Regional, procedentes de la oferta de empleo público correspondiente a los años 2006/2007 aprobada por Decretos 34 y 35, ambos de 30 de marzo de 2007. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 275 de 26/11/2008.

Orden de 4 de mayo de 2009, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 106, de 11/05/2009.

Ley 5 de 27 de diciembre de 2010, de medidas extraordinarias para la sostenibilidad de las finanzas públicas. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 301 de 31/12/2010.

Ley 1 de 24 de febrero de 2011, de modificación de la Ley 5/2010, de 27 de diciembre, de Medidas Extraordinarias para la Sostenibilidad de las Finanzas Públicas. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 48 de 28/02/2011.

Orden de 26 de octubre de 2012, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se modifica la relación de Puestos de Trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº253 de 31/10/2012.

Decreto 12 de 8 de febrero de 2013, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público y Promoción Interna del Personal de Administración y Servicios de la Administración Pública de la Región de Murcia correspondiente al año 2013. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº35, de 12/02/2013.

Orden de 25 de marzo de 2013, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº72 de 30/03/2013.

Ley Orgánica 7 de 28 de noviembre de 2013, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* nº 286 de 29/11/2013.

Orden de 7 de febrero 2014, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se aprueba el programa de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en la Administración Pública Regional en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 37 de 14/02/2014.

Decreto 14 de 21 de marzo de 2014, por el que se aprueba la oferta de Empleo Público de la Administración Pública de la Región de Murcia correspondiente al año 2014. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 69 de 25/03/2014.

Orden de 30 de septiembre de 2014, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se convoca concurso de méritos general, concurso de méritos específico y turno de resultas para la provisión de puestos de trabajo correspondientes a determinadas escalas y opciones del Cuerpo Superior Facultativo y del Cuerpo Técnico de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº237 de 13/10/2014.

Orden de 19 enero de 2015, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se hace pública la relación de puestos de trabajo de la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº26 de 02/02/2015.

5.1.1.3. Sentencias

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 13-05-1999, nº 444/1999, rec. 562/97 y 655/97, acumulado.

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 27-04-2000, nº 409/2000, rec.1187/1997.

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 11-10-2000, nº 873/2000, rec.1067/1997.

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 21-03-2001, nº 166/2001, rec. 1408/1997.

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 20-06-2001, nº 478/2001, rec. 1792/97.

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Región de Murcia. Sala Contencioso Administrativo, sec. 2ª, S 28-02-2002, nº 227/2002, rec.1989/1997.

5.2. FUENTES SECUNDARIAS:

5.2.1. Fuentes impresas

Publicaciones periódicas

Boletín Oficial del Estado. Madrid (1813-actualidad)

El Restaurador Farmacéutico. Madrid (1844-1936)

El Droguero Farmacéutico. Valladolid (1857-1859)

La Revista Farmacéutica Española. Barcelona (1861-1862)

La Unión Farmacéutica. Valencia (1866-1868)

La Farmacia Española. Madrid (1869-1931)

El Semanario Farmacéutico. Madrid (1872-1894)

Diccionario de la Administración Española de Martínez Alcubilla (1887-1972)

La Farmacia Moderna. Madrid (1890-1936)

Anuario de la Dirección General de Sanidad. Madrid (1921-1924)

Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad. Madrid (1926-1931)

Revista de Sanidad e Higiene Pública. Madrid (1932-1995)

Revista Española de Salud Pública. Madrid (1995-actualidad)

Boletín Oficial de la Región de Murcia. Murcia (1982-actualidad)

Memoria de la Consejería de Sanidad (1988-2014)

5.2.2. Bibliografía secundaria:

Trabajos monográficos (impresos y manuscritos)

Abenza López J. Mª. *La farmacia en Murcia en el siglo XIX*. Academia de Farmacia Santa María de España. 2003.

Aguilar Hendrickson, M. La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales).* 2010; (48):9-16.

Albarracín Teulón, A. "Pasado, presente y futuro del médico titular". En: *I Congreso Nacional de Médicos Titulares,* Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid; 1988. p30.

Álvarez Rey, Mª. Fª. "Pronunciamiento de 1843: Espartero en Sevilla durante la Regencia del General Espartero (1841-1843)". En: Estudios avanzados Universidad de Sevilla. *Actas de las XIII Jornadas Nacionales de Historia Militar*. 13-17 de noviembre de 2006. Sevilla; 2006; pp 41-65

Amigo Rodríguez, P.: *Institucionalización de la medicina familiar y comunitaria como especialidad médica en España (1978-2008).* Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca. 2011.

Arroyo Medina, Poder Mª. Del: "Asociacionismo médico farmacéutico en la España de la segunda mitad del S. XIX". *Asclepio*: *Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 1997, 49(2):45-66.

Barona, J.L. y Bernabeu-Mestre, J. *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945).* Universidad de Valencia, 2008.

Barona Vilar, C. *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936).* Tesis doctoral. Universidad de Valencia; 2002.

Beltrán Aguirre, J.L.: "Las competencias autonómicas sobre ordenación farmacéutica y la Ley del medicamento". *Revista jurídica de Navarra.* 1991; 11:pp67-78.

Bernabeu Mestre, J. "El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934". *Revista Sanitaria de Higiene Pública*. 1994; 68:pp65-89.

Blasco Nogués, R. "Medicamentos y fórmulas magistrales en los albores del siglo XIX: El medicamento y su mundo en el entorno de los sitios". En: De Torres Aured, Mª. L. (coord.), *Los sitios de Zaragoza: Alimentación, enfermedad, salud y propaganda*. Institución Fernando El Católico (C.S.I.C.), Zaragoza. 2009.

Campos Díez, M.S. El protomedicato en la administración central de la Monarquía Hispánica. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*. 1996; 16:pp43-44.

Campos Marín, R.: El desarrollo de la salud pública en España durante el siglo XX. *Eidon: Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*. 2009; nº32:pp67-73.

Colegio de Farmacéuticos de Madrid. "A la Comisión Regia que entiende en el arreglo de las tres facultades de curar". Madrid: Imp. y lib. de don Pedro Sanz. 1836.

De Murcia, Región: *Memorias de la Consejería de Sanidad*. Años 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010,2011, 2012, 2013 y 2014.

Del Castillo García, B. *Evolución de los planes de estudio de Farmacia en España*. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. Año

Díaz López, N.: Estudio de la reestructuración orgánica y funcional de los farmacéuticos titulares. *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*. Servicio de Publicaciones. Madrid. 1980.

Diez Lafuente, M: *La Unión Farmacéutica Nacional (1913- 1936). Veinticuatro años de vida corporativa*. Madrid, Universidad Complutense. 1990.

Escalera, E., González Llana, M. "*La España del siglo XIX. Sus hombres y acontecimientos más notables*". Vol.1. Madrid: Juan José Martínez (ed.); 1865.

Escudero Delgado, Mª L. La beneficencia municipal en Guadalajara: el padrón de familias pobres (1885-1936). *Añil: Cuadernos de Castilla-La Mancha.* 1995; 6:61-65.

Fernández Rodríguez, O.: *Métodos Oficiales de análisis de alimentos: estudiados y propuestos por encargo de la Unión Farmacéutica Nacional*. Madrid, Dirección General de Sanidad. 1940.

Fernández Riquelme, S. Los orígenes de la Beneficencia. Humanismo, Derecho de pobres y Estado liberal. *La Razón Histórica*. 2007; 1.

Folch Jou, G & Francés, M.C.: "Especialidades farmacéuticas y los timbres del Estado y sanitarios". *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*. 1970; 83:97-109.

García de Enterría, E.: Legislación delegada, potestad reglamentaria y control judicial. Madrid. 1970; p135, En: Bando Casado, H.C.: Evolución histórica de la protección de la salud en España: desde 1812 hasta la Ley General de Sanidad (1986). *Estudios sobre Consumo*. 1986; 8(9):51-61.

Granjel Mercedes. "Ser médico en la España del siglo XVIII". *Medicina e Historia: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas;* 2009, (3):1-16.

Giménez Muñoz, Mª C. La beneficencia municipal en la capital hispalense (1850-1900): La Beneficencia domiciliaria, el asilo de mendicidad y las casas de socorro. *Historia Contemporánea*. 2007; 34:225-258.

Guaita Martorell, A.: *Derecho Administrativo Especial*, Tomo II, 1ª reimpresión, Zaragoza, Librería General, 1965.

Gutiérrez Molina. C., López Casares, R., Gómez Campoy, E., Córdoba Martínez, F., Sintas Lozano, F, Sanz Navarro, J. et al.: Brote de legionelosis en Murcia en julio de 2001. La óptica de sanidad ambiental. *Revista de Salud Ambiental.* 2002; 2(1):22-31.

Hernández de Troya, Mª. Vª. L*a prestación farmacéutica del sistema nacional de salud*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 1998.

Hernández Lorca, F. J.: *La transición política en Murcia: Crónica del proceso autonómico*. Ediciones Mediterráneo; 1984.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P.: *Metodología de la Investigación*. Chile: McGraw – Hill; 2003, En: Paz Lourido, B. "*Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria*". Tesis Doctoral. Universidad de las Islas Baleares; 2008:p31

Herrera Gómez, M. *Los orígenes de la intervención estatal en los problemas sociales*. Escuela Libre Editorial. Madrid, 1999.

Huertas, R.: "Política sanitaria: De la Dictadura de Primo de Rivera a la IIª República". *Revista Española de Salud Pública.* 2000; 74(MON): 35-43.

Libro Blanco de la Homeopatía. Cátedra Boiron de Homeopatía. Universidad de Zaragoza

López Castellano, F. *Las raíces históricas del tercer sector*. Universidad de Granada, 2004.

López Díaz, Mª Tª. et col.: "La evolución de la farmacia en el s. XIX y primera mitad del s. XX". En: *Exposición: la farmacia y el arte de curar*. Universidad de Sevilla. 1999; 24:pp21-31.

López Terrada M.L. y Martínez Vidal, A. El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica (1593-1808). *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*. 1996; 16:16-19.

López Piñero, J.Mª. y Terrada Ferrandis, M.L.: Las etapas históricas del periodismo médico en España. Estudio bibliométrico. En: Albarracín Teulón, A., López Piñero, J.Mª. y Sánchez Granjel, L.: *Medicina e historia*. Universidad Complutense. 1980; pp163-191.

Mangas Roldán, Jª.Mª. Anotaciones sobre las juntas municipales de sanidad. *VI Jornadas de historia de la veterinaria*. 16 y 17 de noviembre de 2001, Valencia.

Marset Campos, P., Sáez Gómez, J. M. & Martínez Navarro, F.: La salud pública durante el franquismo. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medin'nae Sciatiarumque Histonam Illustrandam*; 1995; 15: 211-250.

Marset Campos, P., Rodríguez Ocaña, E y Sáez Gómez, J. M. La salud pública en España. En: Martínez Navarro F, et al. *Salud Pública*. Madrid: MCGraw-Hill-Interamericana; 1998.

Martínez M.V.: *La figura del farmacéutico titular en la legislación española*. Memoria de licenciatura. Cátedra de Historia de la Farmacia y Legislación. Universidad de Ganada, 1981.

Martínez-Pereda Rodríguez, J.M.: "Intrusismo Punible y conflictos en las distintas especialidades médicas". *Derecho y salud*. 1997. 5(1):1-17.

Méndez Álvaro, F: Consideraciones sobre higiene pública y mejora que reclama la higiene municipal. Madrid. 1853, en: Barona Vilar, C. Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936) (tesis doctoral) Valencia: Universidad de Valencia. 2002; pp65-66.

Ministerio de Sanidad y Consumo "*Real Farmacopea Española. Primera edición*". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.

Molero Mesa, J.: Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medin'nae Sciatiarumque Histonam Illustrandam*. 1994; Vol. 14, pp199-225.

Molero Mesa, J y Jiménez Wana, I.: "Salud y burocracia en España. Los cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951)". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74(MON):45-79.

Moll, I., Pujadas-Mora, J. M., & Salas, P.: "Normativa y práctica de la reforma sanitaria, 1855-1923". En: *X Congreso Internacional de la AEHE*. 8, 9 y 10 de Septiembre 2011. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide Carmona. 2011.

Monlau, P.F. "Elementos de higiene pública o arte de conservar la salud de los pueblos". 2ª edición. Madrid. Imprenta de Rivadeneyra, vol. III, 1862, en: Barona Vilar, C. *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936).* Tesis doctoral. Valencia: Universidad de Valencia. 2002; p41.

Muñoz Machado, S: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Alianza Editorial. 1995.

Muñoz Machado, S.: *La Sanidad pública en España:(evolución histórica y situación actual)*. Instituto de estudios administrativos, 1975. Comentado en: Viñes

Rueda, J.J.: *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902).* Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. 2006; p143.

Muñoz Ramírez, M. El empleo público como recompensa en la posguerra española". *Boletín Millares Carlo*, 1993, nº12, pp119-128.

Ojeda, P., Vallejo, I.: "Pedro Calvo Asensio", en: Colección de autores vallisoletanos nº2, vol.I. Valladolid, Ayuntamiento de Valladolid, 2001.

Ordóñez Iriarte, J.M.; Abad Sanz, I; Martínez-Pardo Valle, P.; Martínez Corral, J. y Villoria Mendieta, M. "La reestructuración de los recursos sanitarios dedicados a la salud ambiental en la Comunidad de Madrid (1989-1999)". *Revista Salud Ambiental*. 2001; 1(1):pp36-48.

Pardo y Bartolini, M.: "*Elogio histórico del doctor en Farmacia D. Pedro Calvo Asensio leído en la Junta del Aniversario 132 de la instalación*". Madrid: Colegio de Farmacéuticos de Madrid. 1869.

Parrilla Valero, F. Las funciones desempeñadas por los farmacéuticos titulares en la provincia de Valencia en el año 1954. *Ars Pharmaceutica*. 2003; 54(1): pp24-32.

Parrilla Valero F. En busca del origen de los farmacéuticos titulares. *Gaceta Sanitaria*; 2009; 23(1):72-75.

Pérez Alegre, Mª E, y Gil Alegre, Mª E.: *La farmacia del siglo XXI*. Colección: Historia de la Ciencia y la Técnica. Ediciones AKAL, 1992; 47.

Pérez Juan, J.A. "La reforma de la Administración territorial en 1870: La Comisión Provincial de Alicante". *Reformistas y reformas en la administración española*. Instituto Nacional de Administración Pública. 2005

Pérez López, E., Cabezas López M.D. y López Andújar, G.: "El farmacéutico en el control sanitario local en Andalucía: evolución y actualidad del cuerpo de farmacéuticos titulares.". *Ars Pharmaceutica*. 2010; 51. Suplemento3: pp41-65

Pérez Serrano, J.: "La casa de expósitos de Cádiz en la primera mitad del siglo XIX: avances y retrocesos de la reforma liberal en el sistema benéfico". *Revista de historia moderna y contemporánea*. 1991; 3: 85-116.

Portillo Navarro, Mª. J. "Evolución del sistema impositivo Español desde 1845 hasta la reforma tributaria silenciosa de Flores de Lemus". *Anales de Derecho*. Universidad de Murcia. 1997; 15:p131

Portillo Navarro, Mª.J.: "Desde la contribución de Inmuebles, cultivo y ganadería hasta el impuesto sobre bienes inmuebles. Evolución histórica, situación actual y perspectivas de futuro". *Instituto de Estudios Fiscales*. 2010; 14.

Puerto Sarmiento, F. J. "Los conflictos de los médicos y farmacéuticos del siglo XIX con el subsidio industrial y de comercio". En: Folch, G. y Puerto, J. coord.: *Medicamento, Historia y Sociedad.* Madrid, Universidad Complutense de Madrid. 1982.

Puerto Sarmiento, F.J. "Pedro Calvo Asensio (1821-1863): farmacéutico liberal". *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia". 1983; 136.*

Puerto Sarmiento, F.J.: "La profesión farmacéutica: del gremialismo al corporativismo", En: J.L. Peset Reig: La ciencia moderna y el conocimiento del Nuevo Mundo. *Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y de la Tecnología Madrid*; 1985.

Puerto Sarmiento, F.J. "*Pedro Calvo Asensio: Diputado, farmacéutico, periodista y autor polifacético (1821-1863)*". Madrid: Congreso de los Diputados. 2013.

Pulido Fernández, Á.: *Sanidad Pública en España y Ministerio Social de las Clases Médicas*. Establecimiento Tipográfico de Enrique Teodoro, 1902.

Pulido Fernández, Á.: "La sanidad pública en España y ministerio social de las clases médicas". *El Siglo Médico*, 49: pp2550-2556. En: García Guerra, D. y Álvarez Antuña, V.: "Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902)". *Dynamis. Acta Hispanica ad Medin'nae Sciatiarumque Histonam Illustrandam*. 1994; 14:pp23-41.

Quintero Lima, Mª G.: *La Seguridad Social en España. Evolución histórica*. Universidad Carlos III de Madrid.

Rebollo, E.O.: *Historia del municipalismo Español*. Editorial Iustel, 2005.

Redondo Rincón, Mª G. *El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2013.

Redondo Rincón, Mª G. y González Bueno, A.: La implantación de la prestación farmacéutica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944-1955). *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*. 2013; 79(4): 658-688.

Rodríguez-Chamorro, M.A. García-Jiménez, E, Rodríguez Chamorro, A, Pérez Merino, E.Mª. y Moreno López**,** A: "Las Farmacopeas Españolas publicadas en los últimos 500 años (s. XVI-XXI)". *Farmacéuticos comunitarios* 2012; 4.

Rodríguez Nozal, R.: "Orígenes, desarrollo y consolidación de la industria farmacéutica española (ca. 1850-1936)". *Asclepio*. 2000; 52(1):127-160.

Rodríguez Nozal, R. y González Bueno, A.: "De objeto de consumo a producto sanitario: primeros proyectos sobre el control sanitario del medicamento en España". *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas.* 2004; 27(58):147-164.

Rodríguez Nozal, R y González Bueno, A. *Los orígenes de la fabricación industrial del medicamento. Entre el arte y la técnica.* Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 2005.

Rodríguez Nozal, R.: "Sanidad, farmacia y medicamento industrial durante la II República (1931-1936)".Llull: *Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas.* 2007; 30(65):123-150.

Rodríguez Ocaña, E. El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 1987, (7-8):163.

Rodríguez Ocaña, E.: "La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74(Mon):pp27-34.

Rodríguez Ocaña, E.: "La Salud pública en España en el contexto europeo, 1890-1925". *Revista Española de Salud Pública*, 2008, vol. 68, pp11-27.

Rodríguez Ocaña, E y Martínez Navarro F. *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud. 2011; pp22-26.

Ronderos, P. "El arte de boticario durante la primera mitad del siglo XVII en el nuevo Reino de Granada". *ICANH. Fronteras de la Historia*. 2007; 12:pp175-196.

Rueda Viñes, J.J. *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902).* Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 2006.

Sanmartín Mínguez, J. S. y Brasa Arias, B.: "Los planes de estudio". *En: De pharmaceutica scientia: 150 años de la Facultad de Farmacia (1857-2007).* Universidad de Santiago de Compostela: J. Santiago Sanmartín Mínguez (Ed.); 2007: pp27-53.

Sánchez Hormigo, A. "Valentín Andrés Álvarez (Un economista del 27)". *Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza*, 1991.

Simón Arce, R. "Los socorros domiciliarios y la municipalización de los servicios médicos de beneficencia". Ponencia presentada en el *Congreso Internacional Historia y Ciencia: La modernización del siglo XXI*. 14-17 abril 2008, Universidad Carlos III, Madrid.

Townson, N.: "Saneando la sanidad: La ley de coordinación sanitaria de 1934". *Cuadernos republicanos*, 2005; 57:pp25-38.

Valverde Ruiz, E. *La Real Botica en el siglo XIX, a través de los documentos conservados en los archivos de palacio y Real Oficina de Farmacia.* Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 1999.

Vid. A. de Lorenzo: *Estatuto Jurídico del Médico Titular*. *Régimen Funcional Orgánico*. Madrid, 1971, p45.

Vidal Galache, F.: "El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid". *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*. 1987; 1:41-56.

Villacorta Baños, F.: *Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX, 1890-1923*; Madrid, Siglo XXI, 1989, p2, inserto en: Simón Arce, R: "Los socorros domiciliarios y la municipalización de los servicios médicos de beneficencia". Ponencia presentada en el *Congreso Internacional Historia y Ciencia: La modernización del siglo XXI*. 14-17 abril 2008. Universidad Carlos III. Madrid.

Villarino Samalea, G.: El personal al servicio de la Sanidad local: Los funcionarios sanitarios locales. *DS: Derecho y salud*, 1997, vol. 5, nº1, pp45-61.

Viñes Rueda, J.J. *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902).* Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. 2006.

5.2.3. Páginas Web

Alemán Bracho, C: *De la asistencia social a los servicios sociales: el siglo XIX*. http://ocw.innova.uned.es/sociologia/contenidos/1_aula/2_historia/TEMA3.pdf
(Último acceso el 1 de marzo de 2014).

Congreso de los Diputados. *Sinopsis del Estatuto de la Región de Murcia.*
http://www.congreso.es/consti/estatutos/sinopsis.jsp?com=78
(Último acceso el 1 de julio de 2015).

Asamblea Regional de Murcia. *Estatuto de Autonomía*. http://www.asambleamurcia.es/estatuto-de-autonomia
(Último acceso el 1 de julio de 2015).

Región de Murcia digital. *Del Consejo Regional al Estatuto de Autonomía*. http://www.regmurcia.com/servlet/s.Sl?sit=c,373,m,1915&r=ReP-27596-DETALLE_REPORTAJESPADRE. (Último acceso el 1 de julio de 2015).

Sociedad Española de Medicina Homeopática. *Historia de la Homeopatía*. http://www.semh.org/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=54 (Último Acceso 21 de enero de 2014).

Sociedad Hahnemanniana Matritense (SHM). *Historia*. http://www.homeoint.org/site/sanjose/shm.htm. (Último acceso el 25 de enero de 2014).

BIBLIOGRAFÍA

6. APÉNDICES DOCUMENTALES

6. APÉNDICES DOCUMENTALES

Apéndice 1: *Programa para las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales (1935).*

Apéndice 2: *Programa para las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales (1944).*

Apéndice 3: *Programa para las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales (1947).*

Apéndice 4: *Programa para las oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales (1962).*

Apéndice 5: *Programa de materias que han de regir para las pruebas selectivas para ingreso en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares: oposición libre y concurso oposición restringido (1978).*

Apéndice 6: *Programa de materias específicas de las pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular de la administración pública regional (1998).*

Apéndice 7: *Programa de materias específicas de las pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo Facultativo Farmacéutico Titular de la administración pública regional (2001).*

Apéndice 8: *Programa de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia de la administración pública regional (2007).*

Apéndice 9: *Programa de materias específicas de las pruebas selectivas para ingreso en el Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, opción Farmacia de la administración pública regional (2014).*

6.1. ANEXOS ICONOGRÁFICOS

Apéndice 10: *Primera regulación normativa que incluye la denominación de "farmacéuticos titulares": Real Decreto de 5 de abril de 1854, mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. Gaceta de Madrid nº 467 de 12/04/1854.*

Apéndice 11: *Ejemplo de carta remitida a la revista "El Restaurador Farmacéutico" sobre el estado de cómo se sentían los farmacéuticos igualados con sus vecinos. Arenas, A.: "Remitidos: Sobre ajustes". El Restaurador Farmacéutico. 1847; 3(10):76-78.*

APÉNDICE Nº1: PROGRAMA PARA LAS OPOSICIONES A INGRESO Y PLAZAS VACANTES EN EL CUERPO DE INSPECTORES FARMACÉUTICOS MUNICIPALES

LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA:

Tema 1. Legislación Farmacéutica básica. Legislación complementaria. Tema 2. Requisitos para la instalación de una Farmacia: Capacidad legal del Farmacéutico. Condiciones de la instalación. Trámites de apertura. Obligaciones del farmacéutico en el ejercicio profesional. Petitorio, farmacopea y tarifas. Recetas recetario. Derechos del farmacéutico en el ejercicio profesional. Otras formas del ejercicio: regencias, farmacias de hospitales, farmacias municipales, farmacias militares y farmacias de cooperativas.

Tema 3. Inspección de droguerías, almacenes de drogas, productos químicos, especialidades farmacéuticas y laboratorios dedicados a la preparación de éstas. Legislación concerniente al tema.

Tema 4. Inspección sobre tráfico de estupefacientes, señaladamente al clandestino. Legislación concerniente al tema.

Tema 5. Inspectores farmacéuticos municipales: Constitución del Cuerpo y del escalafón. Obligaciones de los mismos. Suministro de medicamentos a la Beneficencia municipal. Inspección y toma de muestras.

Tema 6. Inspectores farmacéuticos municipales: Provisión de vacantes. Clasificación de partidos farmacéuticos y dotaciones mínimas. Licencias, permutas, excedencias y sanciones.

Tema 7. Inspectores farmacéuticos municipales: Jubilaciones, pensiones, socorros de inutilización profesional, viudedades y orfandades. Organización farmacéutica Nacional. Colegios oficiales. Secciones de I.F.M. Previsión médica.

DEFENSA EN CASO DE GUERRA QUÍMICA

Tema 8. Gases de guerra: Generalidades. Gases lacrimógenos y estornutatorios. Mención de los más importantes. Acción sobre el organismo. Gases sofocantes: Fosgeno, cloro, difosgeno. Idea de su preparación industrial.

Tema 9. Vesicantes: Iperita y lewisita. Preparación, antídotos, acción sobre el organismo. Fumígenos: Composición, su empleo como medio defensivo. Incendiarios: Idea sobre su composición y medios defensivos. Reacciones detectoras de los gases.

Tema 10. La protección individual: La careta antigás. Cartucho filtrante. Carbón activo. Preparación y análisis.

Tema 11. Protección colectiva: En pequeñas poblaciones, centros fabriles y grandes ciudades. Patología y terapéutica de urgencia en los gaseados.

Tema 12. Desinfección. Ideas generales. Desinfección química: Condiciones que deben reunir los agentes en ella empleados. Modalidades de la desinfección química. Reglas y aparatos.

Tema 13. Desinfección química. Desinfección gaseosa. Formaldehización. Preparación de los locales. Aparatos más usados. Neutralización por el amoníaco.

Tema 14. Desinfección física. Agentes naturales. Luz solar; Electricidad; Calor seco. Flameado. Incineración. Calor húmedo. Lejía.

Tema 15. Desinfección por el vapor de agua. Técnica. Aparatos más usados. Comprobación de la desinfección por el calor. Desinfecciones especiales; esputos, etc.

Tema 16. Desinsectación. Ideas generales. Insectos transmisores de enfermedades. Procedimientos generales. Sulfuroso y sulfúrico. Técnicas. Aparatos.

Tema·17. Desinsectación. Ácido cianhídrico. Estudio, toxicidad. Condiciones de acción. Aparatos.

Tema 18. Desinsectación. Procedimientos especiales. Moscas; Mosquitos; desanophaelazación. Pulgas. Despiojamiento. Diversos métodos.

Tema 19. Desratización. Captura directa y por medio de artefactos. Venenos. Virus. Gases tóxicos; Cloropierina, gas sulfuroso.

Tema 20. Depuración bacteriológica de las aguas potables. Generalidades. Contaminación. Depuración por procedimientos físicos. Calor. Rayos ultra. Filtración.

Tema 21. Depuración por métodos químicos. Ozono. Métodos con hipoclorito; estudio detallado. Javelización. Clorinación. Depuración de aguas residuales. Métodos diversos.

ANÁLISIS BROMATOLÓGICOS

Tema 22. *Aguas.* Caracteres organolépticos. Reacción. Residuo fijo a 180º·y por calcinación. Cloro. Ácido sulfúrico. Cal. Magnesia.

Tema 23. Aguas. Materia orgánica. Amoníaco. Ácido nítrico. Ácido nitroso.

Tema 24. Aguas. [Estudio bacteriológico. Determinación cuantitativa. Investigación de los gérmenes más importantes. Colibacilo. Estreptococo. Grupo Eberth. Hielo. Condiciones de uso.

Tema 25. *Leche.* Caracteres organolépticos. Densidad. Extracto seco. Cenizas. Acidez. Grasa. Lactosa. Caseína.

Tema 26. Leche. Adulteraciones más frecuentes: Antisépticos. Investigación de las mezclas de leches. Recuento bacteriano. Investigación del "*Brucella Ahortus*".

Tema 27. Q*uesos. H*umedad. Grasa. Substancias nitrogenadas totales y solubles. Acidez. Cenizas. Adulteraciones y alteraciones. Mantequilla y margarina.

Tema 28. Aceite *de* oliva. Acidez. Índice de saponificación. Índice de yodo. Índice de refracción.

Tema 29. *Aceite de oliva:* Investigación de las adulteraciones más frecuentes. *Manteca de cerdo.* Determinación de las condiciones legales para el consumo: Adulteraciones.

Tema 30. Harina. Caracteres organolépticos. Humedad. Cenizas. Acidez. Gluten. Celulosa.

Tema 31.·*Harina.* Diferenciación microscópica e investigación de parásitos vegetales y animales. Adulteraciones. Pan: Determinación de las condiciones legales para el consumo. P*astas alimenticias. Determinación* de las condiciones legales para el consumo.

Tema 32. Vino. Caracteres organolépticos. Densidad. Extracto seco. Cenizas. Grado alcohólico. Acidez total y volátil. Azúcar reductor.

Tema 33. Vino. Ácido sulfuroso. Ácido sulfúrico. Investigación de conservadores. Materias colorantes artificiales. Estudio microscópico.

Tema 34. *Cervezas.* Determinación de las condiciones legales para el consumo. *Sidra.* Determinación de las condiciones legales para el consumo. *Vinagre.* Determinación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 35. Alcoholes. Determinación de las condiciones legales para el consumo. Aguardientes. Determinación de las condiciones legales para el consumo. *Licores.* Determinación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 36. Café: Caracteres organolépticos. Humedad. Cenizas. Extracto acuoso. Azúcar. Cafeína. Examen microscópico. Adulteraciones más frecuentes. Té: Examen microscópico. Adulteraciones ms frecuentes.

Tema 37. *Cacao y chocolates. Caracteres* organolépticos. Humedad. Cenizas. Azúcar: Características de la manteca. Estudio microscópico. Adulteraciones más frecuentes. "- *Achicoria:* Determinación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 38. Jarabes. Determinación de las condiciones legales para el consumo. *Agua y bebidas gaseosas:* Determinación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 39. Azúcar. Determinación de las condiciones legales para el consumo. *Glucosa y azúcar invertido. Deter*minación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 40. *Miel.* Determinación de las condiciones legales pan el consumo. *Productos de confitería.* Turrones. Mazapanes. Determinación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 41. Sal *de cocina.* Determinación de las condiciones legales para el consumo. *Azafrán.* Determinación de las condiciones legales para el consumo. *Mostaza:* Determinación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 42. Pimentón. Determinación de las condiciones legales para el consumo. Clavo: Determinación de las condiciones legales para el consumo. *Pimienta:* Determinación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 43. Conservas *alimenticias.* Determinación de las condiciones legales para el consumo. Carne *y* derivados. Determinación de las condiciones legales para el consumo.

Tema 44. *Materias colorantes. Determinación* de las condiciones legales. *Utensilios relacionados con la ali*mentación. Condiciones legales para su utilización.

Tema 45. Reconocimiento de frutas, leguminosas y verduras. Investigación de gérmenes patógenos en estas últimas. Identificación botánica de las especies de hongo comestibles más conocidas y su distinción de las venenosas. Determinaciones analíticas conducentes a esta distinción en caso de duda.

ANÁLISIS CLÍNICOS

Tema 46. Orina: Caracteres generales. Reacción. Amoníaco. Urea. Ácido úrico. Creatinina. Nitrógeno total. Cloro. Fósforo. Azufre. Relaciones urológicas.

Tema 47. Orina. Albúminas; investigación y dosificación. Pigmentos de las orinas patológicas. Azúcares reductores; investigación y dosificación. Cuerpos acetónicos; investigación y dosificación.

Tema 48.- Orina. Otros elementos anormales. Sedimento urinario. Análisis de un cálculo urinario.

Tema 49. *Heces fecales. Examen* químico. Determinaciones más frecuentes. Sangre. Pigmentos, Prueba de fermentación.

Tema 50. *Heces* fecales. Estudio microscópico en fresco y previa coloración. Parasitología.

Tema 51. *Contenido gástrico. Caracteres* organolépticos. Estudio químico. Acidez; dosificación. Ácidos orgánicos; investigación, Bilis. Sangre. Estudio microscópico.

Tema 52. *Esputos. Estudio físico.* Estudio citológico. Estudio bacteriológico. Bacilo de Koch" pneumococo, etc.

Tema 53. *Sangre. Estudio* morfológico; cuadro hemático. Paludismo.

Tema 54. *Sangre.* -Estudio químico. Hemoglobina. Urea. Ácido úrico.

Tema 55. Sangre. Glucosa. Curva de glucemia. Colesterina.

Tema 56. Sangre. Serodiagnóstico por aglutinación.

Tema 57. Sangre.-Diagnóstico serológico de Lues; reacción de Meinicke. Reacción de Kahn.

Tema 58.*Sangre. Reacción* de desviación de complemento para el diagnóstico de la sífilis (reacción de Wassermann).

Tema 59. Sangre. Hemocultivo.

Tema 60. *Líquido cefalorraquídeo.* Estudio químico. Albúmina total. Globulinas; reacciones. Cloruros. Glucosa. Urea. Estudio cito-bacteriológico.

Tema 61. Autovacunas.-Preparación.

Tema 62. *Pus. Su* análisis. *Pelos, uñas y* escamas. Determinaciones más frecuentes.

Tema 63. *Reacciones inmunológicas.* Reacción de Cassoni. Prueba de Schick. Tuberculina. meliti

APÉNDICE Nº2: PROGRAMA PARA LAS OPOSICIONES A INGRESO Y PLAZAS VACANTES EN EL CUERPO DE INSPECTORES FARMACÉUTICOS MUNICIPALES

LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA:

Tema 1. Legislación farmacéutica fundamental. Legislación complementaria.

Tema 2. Estudio General de la Organización sanitaria del Estado Español. Inspección General de Farmacia. Delegaciones provinciales de Farmacia.

Tema 3. Legislación sobre oficinas de Farmacias públicas. Oficinas de farmacia especiales de propiedad de Entidades autorizadas y otras modalidades del ejercicio actual. Botiquines.

Tema 4. Especialidades farmacéuticas. Laboratorios de preparación de especialidades farmacéuticas. Almacenes de drogas y especialidades. Herboristería. Perfumería y cosmética.

Tema 5. Derecho municipal y concepto de Municipio en España. Entidades locales menores. Reglamento de Sanidad Municipal de 9 de febrero de 1925. El farmacéutico como funcionario técnico municipal.

Tema 6. Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de 14 de junio de 1935.

Tema 7. Descripción de la misión analítica e inspectora del inspector municipal en relación con los alimentos y bebidas. Legislación vigente en esta materia.

Tema 8. Centro Técnico de Farmacobiología.

Tema 9. Legislación sobre estupefacientes. Inspección del tráfico sobre estos productos.

Tema 10. Inspección de fábricas y otros centros preparadores de alimentos y bebidas. Ídem de perfumería y cosmética. Legislación vigente y especial sobre estas materias.

Tema 11. Entidades de previsión profesional farmacéutica. Estudio de su organización respectiva.

Tema 12. Organización corporativa profesional. Otros organismos científicos y de investigación farmacéutica.

Tema 13. Juntas locales de Defensa Pasiva. Constitución de las mismas. Misión del farmacéutico como Vocal técnico. Farmacéuticos Diplomados. Legislación pertinente.

Tema 14. Colaboración del farmacéutico con la Administración de la Justicia. Disposiciones legales que rigen su misión. Análisis toxicológicos. Dictámenes. Peritajes judiciales.

DESINFECCIÓN:

Tema 15. Desinfección. Ideas generales. Agentes empleados en la desinfección química. Cal e hipocloritos. Reglas, aparatos y aplicaciones.

Tema 16. Desinfección gaseosa. Formaldehización. Preparación de locales. Aparatos y métodos más usados. Saturación con amoniaco.

Tema 17. Desinfección física. Agentes naturales. Luz solar. Electricidad. Calor seco. Flameado. Incineración.

Tema 18. Calor húmedo. Desinfección por el vapor de agua. Técnica y aparatos más usados. Comprobación de la desinfección por calor. Desinfecciones especiales: esputos, etc….

Tema 19. Desinsectación. Insectos transmisores de gérmenes. Procedimientos generales. Gas sulfuroso. Técnicas y aparatos. Gas cianhídrico: estudio, toxicidad, condiciones de acción y aparatos.

Tema 20. Métodos especiales de desinsectación. Moscas, mosquitos, desanofelización pulgas, piojos. Despiojamiento. Desratización, medios mecánicos, venenos, virus y gases tóxicos.

TOXICOLOGÍA:

Tema 21. Tóxicos y venenos. División de los venenos: gaseosos, minerales y orgánicos. Absorción, localización y eliminación de los venenos. Antídotos.

Tema 22. Toxicidad y composición o estructura química. Dosis tóxica y letal. Índice de la toxicidad. Envenenamientos criminales, suicidas, accidentales profesionales.

Tema 23. Operaciones previas a toda investigación toxicológica. Recogida de vísceras y productos. Preparación de las muestras. Ensayos preliminares e investigación micrográfica. Experiencias bacteriológicas.

Tema 24. Venenos gaseosos. Óxido de carbono, origen y efectos. Investigación en la sangre. Gas de alumbrado. Anhídrido carbónico. Métodos de investigación. Aire viciado. Antídotos.

Tema 25. Agresivos químicos. Generalidades. División: sofocantes, vesicantes, lacrimógenos y estornutatorios, efectos y eliminación. Persistencia, soportabilidad y mortalidad. Índice, lacrimógeno, antídotos.

Tema 26. Aerosoles. Propiedades generales. Humos y nieblas. Fumígenos, división, material fumígeno, incendiario: efectos y antídotos.

Tema 27. Protección individual. Máscaras protectoras, sus clases. Preparación y comprobación. Carbón activo, su constitución: fabricación y análisis.

Tema 28. Defensa pasiva. Su importancia y organización. Detectores. División: físicos, químicos y biológicos. Aplicaciones. Servicio de detección. Laboratorios e instrucción de equipos.

Tema 29. Servicio de desimpregnación. Su importancia y organización. Métodos: ventilación, neutralización química, sus clases. Arrastre mecánico. Medidas para la protección de los alimentos y contra el óxido de carbono, refugios, socorro sanitario. Lucha contra los incendios.

Tema 30. Venenos volátiles. Fósforo, cianuros y sustancias cianogenéticas, origen, efectos e investigaciones. Cloroformo, cloral y éter etílico. Importancia del alcohol en sangre para investigar la embriaguez.

Tema 31. Venenos metálicos. Destrucción de la materia orgánica. Arsénico, Antimonio, Mercurio, Plomo y Bario. Acción, origen e investigación. Aparato de Marsch. Antídotos. Venenos corrosivos, ácidos, bases y oxidantes.

Tema 32. Hipnóticos y analgésicos. Ureicos, barbitúricos, efectos, eliminación e investigación. Estupefacientes, acción tóxica, investigación y eliminación. Analépticos, grupo de la fenilisopropilamina.

Tema 33. Química legal. Investigación de sangre, esperma, heces, contenido estomacal, etc, sobre tejidos u objetos. Peritajes diversos.

ANÁLISIS CLÍNICOS

Tema 34. Orina: Nociones generales sobre su composición. Volumen, recolección y conservación de la orina. Olor, color, aspecto y densidad. Densidad a 15º y residuo seco por calcinación a 100º. Reacción, determinación de la acidez con fenolftaleína y acidez iónica. Cloruros, fosforo, Azufre, Carbono, Nitrógeno total, Sales amoniacales, Urea, ácido úrico, Creatina y creatinina.

Tema 35. Albúmina, seudoalbúmina, albuminosas, albuminas acetosolubles y peptonas, glucosa, acetona, ácido acetilacético, Ácido beta oxibutírico. Pigmantos y sales biliares. Urobilina. Indol. Vitamina A, B y C.

Tema 36. Sedimento cristalino y sedimento organizado de la orina. Examen bacteriológico. Cálculo urinario (su análisis)

Tema 37. Hemoglobina. Valor globular. Hematíes. Recuento hemático.

Tema 38. Leucocitos. Recuento leucocitario. Fórmula leucocitaria.

Tema 39. Examen parasitológico. Hematozoario de paludismo. Espirilo de Obermaier Kala-azar.

Tema 40. Proceso de coagulación. Tiempo de hemorragia. Tiempo de coagulación. Velocidad de sedimentación.

Tema 41. Urea en la sangre. Glucosa en sangre. Curva glucémica.

Tema 42. Reacciones de aglutinación. Serorreacción de Widal de los gérmenes Eberth Paratífico A y B, Proteus X_{19}, melitensis y Bang.

Tema 43. Reacciones de fijación y desviación del complemento. Reacción de Wassermann.

Tema 44. Serología luética por reacciones de floculación. Reacciones de Meinicke (enturbiamiento y aclaramiento), Sachs Witebky (Citochof), Müller (reacción balón), Kahn.

Tema 45. Análisis de esputos. Tinción del bacilo de Koch por el método de Zichl. Identificación de la fibra microbiana (neumococos, neumobacilos catarrales, estreptocócicos, estafilocócicos y Pfeiffer. Elementos citológicos.

Tema 46. Pus y exudados. Pus (su análisis). Exudado mucofaríngeo. Bacilo diftérico de Klebs-Loeffler y pseudodiftérico de Hoffman. Exudado uretral; investigación del diplococo de Neisser.

Tema 47. Líquido cefalorraquídeo. Número de células en cámara de Nodotte. Albúmina. Reacción de las globulinas. Glucosa. Identificación del meningococo, neumococo y bacilo de Koch. Fórmula leucocitaria del sedimento. Reacciones coloidales.

Tema 48. Jugo gástrico. Acidez total. Ácido clorhídrico libre. Acidez orgánica. Sangre, sangre-bilis. Estudio microscópico del sedimento.

Tema 49. Heces fecales. Pelos, uñas y escamas. Tinción de treponemas por el método de Fontana Tribondeau.

TEMA 50. Reacciones inmunológicas. Tuberculina, melitina, otras. Reacción de Casoni. Prueba de Schick. Grupos sanguíneos.

Tema 51. Hemocultivo. Reacciones serológicas del cáncer. Reacciones de Bothello, Roffo y Kopazzewski. Autovacunas.

TEMA 52. Leche de mujer (su análisis)

FISIOLOGÍA E HIGIENE DE LA ALIMENTACIÓN

Tema 53. Importancia general de la alimentación, la alimentación como problema de política sanitaria, materias alimenticias, la necesidad y el concurso de energía, metabolismo básico y total.

Tema 54. Ley de la isodinamia, acción dinámico-específica, dieta popular, consumo y mínimum de albúminas, valor nutritivo de algunos alimentos, alimentos de protección y alimentos energéticos.

Tema 55. Proteínas. Su importancia. Aminoácidos, su significación biológica, estructura de las proteínas, diferentes proteínas estudio químico.

Tema 56. Hidratos de Carbono. Su química. Su importancia en el metabolismo. Monosacáridos, olisacáridos y polisacáridos. Pectinas. Aprovechamiento en el organismo de los diferentes hidratos de carbono.

Tema 57. Química de las grasas. Grasas neutras. Fosfátidos cerobrósidos; esterinas, importancia fisiológica de las grasas.

Tema 58. El agua y las materias minerales. Su importancia. La necesidad de materias minerales. Importancia de las diferentes materias minerales.

Tema 59. Química de vitaminas. Vitaminas liposolubles A, D, E, F y K.

Tema 60. Vitaminas hidrosolubles C, B_2, B_6, H y factores P/P y W.

Tema 61. Condimentación de los alimentos desde el punto de vista de las técnicas generales de cocina. Métodos de su elaboración y su influjo en la composición de los alimentos animales y vegetales. Métodos mecánicos. Utilización de temperaturas elevadas en la condimentación de alimentos.

Tema 62. Preparación de los alimentos desde el punto de vista de la conservación de los alimentos. Métodos físicos y químicos de conservación. Conservación de los alimentos según los métodos descritos y su influjo en la composición de los mismos.

BROMATOLOGÍA Y ANÁLISIS

Tema 63. Carne. Estructura y fenómenos de maduración. Composición de las mismas. Acción de la cocción y asado. Mataderos. Régimen de los mismos. Alteraciones y parásitos. Intoxicaciones. Despojos. Embutidos. Ideas generales sobre su fabricación. Conservas de carne, carnes enfriadas, refrigeradas y congeladas. Técnica empleada.

Tema 64. Derivados de la carne. Extractos, jugo y caldos. Extractos de caldo en cubitos. Sucedáneos y falsificaciones. Huevos de gallina. Composición, alteraciones y conservación. Examen.

Tema 65. Pescados. Composición, alteraciones e intoxicaciones. Reconocimiento de los mismos. Mariscos. Industria conservera. Conservas en aceite, en escabeche y salazones. Técnicas generales de fabricación y disposiciones legales que regulan su fabricación y venta. Determinaciones analíticas más importantes a efectuar.

Tema 66. Leche. Leche de vaca. Disposiciones legales que regulan su producción y venta. Composición y propiedades físicas y químicas. Alteraciones y sus causas. Inspección y toma de muestras en despachos y establos. Leches de cabra y oveja.

Tema 67. Producción, transporte y conservación higiénica de la leche. Abastecimiento de las grandes ciudades. Centrales lecheras. Su organización y ventajas.

Tema 68. Determinaciones a efectuar para comprobar la genuidad de la leche. Prueba de establos. Investigación de la leche de cabra en la de vaca. Análisis de la leche desde el punto de vista higiénico.

Tema 69. Derivados de la leche. Composición. Métodos de fabricación y determinaciones analíticas más importantes a efectuar en nata y leche descremada. Leche condensada. Leche en polvo. Leches fermentadas. Caseína y lactosa.

Tema 70. Quesos. Disposiciones legales relativas a este alimento. Sus diferentes clases y métodos de fabricación. Proceso biológico y químico que se presenta en la madurez de los mismos. Medida del grado de maduración. Cuajo. Su valoración. Determinaciones analíticas necesarias para juzgar su calidad. Alteraciones, intoxicaciones, adulteraciones y medios para reconocerla.

Tema 71. Mantequilla. Composición y métodos de fabricación. Disposiciones legales que regulan su fabricación y venta. Adulteraciones y medios para reconocerlas. Investigación de las materias colorantes, antisépticas y agentes conservadores.

Tema 72. Grasa de cerdo. Su composición. Fabricación y condiciones que deben de reunir según las disposiciones vigentes. Adulteraciones y medio de descubrirlas. Sebos. Obtención y aplicaciones. Aceites de animales marinos. Enranciamientos de las grasas.

Tema 73. Aceite de oliva. Composición y disposiciones legales acerca de este alimento. Métodos de extracción. Determinaciones analíticas a efectuar más frecuentes. Adulteraciones y medio de descubrirlas.

Tema 74. Aceite de orujo. Composición y métodos de fabricación. Determinaciones analíticas a efectuar desde el punto de vista legal. Aceite de semillas, cacahuete, sésamo, algodón, girasol, soja y pepitas de uvas. Composición y métodos de fabricación. Refinación de aceites. Fundamentos y métodos de refinación.

Tema 75. Aceites y grasas endurecidos. Métodos de fabricación y aplicaciones. Margarina. Composición. Condiciones que para la misma vienen exigidas en la legislación de alimentos. Métodos de fabricación. Determinaciones analíticas a efectuar.

Tema 76. Cereales. Caracteres generales. Trigo. Especies y razas. Centeno. Composición y aplicaciones. Ergotismo. Cebada. Avena. Mijo. Trigos sarracenos.

Tema 77. Arroz. Elaboración y alteraciones. Beri-beri y polineuritis. Maíz. Composición y alteraciones. Pelagra.

Tema 78. Harina. Molinería. Alta molienda o gradual. Productos intermedios o secundarios. Harinas integrales. Harina de trigo. Alteraciones y adulteraciones más frecuentes. Semillas nocivas que pueden acompañar al trigo y pasar por harinas. Insectos y parásitos.

Tema 79. Harinas. Análisis delas harinas desde el punto de vista higiénico y de la panificación. Disposiciones legales y consideraciones generales que permiten dar una calificación definitiva de las mismas. Sémola. Otras harinas alimenticias. Inspección de una fábrica de harinas.

Tema 80. Tubérculos y raíces feculentas. Patatas: caracteres, composición y enfermedades. Intoxicaciones y conservación. Batata: composición y aplicaciones. Yura: Variedades, toxicidad y aplicaciones.

Tema 81. Malta: Preparación y transformaciones químicas. Poder diastásico; variedades y aplicaciones. Harinas malteadas y dextrinadas. Harinas lacteadas.

Tema 82. Pan: Genearalidades acerca del proceso de fabricación. Fermentación panaria. Transformaciones que sufren durante la cocción. Alteraciones, defectos y falsificaciones. Pan integral. Relación entre su valor alimenticio y el correspondiente al pan blanco. Levadura de pan. Pastas alimenticias.

Tema 83. Pan: determinaciones analíticas a efectuar desde el punto de vista de su calidad. Disposiciones legales, interpretación de los resultados de un análisis de pan. Inspección de una tahona.

Tema 84. Plantas azucareras. Azúcar de remolacha o caña: fabricación o refinación. Clases comerciales y usos. Azúcar invertido. Melazas.

Tema 85. Miel. Obtención y depuración. Sueros comerciales. Azúcar y jarabe de fécula. Confituras. Mazapanes y turrones. Helados. Adulteraciones. Régimen de las heladerías y confituras.

Tema 86. Edulcorantes sintéticos. Poder edulcorante y acción fisiológica. Sacarina, síntesis, propiedades, falsificaciones e impurezas. Otros edulcorantes sintéticos. Régimen para su empleo en alimentos.

Tema 87. Frutas. Composición general y características especiales. Enfermedades. Frutas conservadas. Diferentes métodos de conservación, sus ventajas e inconvenientes. Esterilización, conservadores químicos prohibidos. Zumos de frutas, jarabes, jaleas.

Tema 88. Hortalizas y verduras. Composición general y características especiales. Conservas de verduras y hortalizas, desecación, encurtidos, esterilización y conservadores químicos prohibidos. Hongos comestibles. Especies venenosas y comestibles. Diferencia y toxicidad. Levaduras alimenticias.

Tema 89. Estimulantes. Café. Descripción del grano y suertes comerciales. Composición. Café tostado, caramelizado, glaseado y aceitado. Extracto de café. Cafés descafeinados. Sucedáneos de café: achicoria y malta tostada. Otros sucedáneos. Régimen de los mismos.

Tema 90. Té. Suertes comerciales y composición. Sucedáneos. Hierba mate. Recolección. Elaboración y envasado. Caracteres y composición. Nuez de Kola. Composición y aplicaciones.

Tema 91. Cacao. Preparación, composición, conservación y aplicaciones. Sucedáneos. Cacao tostado. Masa de cacao. Cacao en polvo. Chocolate. Derivados del chocolate. Chocolate familiar. Métodos de fabricación de chocolate. Inspección de una fábrica de chocolate. Régimen del chocolate. Tabaco. Uso como estimulante. Composición y toxicidad.

Tema 92. Bebidas alcohólicas. Acción fisiológica e intoxicante. Fermentación alcohólica, levadura, procesos químicos, productos secundarios. Alcohol, condiciones del destilado para usos alimenticios.

Tema 93. Vinos. Composición. Estatuto del vino. Clases de vino: tinto, blanco, clarete, gaseosos y espumosos, mostos y concentrados. Elaboración. Conservación y crianza de los mismos. Correcciones. Añejamiento. Enfermedades de los vinos.

Tema 94. Vinos. Determinaciones analíticas para juzgar la calidad del vino. Investigación de antisépticos y materias colorantes extrañas. Interpretación de los resultados de un análisis de vino. Inspección de bodegas y tabernas.

Tema 95. Sidra. Composición y elaboración. Cerveza: fermentación, composición. Métodos de fabricación y de conservación. Determinaciones analíticas a efectuar.

Tema 96. Derivados alcohólicos obtenidos por destilación. Fundamentos teóricos de la destilación y rectificación de líquidos alcohólicos. Aparatos empleados. Aguardientes, coñac, ron, ginebra, wisky, anisados, licores amargos, vermut. Determinaciones analíticas más importantes.

Tema 97. Condimentos. Vinagres. Composición. Fermentación acética. Diferentes métodos de fabricación.

Alteraciones e impurezas. Falsificaciones. Disposiciones legales que regulan su fabricación y determinaciones a efectuar para comprobar su origen y adulteraciones. Sal de cocina, suertes comerciales. Sal de mesa y de régimen.

Tema 98. Especies más corrientes: azafrán, pimentón, pimienta, mostaza y canela. Composición y disposiciones legales que regulan su fabricación y venta. Adulteraciones y medios de reconocerlas.

Tema 99. Aguas. Misión del Inspector Farmacéuticos Municipal en os abastecimientos de agua. Estudios de éstas. Captado y condiciones higiénicas, investigación de la contaminación de un agua. Fluoresceína. Canalización. Depósitos y distribución. Régimen legal para el abastecimiento de las aguas potables. Determinaciones analíticas a efectuar para juzgar su potabilidad. Examen bacteriológico.

Tema 100. Depuración de las aguas. Depuración bacteriológica (filtros lentos y rápidos). Depuración física, ebullición y luz ultravioleta, depuración química, ozono, cloro y acción oligodinámica. Índice de clora. Empleo de neutralizantes del cloro. Correctivos de sales. Aguas residuales, barros activados.

Tema 101. Condiciones de las vasijas usadas en la preparación de los alimentos, cajas, papeles y envolturas de los alimentos, pinturas de juguetes infantiles. Toxicidad de cierres de caucho, cápsulas metálicas, lacres, etc.,…usados en los alimentos.

Tema 102. Jabones. Comunes, de tocador y jabones medicinales. Materias primas y métodos de fabricación y aparatos. Alteraciones, determinaciones analíticas más importantes a efectuar y disposiciones legales que regulan su fabricación y venta.

Tema 103. Desdoblamiento de grasas. Diferentes métodos de desdoblamiento. Fundamento. Técnicas y aparatos. Ácidos grasos. Estearina, su industria. Oleína, glicerina ordinaria y destilada. Métodos de fabricación y determinaciones analíticas más importantes a efectuar para juzgar su calidad. Disposiciones legales que regulan su fabricación y venta.

Tema 104. Tierras. Composición. Toma de muestras. Análisis mecánico. Análisis químico. Determinaciones más importantes a efectuar. Interpretaciones de los resultados del análisis y de su exposición.

Tema 105. Abonos. Toma de muestras. Abonos nitrogenados, fosfatados y potásicos. Abonos orgánicos. Abonos mixtos. Disposiciones legales y determinaciones analíticas más importantes a realizar para juzgar su calidad.

Tema 106. Productos anticriptogámicos e insecticidas. Azufre y derivados. Sales de cobre y arsénico, cianuros. Tabaco y sus extractos. Fósforo de cinc. Pelitre Derris y sus derivados. Disposiciones legales que regulan su fabricación y venta.

Tema 107. Aceites esenciales: propiedades generales. Métodos generales de extracción. Esencias desterpenadas. Esencias españolas de mayor importancia. Métodos generales de análisis. Determinación de sustancias tóxicas en productos de perfumería y cosmética.

APÉNDICE Nº3: PROGRAMA PARA LAS OPOSICIONES A INGRESO Y PLAZAS VACANTES EN EL CUERPO DE INSPECTORES FARMACÉUTICOS MUNICIPALES

LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA:

Tema 1. Legislación farmacéutica fundamental. Legislación complementaria.

Tema 2. Estudio General de la Organización sanitaria del Estado Español. Inspección General de Farmacia. Inspecciones provinciales de Farmacia.

Tema 3. Legislación sobre oficinas de Farmacias públicas. Oficinas de farmacia especiales de propiedad de Entidades autorizadas y otras modalidades del ejercicio actual. Botiquines.

Tema 4. Especialidades farmacéuticas. Laboratorios de preparación de especialidades farmacéuticas. Almacenes de drogas y especialidades. Herboristería. Perfumería y cosmética.

Tema 5. Derecho municipal y concepto de Municipio en España. Entidades locales menores. Reglamento de Sanidad Municipal de 9 de febrero de 1925. El farmacéutico como funcionario municipal.

Tema 6. Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales de 14 de junio de 1935.

Tema 7. Descripción de la misión analítica e inspectora del inspector municipal en relación con los alimentos y bebidas. Legislación vigente en esta materia.

Tema 8. Centro Técnico de Farmacobiología.

Tema 9. Legislación sobre estupefacientes. Inspección del tráfico sobre estos productos.

Tema 10. Inspección de fábricas y otros Centros preparadores de alimentos y bebidas. Ídem de perfumería y cosmética. Legislación vigente y especial sobre estas materias.

Tema 11. Entidades de previsión profesional farmacéutica. Estudio de su organización respectiva.

Tema 12. Organización corporativa profesional. Otros organismos científicos y de investigación farmacéutica.

Tema 13. Juntas locales de Defensa Pasiva. Constitución de las mismas. Misión del farmacéutico como Vocal técnico. Farmacéuticos Diplomados. Legislación pertinente.

Tema 14. Colaboración del farmacéutico con la Administración de la Justicia. Disposiciones legales que rigen su misión. Análisis toxicológicos. Dictámenes. Peritajes judiciales.

DESINFECCIÓN:

Tema 15. Desinfección. Ideas generales. Agentes empleados en la desinfección química. Cal e hipocloritos. Reglas, aparatos y aplicaciones.

Tema 16. Desinfección gaseosa. Formaldehidación. Preparación de locales. Aparatos y métodos más usados. Saturación con amoniaco.

Tema 17. Desinfección física. Agentes naturales. Luz solar. Electricidad. Calor seco. Flameado. Incineración.

Tema 18. Calor húmedo. Desinfección por el vapor de agua. Técnica y aparatos más usados. Comprobación de la desinfección por calor. Desinfecciones especiales: esputos, etc….

Tema 19. Desinsectación. Insectos transmisores de gérmenes. Procedimientos generales. Gas sulfuroso. Técnicas y aparatos. Gas cianhídrico: estudio, toxicidad, condiciones de acción y aparatos.

Tema 20. Métodos especiales de desinsectación. Moscas, mosquitos, pulgas, piojos. Despiojamiento. Desratización, medios mecánicos, venenos, virus y gases tóxicos.

TOXICOLOGÍA:

Tema 21. Tóxicos y venenos. División de los venenos: gaseosos, minerales y orgánicos. Absorción, localización y eliminación de los venenos. Antídotos.

Tema 22. Toxicidad y composición o estructura química. Dosis tóxica y letal. Índice de la toxicidad. Envenenamientos criminales, suicidas, accidentales profesionales.

Tema 23. Operaciones previas a toda investigación toxicológica. Recogida de vísceras y productos. Preparación de las muestras. Ensayos preliminares e investigación micrográfica. Experiencias bacteriológicas.

Tema 24. Venenos gaseosos. Óxido de carbono, origen y efectos. Investigación en la sangre. Gas de alumbrado. Anhídrido carbónico. Métodos de investigación. Aire viciado. Antídotos.

Tema 25. Agresivos químicos. Generalidades. División: sofocantes, vesicantes, lacrimógenos y estornutatorios, efectos y eliminación. Persistencia, soportabilidad y mortalidad. Índice, lacrimógeno, antídotos.

Tema 26. Aerosoles. Propiedades generales. Humos y nieblas. Fumígenos, división, material fumígeno, incendiario: efectos y antídotos.

Tema 27. Protección individual. Máscaras protectoras, sus clases. Preparación y comprobación. Carbón activo, su constitución: efectos y antídotos.

Tema 28. Defensa pasiva. Su importancia y organización. Detectores. División: físicos, químicos y biológicos. Aplicaciones. Servicio de detección. Laboratorios e instrucción de equipos.

Tema 29. Servicio de desimpregnación. Su importancia y organización. Métodos: ventilación, neutralización química, sus clases. Arrastre mecánico. Medidas para la protección de los alimentos y contra el óxido de carbono, refugios, socorro sanitario. Lucha contra los incendios.

Tema 30. Venenos volátiles. Fósforo, cianuros y sustancias cianogenéticas, origen, efectos e investigaciones. Cloroformo, cloral y éter etílico. Importancia del alcohol en sangre para investigar la embriaguez.

Tema 31. Venenos metálicos. Destrucción de la materia orgánica. Arsénico, Antimonio, Mercurio, Plomo y Bario. Acción, origen e investigación. Aparato de Marsch. Antídotos. Venenos corrosivos, ácidos, bases y oxidantes.

Tema 32. Hipnóticos y analgésicos. Ureicos, barbitúricos, efectos, eliminación e investigación. Estupefacientes, acción tóxica, investigación y eliminación. Analépticos, grupo de la fenilisopropilamina.

Tema 33. Química legal. Investigación de sangre, esperma, heces, contenido estomacal, etc, sobre tejidos u objetos. Peritajes diversos.

ANÁLISIS CLÍNICOS

Tema 34. Orina: Nociones generales sobre su composición. Volumen, recolección y conservación de la orina. Olor, color, aspecto y densidad. Densidad a 15º y residuo seco por calcinación a 100º. Reacción, determinación de la acidez con fenolftaleína y acidez iónica. Cloruros, fosforo, Azufre, Carbono, Nitrógeno total, Sales amoniacales, Urea, ácido úrico, Creatina y creatinina.

Tema 35. Albúmina, seudoalbúmina, albuminosas, albuminas acetosolubles y peptonas, glucosa, acetona, ácido acetilacético, Ácido beta oxibutírico. Pigmantos y sales biliares. Urobilina. Indol. Vitamina A, B y C.

Tema 36. Sedimento cristalino y sedimento organizado de la orina. Examen bacteriológico. Cálculo urinario (su análisis)

Tema 37. Hemoglobina. Valor globular. Hematíes. Recuento hemático.

Tema 38. Leucocitos. Recuento leucocitario. Fórmula leucocitaria.

Tema 39. Examen parasitológico. Hematozoario de paludismo. Espirilo de Obermaier Kala-zar.

Tema 40. Proceso de coagulación. Tiempo de hemorragia. Tiempo de coagulación. Velocidad de sedimentación.

Tema 41. Urea en la sangre. Glucosa en sangre. Curva glucémica.

Tema 42. Reacciones de aglutinación. Serorreacción de Widal de los gérmenes Eberth, Paratífico AB, Proteus X_{19}, melitensis y Bang.

Tema 43. Reacciones de fijación y desviación del complemento. Reacción de Wassermann.

Tema 44. Serología luética por reacciones de floculación. Reacciones de Meinicke (enturbamiento y aclaramiento), Sachs Witebky Citochof), Müller (reacción balón), Kahn.

Tema 45. Análisis de esputos. Tinción del bacilo de Koch por el método de Zichl. Identificación de la fibra microbiana (neumococos, neumobacilos catarrales, estreptocócicos, estafilocócicos y Pfeiffer. Elementos citológicos.

Tema 46. Pus y exudados. Pus (su análisis). Exudado mucofaríngeo. Bacilo diftérico de Klebs-Loeffler y pseudodiftérico de Hoffman. Exudado uretral; investigación del diplococo de Neisser.

Tema 47. Líquido cefalorraquídeo. Número de células en cámara de Nodotte. Albúmina. Reacción de las globulinas. Glucosa. Identificación del meningococo, neumococo y bacilo de Koch. Fórmula leucocitaria del sedimento. Reacciones coloidales.

Tema 48. Jugo gástrico. Acidez total. Ácido clorhídrico libre. Acidez orgánica. Sangre, sangre-bilis. Estudio microscópico del sedimento.

Tema 49. Heces fecales. Pelos, uñas y escamas. Tinción de treponemas por el método de Fontana Tribondeau.

TEMA 50. Reacciones inmunológicas. Tuberculina, melitina, otras. Reacción de Casoni. Prueba de Schick. Grupos sanguíneos.

Tema 51. Hemocultivo. Reacciones serológicas del cáncer. Reacciones de Bothello, Roffo y Kopazzewski. Autovacunas.

TEMA 52. Leche de mujer (su análisis)

Tema 53. Protozoos: generalidades. Métodos generales de reconocimiento. Espiroquéridos; especies de mayor interés; su investigación.

Tema 54. Flagelados: generalidades. Flagelados parásitos intestinales; su diferenciación y reconocimiento de especies más importantes.

Tema 55. Trypanosomas y Leishmanias. Esporozoarios: generalidades. Coccidios, Piroplásmidos y Hemosporídicos. Especies de interés: su investigación.

Tema 56. Rickettsias y virus filtrables. Ciliados y Amébidos parásitos intestinales. Diferenciación de sus formas vegetativas y quísticas.

Tema 57. Gusanos: generalidades. Cestodes y Trematodes de mayor importancia: caracteres más salientes de sus principales especies.

Tema 58. Nematelmintos: generalidades e identificación de sus especies de mayor interés. Métodos para el reconocimiento de los huevos de los gusanos parásitos.

Tema 59. Artrópodos: generalidades. Interés de los insectos adultos y de sus larvas, desde el punto de vista higiénico. Importancia del conocimiento de estas cuestiones para el farmacéutico, especialmente en el medio rural.

FISIOLOGÍA E HIGIENE DE LAS ALIMENTACIONES

Tema 61. Importancia general de la alimentación, la alimentación como problema de política sanitaria, materias alimenticias, la necesidad y el concurso de energía, metabolismo básico y total.

Tema 62. Ley de la isodinamia, acción dinámico-específica, dieta popular, consumo y mínimum de albúminas, valor nutritivo de algunos alimentos, alimentos de protección y alimentos energéticos.

Tema 63. Proteínas. Su importancia. Aminoácidos, su significación biológica, estructura de las proteínas, diferentes proteínas estudio químico.

Tema 64. Hidratos de Carbono. Su química. Su importancia en el metabolismo. Monosacáridos, olisacáridos y polisacáridos. Pectinas. Aprovechamiento en el organismo de los diferentes hidratos de carbono.

Tema 65. Química de las grasas. Grasas neutras. Fosfátidos cerobrósidos; esterinas,, importancia fisiológica de las grasas.

Tema 66. El agua y las materias minerales. Su importancia. La necesidad de materias minerales. Importancia de las diferentes materias minerales.

Tema 67. Química de vitaminas. Vitaminas liposolubles A, D, E, F y K.

Tema 68. Vitaminas hidrosolubles C, B_2, B_6, H y factores P7P y W.

Tema 69. Condimentación de los alimentos desde el punto de vista de las técnicas generales de cocina. Métodos de su elaboración y su influjo en la composición de los alimentos animales y vegetales. Métodos mecánicos. Utilización de temperaturas elevadas en la condimentación de alimentos.

Tema 70. Preparación de los alimentos desde el punto de vista de la conservación de los alimentos. Métodos físicos y químicos de conservación. Conservación de los alimentos según los métodos descritos y su influjo en la composición de los mismos.

BROMATOLOGÍA Y ANÁLISIS

Tema 71. Carne. Estructura y fenómenos de maduración. Composición de las mismas. Acción de la cocción y asado. Mataderos. Régimen de los mismos. Alteraciones y parásitos. Intoxicaciones. Despojos. Embutidos. Ideas generales sobre su fabricación. Conservas de carne, carnes enfriadas, refrigeradas y congeladas. Técnica empleada.

Tema 72. Derivados de la carne. Extractos, jugo y caldos. Extractos de caldo en cubitos. Sucedáneos y falsificaciones. Huevos de gallina. Composición, alteraciones y conservación. Examen.

Tema 73. Pescados. Composición, alteraciones e intoxicaciones. Reconocimiento de los mismos. Mariscos. Industria conservera. Conservas en aceite, en escabeche y salazones. Técnicas generales de fabricación y disposiciones legales que regulan su fabricación y venta. Determinaciones analíticas más importantes a efectuar.

Tema 74. Leche. Leche de vaca. Disposiciones legales que regulan su producción y venta. Composición y propiedades físicas y químicas. Alteraciones y sus causas. Inspección y toma de muestras en despachos y establos. Leches de cabra y oveja.

Tema 75. Producción, transporte y conservación higiénica de la leche. Abastecimiento de las grandes ciudades. Centrales lecheras. Su organización y ventajas.

Tema 76. Determinaciones a efectuar para comprobar la genuidad de la leche. Prueba de establos. Investigación de la leche de cabra en la de vaca. Análisis de la leche desde el punto de vista higiénico.

Tema 77. Derivados de la leche. Composición. Métodos de fabricación y determinaciones analíticas más importantes a efectuar en nata y leche descremada. Leche condensada. Leche en polvo. Leches fermentadas. Caseína y lactosa.

Tema 78. Quesos. Disposiciones legales relativas a este alimento. Sus diferentes clases y métodos de fabricación. Proceso biológico y químico que se presenta en la madurez de los mismos. Medida del grado de maduración. Cuajo. Su valoración. Determinaciones analíticas necesarias para juzgar su calidad. Alteraciones, intoxicaciones, adulteraciones y medios para reconocerla.

Tema 79. Mantequilla. Composición y métodos de fabricación. Disposiciones legales que regulan su fabricación y venta. Adulteraciones y medios para reconocerlas. Investigación de las materias colorantes, antisépticas y agentes conservadores.

Tema 80. Grasa de cerdo. Su composición. Fabricación y condiciones que deben de reunir según las disposiciones vigentes. Adulteraciones y medio de descubrirlas. Sebos. Obtención y aplicaciones. Aceites de animales marinos. Enranciamientos de las grasas.

Tema 81. Aceite de oliva. Composición y disposiciones legales acerca de este alimento. Métodos de extracción. Determinaciones analíticas a efectuar más frecuentes. Adulteraciones y medio de descubrirlas.

Tema 82. Aceite de orujo. Composición y métodos de fabricación. Determinaciones analíticas a efectuar desde el punto de vista legal. Aceite de semillas, cacahuete, sésamo, algodón, girasol, soja y pepitas de uvas. Composición y métodos de fabricación. Refinación de aceites. Fundamentos y métodos de refinación.

Tema 83. Aceites y grasas endurecidos. Métodos de fabricación y aplicaciones. Margarina. Composición. Condiciones que para la misma vienen exigidas en la legislación de alimentos. Métodos de fabricación. Determinaciones analíticas a efectuar.

Tema 84. Cereales. Caracteres generales. Trigo. Especies y razas. Centeno. Composición y aplicaciones. Ergotismo. Cebada. Avena. Mijo. Trigos sarracenos.

Tema 85. Arroz. Elaboración y alteraciones. Beri-beri y polineuritis. Maíz. Composición y alteraciones. Pelagra.

Tema 86. Harina. Molinería. Alta molienda o gradual. Productos intermedios o secundarios. Harinas integrales. Harina de trigo. Alteraciones y adulteraciones más frecuentes. Semillas nocivas que pueden acompañar al trigo y pasar por harinas. Insectos y parásitos.

Tema 87. Harinas. Análisis delas harinas desde el punto de vista higiénico y de la panificación. Disposiciones legales y consideraciones generales que permiten dar una calificación definitiva de las mismas. Sémola. Otras harinas alimenticias. Inspección de una fábrica de harinas.

Tema 88. Tubérculos y raíces feculentas. Patatas: caracteres, composición y enfermedades. Intoxicaciones y conservación. Batata: composición y aplicaciones. Yura: Variedades, toxicidad y aplicaciones.

Tema 89. Malta: Preparación y transformaciones químicas. Poder diastásico; variedades y aplicaciones. Harinas malteadas y dextrinadas. Harinas lacteadas.

Tema 90. Pan: Genearalidades acerca del proceso de fabricación. Fermentación panaria. Transformaciones que sufren durante la cocción. Alteraciones, defectos y falsificaciones. Pan integral. Relación entre su valor alimenticio y el correspondiente al pan blanco. Levadura de pan. Pastas alimenticias.

Tema 91. Pan: determinaciones analíticas a efectuar desde el punto de vista de su calidad. Disposiciones legales, interpretación de los resultados de un análisis de pan. Inspección de una tahona.

Tema 92. Plantas azucareras. Azúcar de remolacha o caña: fabricación o refinación. Clases comerciales y usos. Azúcar invertido. Melazas.

Tema 93. Miel. Obtención y depuración. Sueros comerciales. Azúcar y jarabe de fécula. Confituras. Mazapanes y turrones. Helados. Adulteraciones. Régimen de las heladerías y confituras.

Tema 94. Edulcorantes sintéticos. Poder edulcorante y acción fisiológica. Sacarina, síntesis, propiedades, falsificaciones e impurezas. Otros edulcorantes sintéticos. Régimen para su empleo en alimentos.

Tema 95. Frutas. Composición general y características especiales. Enfermedades. Frutas conservadas. Diferentes métodos de conservación, sus ventajas e inconvenientes. Esterilización, conservadores químicos prohibidos. Zumos de frutas, jarabes, jaleas.

Tema 96. Hortalizas y verduras. Composición general y características especiales. Conservas de verduras y hortalizas, desecación, encurtidos, esterilización y conservadores químicos prohibidos. Hongos comestibles. Especies venenosas y comestibles. Diferencia y toxicidad. Levaduras alimenticias.

Tema 97. Estimulantes. Café. Descripción del grano y suertes comerciales. Composición. Café tostado, caramelizado, glaseado y aceitado. Extracto de café. Cafés descafeinados. Sucedáneos de café: achicoria y malta tostada. Otros sucedáneos. Régimen de los mismos.

Tema 98. Té. Suertes comerciales y composición. Sucedáneos. Hierba mate. Recolección. Elaboración y envasado. Caracteres y composición. Nuez de Kola. Composición y aplicaciones.

Tema 99. Cacao. Preparación, composición, conservación y aplicaciones. Sucedáneos. Cacao tostado. Masa de cacao. Cacao en polvo. Chocolate. Derivados del chocolate. Chocolate familiar. Métodos de fabricación de chocolate. Inspección de una fábrica de chocolate. Régimen del chocolate. Tabaco. Uso como estimulante. Composición y toxicidad.

Tema 100. Bebidas alcohólicas. Acción fisiológica e intoxicante. Fermentación alcohólica, levadura, procesos químicos, productos secundarios. Alcohol, condiciones del destilado para usos alimenticios.

Tema 101. Vinos. Composición. Estatuto del vino. Clases de vino: tinto, blanco, clarete, gaseosos y espumosos, mostos y concentrados. Elaboración. Conservación y crianza de los mismos. Correcciones. Añejamiento. Enfermedades de los vinos.

Tema 102. Vinos. Determinaciones analíticas para juzgar la calidad del vino. Investigación de antisépticos y materias colorantes extrañas. Interpretación de los resultados de un análisis de vino. Inspección de bodegas y tabernas.

Tema 103. Sidra. Composición y elaboración. Cerveza: fermentación, composición. Métodos de fabricación y de conservación. Determinaciones analíticas a efectuar.

Tema 104. Derivados alcohólicos obtenidos por destilación. Fundamentos teóricos de la destilación y rectificación de líquidos alcohólicos. Aparatos empleados. Aguardientes, coñac, ron, ginebra, wisky, anisados, licores amargos, vermut. Determinaciones analíticas más importantes.

Tema 105. Condimentos. Vinagres. Composición. Fermentación acética. Diferentes métodos de fabricación. Alteraciones e impurezas. Falsificaciones. Disposiciones legales que regulan su fabricación y determinaciones a efectuar para comprobar su origen y adulteraciones. Sal de cocina, suertes comerciales. Sal de mesa y de régimen.

Tema 106. Especies más corrientes: azafrán, pimentón, pimienta, mostaza y canela. Composición y disposiciones legales que regulan su fabricación y venta. Adulteraciones y medios de reconocerlas.

Tema 107. Aguas. Misión del Inspector Farmacéuticos Municipal en os abastecimientos de agua. Estudios de éstas. Captado y condiciones higiénicas, investigación de la contaminación de un agua. Fluoresceína. Canalización. Depósitos y distribución. Régimen legal para el abastecimiento de las aguas potables. Determinaciones analíticas a efectuar para juzgar su potabilidad. Examen bacteriológico.

Tema 108. Depuración de las aguas. Depuración bacteriológica (filtros lentos y rápidos). Depuración física, ebullición y luz ultravioleta, depuración química, ozono, cloro y acción oligodinámica. Índice de clora. Empleo de neutralizantes del cloro. Correctivos de sales. Aguas residuales, barros activados.

Tema 109. Condiciones de las vasijas usadas en la preparación de los alimentos, cajas, papeles y envolturas de los alimentos, pinturas de juguetes infantiles. Toxicidad de cierres de caucho, cápsulas metálicas, lacres, etc.,…usados en los alimentos.

Tema 110. Jabones. Comunes, de tocador y jabones medicinales. Materias primas y métodos de fabricación y aparatos. Alteraciones, determinaciones analíticas más importantes a efectuar y disposiciones legales que regulan su fabricación y venta.

Tema 111. Desdoblamiento de grasas. Diferentes métodos de desdoblamiento. Fundamento. Técnicas y aparatos. Ácidos grasos. Estearina, su industria. Oleína, glicerina ordinaria y destilada. Métodos de fabricación y determinaciones analíticas más importantes a efectuar para juzgar su calidad. Disposiciones legales que regulan su fabricación y venta.

Tema 112. Tierras. Composición. Toma de muestras. Análisis mecánico. Análisis químico. Determinaciones más importantes a efectuar. Interpretaciones de los resultados del análisis y de su exposición.

Tema 113. Abonos. Toma de muestras. Abonos nitrogenados, fosfatados y potásicos. Abonos orgánicos. Abonos mixtos. Disposiciones legales y determinaciones analíticas más importantes a realizar para juzgar su calidad.

Tema 114. Productos anticriptogámicos e insecticidas. Azufra y derivados. Sales de cobre y arsénico, cianuros. Tabaco y sus extractos. Fósforo de cinc. Pelitre Derris y sus derivados. Disposiciones legales que regulan su fabricación y venta.

Tema 115. Aceites esenciales: propiedades generales. Métodos generales de extracción. Esencias desterpenadas. Esencias españolas de mayor importancia. Métodos generales de análisis. Determinación de sustancias tóxicas en productos de perfumería y cosmética.

APÉNDICE Nº4: PROGRAMA PARA LAS OPOSICIONES A INGRESO EN EL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES (INSPECTORES FARMACÉUTICOS. MUNICIPALES).

Tema 1. Estudio general de la Organización Sanitaria del Estado Español. Inspección General de Farmacia. Inspecciones Provinciales de Farmacia.

Tema 2. Legislación sobre oficinas de farmacias públicas, Oficinas de farmacias especiales propiedad de Entidades autorizadas y otras modalidades del ejercicio actual.- Botiquines.

Tema 3. Especialidades farmacéuticas. Laboratorios de preparación de especialidades farmacéuticas. Almacenes de drogas y especialidades. Herboristería.-Perfumería y cosmética.

Tema 4. Municipio. Reglamentación, derecho y concepto municipal. Organización sanitaria municipal.

Tema 5. Reglamento de los Inspectores Farmacéuticos municipales y demás disposiciones complementarias.

Tema 6. Descripción de la misión analítica e inspectora del Inspector Farmacéutico municipal en relación con los alimentos y bebidas. Legislación vigente en esta materia.

Tema 7. Escuela Nacional de Sanidad. Centro Técnico de Farmacobiología. La Obra de Perfeccionamiento Sanitario.

Tema 8. Legislación, convenios internacionales e inspección de estupefacientes. Restricción de estupefacientes.

Tema 9. Inspección de fábricas, almacenes, expendedurías de alimentos y bebidas. Droguerías y similares.

Tema 10. Organización corporativa.-Seguridad Social Farmacéutica.

Tema 11. Escuela de Bromatología. Óptica y acústica. Veedores. Órganos y Asociaciones Científicas de Investigación Farmacéutica.

Tema 12. Juntas Locales de Protección Civil. Protección contra agentes físicos y químicos.

Tema 13. Tóxicos y venenos.-Dinámica química y toxicidad. Investigación de tóxicos.

Tema 14. Tóxicos y venenos volátiles y metálicos.- Investigación.

Tema 15. Estupefacientes hipnóticos, analépticos y demás medicamentos desde el punto de vista de su toxicidad.

Tema 16. Bioquímica de la orina. Análisis de los componentes urinarios normales. Reacción urinaria.

Tema 17. Elementos anormales de la orina: sus análisis químico y bacteriológico.

Tema 18. Bioquímica de la sangre. Análisis químico de la sangre.

Tema 19. Valor, recuento y fórmula globular. Eritrosedimentación.

Tema 20. Elementos anormales en la sangre. Su análisis. Examen bacteriológico y parasitológico.

Tema 21. Reacciones de aglutinación, fijación de complemento y floculación.

Tema. 22. Reacciones de precipitación. Hemocultivo. Antibiograma. Grupos sanguíneos.

Tema 23. Esputos, pus y exudados. Análisis e identificaciones microbianas.

Tema 24. Bioquímica del líquido cefalorraquídeo. Determinación de elementos normales y anormales.- Examen bacteriológico.

Tema 25. Bioquímica del contenido gástrico. Análisis químico y microscópico.

Tema 26. Análisis de las heces fecales. Bioquímica y análisis de la leche de la mujer.

Tema 27. Bacterias, hongos y levaduras. Morfología y caracteres generales. Métodos de investigación de los mismos.

Tema 28. Preparación de vacunas microbianas y autovacunas.

Tema 29. Protozoos. Métodos generales de reconocimiento.

Tema 30. Gusanos. Generalidades. Métodos para el reconocimiento de los huevos de gusanos parásitos.

Tema 31. Artrópodos: generalidades. Acáridos: recuerdo de las especies de mayor importancia. .

Tema 32. Insectos: generalidades. Interés de los insectos adultos y de sus larvas desde el punto de vista higiénico.

Tema 33. Agentes desinfectantes físicos.

Tema 34. Agentes desinfectantes químicos.

Tema 35. Insecticidas. Estudio químico y analítico de los modernos insecticidas.

Tema 36.-Investigación física, química y bacteriológica de la polución del aire. Métodos de recogida de muestras de aire.

Tema 37. Análisis del agua desde el punto de vista de su potabilidad. Criterios legales vigentes.

Tema 38. Depuración de aguas residuales. Toma de muestras. Determinaciones químicas y bacteriológicas. Legislación específica.

Tema 39. Cultivo y aprovechamiento de plantas medicinales y aromáticas. Esencias españolas de mayor importancia. Análisis más importantes.

Tema 40. Importancia general de la alimentación.- Alimentos plásticos y energéticos. Nociones sobre metabolismo. Isodinamia.

Tema 41. Prótidos alimenticios. Glúcidos. Lípidos. Nociones de su significación biológica.

Tema 42. Importancia de las sales minerales y vitaminas en la alimentación.

Tema 43. Conservación, condimentación y preparación de alimentos: influencia en su composición. Importancia de la contaminación de alimentos.

Tema 44. Estudio bromatológico del aceite de oliva. Alteraciones, adulteraciones, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 45. Estudio bromatológico de los demás aceites de origen vegetal. Alteraciones, conservación y análisis. Legislación específica. .

Tema 46. Estudio bromatológico de las grasas y aceites hidrogenados. Alteración, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 47. Estudio bromatológico de los principales cereales. Alteraciones, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 48. Estudio bromatológico de las harinas, harinas preparadas y malta. Alteraciones y adulteraciones.- Conservación.

Tema 49. Análisis de harinas.-Disposiciones legales.

Tema 50. Estudio bromatológico de las leguminosas, tubérculos y raíces feculentas. Alteración, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 51. El pan. Su fermentación, proceso y transformaciones. Clases de pan, pastas alimenticias, bollería y pastelería. Alteraciones.

Tema 52. Análisis del pan y pastas alimenticias. Valor alimenticio y falsificaciones. Disposiciones legales que regulan su fabricación. Inspección de una tahona y de un despacho de pan.

Tema 53. Estudio bromatológico del azúcar. Otros edulcorantes naturales y sintéticos. Alteraciones, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 54. Conservación de frutas, hortalizas, verduras y derivados. Su estudio bromatológico. Alteraciones, precauciones *y* análisis.

Tema 55. Estudio bromatológico de estimulantes y sucedáneos. Alteraciones, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 56. El chocolate y similares o derivados. Estudio bromatológico. Fabricación, alteraciones, adulteraciones y análisis. Disposiciones legales sobre la materia.

Tema 57. Procesos de la fermentación alcohólica y acética. Ejemplos de alimentos transformados por estas fermentaciones.

Tema 58. Estudio bromatológico de vinos, cervezas, espumosos y bebidas alcohólicas por destilación. Alteración y adulteración. Disposiciones legales sobre la materia.

Tema 59. Análisis de vinos, cervezas, espumosos y bebidas alcohólicas por destilación. Disposiciones legales y específicas.

Tema 60. Estudio bromatológico de los condimentos y especias. Adulteraciones, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 6l. Estudio bromatológico de los aditivos, conservadores y colorantes en la alimentación. Análisis. Legislación específica sobre los mismos.

Tema 62. Condiciones de las vasijas, envases y demás material empleado en la preparación y conservación de alimentos y bebidas: determinaciones que deben efectuarse. Legislación específica.

Tema 63. Estudio de los detergentes más utilizados y de sus materias primas. Desdoblamiento de los jabones en grasas y ácidos grasos. Determinaciones analíticas y disposiciones legales que regulan su fabricación y venta.

APÉNDICE Nº5: PROGRAMA DE MATERIAS QUE HAN DE REGIR PARA LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA INGRESO EN EL CUERPO DE FARMACÉUTICOS TITULARES: OPOSICIÓN LIBRE Y CONCURSO OPOSICIÓN RESTRINGIDO.

FARMACÉUTICOS TITULARES;

OPOSICIÓN LIBRE

Primer grupo

Tema 1. Marcha analítica de cationes y aniones. Análisis elemental cualitativo de los compuestos orgánicos. Identificación de funciones y grupos químicos.

Tema 2. Viscosimetría, Densimetría. Puntos de fusión. Microscopia y nefractometría. Su aplicación a los análisis bromatológicos, clínicos y toxicológicos.

Tema 3. Técnicas volumétricas y gravimétricas. Su aplicación a los análisis bromatológicos, clínicos y toxicológicos.

Tema 4. Espectrofotometría, nefelometría y colorimetría. Su aplicación a los análisis bromatológicos, clínicos y toxicológicos.

Tema 5. Cromatografía, y electroforesis. Su aplicación a los análisis toxicológicos, clínicos y bromatológicos.

Tema 6. Fotometría de llama y de absorción atómica. Análisis por fluorescencia. Su aplicación a los análisis bromatológicos, .clínicos y toxicológicos.

Tema 7. Desinfección física.-Métodos, aparatos y agentes.

Tema 8. Desinfección química. Métodos, aparatos y productos actualmente utilizados.

Tema 9.-Desinsectación. Métodos, aparatos y productos actualmente utilizados.

Tema 10. Tóxicos. Toxicidad, absorción, localización y eliminación. Investigación general de tóxicos. Antídotos.

Tema 11. Intoxicación por alimentos, bebidas y productos alimentarios. Investigación y análisis.

Tema 12. Intoxicación por medicamentos y otras sustancias químicas. Investigación y análisis.

Tema 13. Investigación física, química y bacteriológica de la contaminación del aire. Métodos de recogida de muestras de aire.

Tema 14. Estudios de los detergentes más utilizados y de sus materias primas. Desdoblamiento de Jabones en grasas y ácidos grasos. Determinaciones analíticas y disposiciones legales que regulan su fabricación y venta.

Tema 15 Estudio del suelo y de los abonos. Su interés sanitario, Control y análisis.

Tema 16. Cultivo y aprovechamiento de plantas medicinales

y aromáticas. Esencias españolas de mayor importancia; Determinaciones de mayor interés. Especies venenosas importantes.

Tema 17. Condiciones de las vasijas, envases y demás material empleado en la preparación y Conservación de a1imentos y bebidas. Determinaciones que deban efectuarse. Legislación específica.

Tema 18. Condiciones de los juguetes y material de uso doméstico e infantil. Su importancia sanitaria. Análisis más frecuentes.

Tema 19. Plaguicidas. Sus clases. Importancia sanitaria. Análisis.

Tema 20. Plásticos. Importancia sanitaria. Análisis.

Segundo grupo:

Tema 21, Fundamentos de la práctica de análisis clínicos. Objeto de las pruebas funcionales, determinaciones a seguir. Extracción y recogida de muestras; su preparación y acondicionamiento. Constantes biológicas normales. Desviaciones biológicas y elementos anormales.

Tema 22. Técnicas microscópicas. Exámenes en fresco. Técnicas de tinción.

Tema. 23. Preparación de material estéril y medios de cultivo. Medios de cultivo de interés sanitario.

Tema 24. Preparación de vacunas microbianas y autovacunas.

Tema 25. Autobiograma. Técnica, interpretación y valoración.

Tema 26. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de viriasis y rickettsiasis de mayor importancia sanitaria. Cultivo, aislamiento e identificación de virus rickettsias.

Tema 27. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las micosis de mayor ·importancia sanitaria. Cultivo, aislamiento e identificación de hongos.

Tema 28. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las cardiopatías y enfermedades reumáticas. Cultivo, aislamiento e identificación de bacterias que pueden existir en la sangre.

Tema 29. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico del paludismo, fiebres recurrentes y leptospirosis. Cultivo, aislamiento e identificación de parásitos en la sangre.

Tema 30. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico del cólera, salmonellosis y shigellosis. Cultivo, aislamiento e identificación de bacterias del tracto gastrointestinal.

Tema 31. Técnicas analíticas para el diagnóstico etio1ógico de las protozoosis y helmintiasis. Cultivo, aislamiento e identificación de parásitos del tracto gastrointestinal.

Tema 32. Técnicas analíticas para el diagnóstico c1ínico de las afecciones renales. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de la sífilis, gonococia y chancro blando. Cultivo. Aislamiento e identificaci6n de microorganismos del tracto genitourinario.

Tema 33. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de la meningitis cerebroespinal epidémica. Cultivo, aislamiento e identificación de microorganismos del líquido céfaloraquídeo.

Tema 34. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de la tuberculosis, difteria, tosferina y escarlatina. Cultivo, aislamiento e identificación de microorganismos del tracto respiratorio.

Tema 35. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de la peste. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico del tétano y carbunco, Cultivo, aislamiento e identificación de los microorganismos de las heridas y cuidados.

Tema 36. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las fiebres tifoideas y brucelosis. Pruebas de aglutinación y precipitación. Su aplicaci6n en el diagnóstico clínico.

Tema 37 Cuti-reacciones biológicas. Pruebas alérgicas y reacciones de fluorescencia. Su aplicación en el diagnóstico clínico.

Tema 38 Protozoos de interés sanitario. Características que los identifican.

Tema 39. Gusanos de interés sanitario. Características que los identifican.

Tema 40. Artrópodos en general. Acáridos de interés sanitario. Características que los identifican.

Tema 41. Insectos de interés sanitario: Insectos adultos y larvas. Características que los identifican.

Toma 42. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de la diabetes. Pruebas de metabolismo de glúcidos.

Tema 43. Técnicas analíticas en las alteraciones del metabolismo de lípidos.

Tema 44. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de las disproteinimias y paraproteinimias. Pruebas del metabolismo de los prótidos.

Tema 45. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de las afecciones hepáticas y pancreáticas. Pruebas funcionales.

Tema 46. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las alteraciones del metabolismo basal. Pruebas adicionales tiroideas.

Tema 47. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico del embarazo. Otras determinaciones hormonales. Las alteraciones enzimáticas.

Tema 48. Metabolismo de la hemoglobina y hierro.

Tema 49. Metabolismo del calcio, fósforo, sodio, potasio y cloro. Ionogramas.

Tema.50. Hematopoyesis. Determinación de la hemoglobina y otras constantes hemáticas. Estudio morfológico y cuantitativo de las células sanguíneas. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de la anemia.

Tema 51. Fórmula leucocitaria. Técnicas analíticas para el diagnóstico cínico de las leucemias.

Tema 52. Sedimetría. Pruebas más usuales. Mielograma. Andenograma y Esplenograma. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las leishmaniosis.

Tema 53. Coagu1ación sanguínea. Pruebas inusuales. Grupos sanguíneos. Factor Rh

Tema 54. Análisis del Jugo gástrico y duodenal. Análisis de las heces. Análisis de la leche de la mujer.

Tema 55. Análisis del líquido cefalorraquídeo. Análisis del esputo. Análisis de los exudados y trasudados.

Tercer Grupo

Tema 56: Importancia general de 1a alimentación. Alimentos plásticos y energéticos. Nociones sobre el metabolismo.

Tema 57. Prótidos alimenticios. Glúcidos. Lípidos. Nociones de su significación biológica.

Tema 58. Importancia de las sales minerales y vitaminas en la alimentación. Encuestas alimenticias.

Tema 59. Conservación, condimentación y preparación de los alimentos. Influencias en su composición. Importación de la contaminación de los alimentos.

Toma 60. Aceites vegetales. Estudios bromato1ógicos. Obtención, conservación y alteraciones.

Tema 61. Grasas y vegetales. Estudio bromatológico. Obtención, conservaci6n y alteraciones.

Tema 62. Análisis de aceites y grasas. Métodos generales.

Tema 63. Reacciones específicas de los aceites y grasas. Marcha analítica para la investigación de las principales adulteraciones. Legislación específica.

Tema 64. Estudio bromatológico de cereales, harinas, harinas preparadas y malta. Alteraciones y adulteraciones. Conservación.

Tema 65. Análisis de harina. Identificación de harinas y féculas. Disposiciones legales de harinas y féculas.

Tema 66. Estudio bromato1ógico de las leguminosas, tubérculos y. raíces feculantes. Alteración, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 67. El pan. Su fermentación, procesos y transformación. Clases de pan, pastas, bollería, pastelería, turrones y mazapanes. Alteraciones.

Tema 68. Análisis del pan, pastas alimenticias y productos de pastelería. Valor alimenticio y falsificaciones. Aditivos. Disposiciones legales que regulan la fabricaci6n. Inspección de una tahona y un despacho de pan.

Tema 69. Estudio bromatológico de frutas, verduras y hortalizas. Su conservación. Alteraciones. Derivados, jugos, zumos y horchatas. Hongos comestibles y tóxicos,

Tema 70.Estudio bromato1ógico del azúcar. Otros edulcorantes naturales. Jarabes y caramelos. Obtención, conservación y alteraciones.

Tema 71. Edulcorantes sintéticos.Aná1isis general de edulcorantes naturales.-Identificación y análisis de edulcorantes sintéticos, Legislación específica.

Tema 72. Estudio bromato1ógico de los condimentos, especias. Tipos de preparados. Obtención, conservación y alteraciones. Legislación.

Tema 73. Estudio bromatológico de estimulantes y sucedáneos. Alteraciones, conservación y análisis. Legislación específica.

Tema 74. Cacao, chocolates y similares o derivados. Estudio bromatológico, fabricación y alteraciones. Disposiciones legales para la materia. Análisis generales del cacao, chocolates y derivados. Análisis específicos y adulteraciones. Legislación específica.

Tema 75. Conservas vegetales y sus derivados. Platos preparados. Análisis generales y específicos. Alimentos irradiados. Determinaciones de la radiactividad en los alimentos.

Tema 76. Estudio bromatológico de preparados dietéticos y de régimen. Control de la calidad. Legislación específica.

Tema 77. Agua potable. Captación. Depósito o conducción. Abastecimiento de agua potable. Distribución de agua potable.

Tema. 78. Aguas potables de manantial. Aguas mineromedicinales. Sistemas de depuración de aguas. Controles de potabilidad del agua.

Tema 79. Análisis de las aguas. Toma de muestras. Análisis químico. Análisis bacteriológico. Normas legales vigentes.

Tema 80. Depuraci6n de aguas residuales. Toma de muestras. Determinaciones químicas y bacteriológicas. Medidas correctoras. Legislación específica.

Tema 81. Estudio bromatológico de las bebidas alcohólicas. Bebidas refrescantes (de extracto y gaseosas). Hielo alimenticio y helados. Análisis. Legislación.

Tema 82. Procesos de fermentación alcohólica, acética y láctica. Ejemplos de alimentos trasformados por estas fermentaciones. Estudio bromatológico de vinos, cervezas, espumosas y bebidas alcohólicas de destilación. Alteraciones, adulteraciones. Disposiciones legales sobre la materia.

Tema. 83. Análisis de vinos, cervezas, espumosos y bebidas alcohólicas por destilación. Inspección de bodegas, despachos o establecimientos que expenden bebidas alcohólicas.

Tema 84. Estudios bromatológicos de los aditivos en la alimentación. Misiones que desempeñan. Aná1isis. Legislación específica sobre los mismos para los grupos de alimentos y bebidas.

Cuarto grupo

Tema 85. Concepto general de la Administración Pública. Administración Sanitaria. Esquema de la Organización Sanitaria Española.

Tema 86. Dirección General de Ordenación Farmacéutica. Centro Nacional de Farmacología.

Tema·87. Organización Sanitaria Provincial. Delegaciones Territoriales de Sanidad *y* Seguridad Socia1. Servicios Territoriales Farmacéuticos. Organización de sus funciones inspectoras y analíticas.

Tema 88. La Administración Local.-El Municipio. Organización de la Sanidad Municipal. Obligaciones sanitarias mínimas de los Municipios.

Tema 89. Cuerpos especiales de funcionarios técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. Ingreso y provisión de puestos de trabajo en el Cuerpo. Situación administrativa de estos funcionarios. Derechos Y deberes de los Farmacéuticos titulares.

Tema 90 Expedientes disciplinarios. Desarrollo y tramitación. Escala de sanciones. Recursos contra resoluciones de la Administración Central. Recursos de Alzada y Reposición. Recurso contencioso-administrativo.

Tema 91. Misiones inspectores del farmacéutico titular. Su importancia sanitaria. Toma de muestras.

Tema 92. Misiones analíticas del Farmacéutico titular. Su importancia sanitaria.

Tema. 93. Reglamentación de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas.

Tema 94. Organización corporativa profesional. Entidades de previsión farmacéutica. Otros organismos científicos y de investigación farmacéutica.

Tema 95. La Seguridad Social en España. Organización. Instituciones. Personal sanitario. Prestaciones.

Tema 96. El Farmacéutico en la Seguridad Social. El Farmacéutico como educador sanitario.

Tema 97. Normativa sobre los laboratorios de especialidades farmacéuticas. Especialidades farmacéuticas cosméticas y almacenes de droga. Normativa sobre oficinas de farmacia y botiquines.

Tema 98. Legislación nacional e internacional sobre sustancias estupefacientes y psicotropas.

Tema 99. Organización Sanitaria internacional. Organización Mundial de la Salud. Constitución y funciones; programas conjuntos en España. Otras agencias técnicas de la O. N. U. e internacionales relacionadas con la salud.

CONCURSO·OPOSICION RESTRINGIDO:

Primer grupo

Tema 1. Tóxicos.-Investigación general de tóxicos. Antídotos. Intoxicación por alimentos, bebidas y productos alimentarios. Su investigación y análisis. Intoxicación por medicamentos y otras sustancias químicas. Su investigación y análisis. Intoxicación accidental.

Tema. 2. Contaminación atmosférica.-Método de recogida de muestras de aire. Investigación física, química y bacteriológica de la contaminación atmosférica.

Tema 3. Cultivo y aprovechamiento de plantas medicinales y aromáticas. Esencias españolas de mayor importancia. Determinaciones de mayor interés. Especies tóxicas más importantes.

Tema 4. Estudio del suelo. Su Interés sanitario. Control y análisis. Plaguicidas, sus c1ases. Importancia sanitaria. Análisis. Estudio de los detergentes y de sus materias primas. Determinaciones analíticas y disposiciones que regulan su fabricación v venta.

Tema 5. Condiciones de los envases y demás material empleado en la preparación y conservación de alimentos y bebidas. Determinaciones analíticas y disposiciones legales que los regulan. Condiciones de los juguetes, material de uso doméstico e infantil. Su importancia sanitaria. Análisis más frecuentes.

Tema 8. Fundamentos de la práctica de análisis clínico. Objeto de las pruebas funcionales. Determinaciones a seguir. Extracción y recogida de muestras. Su preparación y acondicionamientos. Constantes biológicas normales. Desviaciones biológicas y elementos anormales.

Tema. 7. Preparación de material estéril y medios de cultivo. Medios de cultivo de interés sanitario. Técnicas microscópicas. Exámenes en fresco. Técnicas de tinción.

Tema 8. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de viriasis y rickettsiasis de mayor importancia sanitaria. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico da la micosis.

Tema 9. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las enfermedades producidas por parásitos hemáticos. Cultivo, aislamiento e identificación de bacterias y parásitos en la sangre. Antibiograma. Técnicas, interpretación y Valoración.

Tema 10. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las enfermedades producidas por bacterias y parásitos del contenido de la flora intestinal. Cultivo, aislamiento e Identificación de bacterias patógenas y parásitos más frecuentes en el tracto gastro-intestlnal.

Tema 11. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de la síficas, gonoscocia y chancro blando. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de la meningitis cerebroespinal. Cultivo, aislamiento e identificación de microorganismos del tracto genitourinario y del líquido cefalorraquídeo.

Tema 12. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de las afecciones renales. Técnicas analíticas para el diagnóstico de las cardiopatías y enfermedades reumáticas.

Tema 13. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las enfermedades producidas por microorganismos patógenos del tracto respiratorio, de exudados y de heridas. Cultivo, aislamiento e identificación de los microorganismos del tracto respiratorio, de los exudados y de las heridas.

Tema 14. Técnicas analíticas para el diagnóstico etiológico de las fiebres tifoideas y brucelosis. Pruebas de aglutinación, precipitación, fluorescencia, alérgicas, y cutirreacciones biológicas. Su aplicación en diagnóstico clínico.

Tema 15. Protozoos y gusanos de interés sanitario. Características que los identifican.

Tema 16. Artrópodos, acáridos e insectos en fase adulta y larvaria de interés sanitario. Características que los identifican.

Tema 17. Técnicas. analíticas para el diagnóstico clínico de la diabetes. Pruebas del metabolismo de glúcidos, lípidos y prótidos

Tema 18. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de las afecciones hepáticas y pancreáticas. Pruebas funcionales.

Tema 19. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de las alteraciones ·hormonales y. enzimáticas. Pruebas funcionales tiroideas. Pruebas ·para el diagnóstico del embarazo.

Tema 20. Prueba del metabolismo de la hemoglobina, hierro, calcio, fósforo, sodio, potasio y cloro. Ionograma.

Tema 21. Hematopoyesis.-Determinaciones de la hemoglobina y otras constantes hemáticas. Estudio morfológico y cuantitativo de las células sanguíneas. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de la anemia.

Tema 22. Fórmula leucocitaria. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de las leucemias.

Tema 23. Sedimetría.-Pruebas más usuales. Mielograma, Adenograma y esplenograma. Técnicas analíticas para el diagnóstico clínico de las leishmaniasis.

Tema 24. Coagulación sanguínea. Pruebas más usuales.- Grupos sanguíneos. Factor Rh

Tema 25. Análisis del jugo gástrico y duodenal. Análisis de las heces. Análisis de la leche de la mujer.

Tema 26. Estudio del líquido céfalo-raquídeo y de los esputos.

Segundo grupo

Tema 27. Importancia general de la alimentación. Alimentación. Alimentos plásticos y energéticos. Metabolismo. Ley de isodinamia. Prótidos, glúcidos, lípidos, minerales y vitaminas. Su significación biológica e importancia. Encuestas alimenticias.

Tema 28. Estudio bromatológico de los aceites vegetales. Obtención, conservación y alteraciones. Estudio bromatológico de las grasas vegetales. Obtención, conservación y alteraciones.

Tema 29. Análisis de aceites y grasas. Métodos generales. Reacciones específicas de aceites y grasas. Marcha analítica para la investigación de las principales adulteraciones. Legislación específica.

Tema 30. Estudio bromatológico de cereales, harina, harinas preparadas y malta. Conservación, alteraciones y adulteraciones. Identificación y análisis de harinas y féculas. Legislación específica. Estudios bromatológicos de las leguminosas, tubérculos y raíces feculentas. Conservación, alteraciones y análisis. Legislación específica.

Tema 31. Estudio bromatológico del pan; su fermentación, procesos y transformaciones. Clases de pan, pastas, bollería, pastelería, turrones y mazapanes. Valor alimenticio, alteraciones y falsificaciones. Análisis del pan, pastas alimenticias, productos de pastelería. Aditivos. Legislación específica. Inspección de una tahona y un despacho de pan.

Tema 32. Estudio bromatológico de frutas, verduras y hortalizas. Su conservación y alteraciones. Jugos, zumos v horchatas. Hongos comestibles y tóxicos.

Teme. 33. Estudio bromatológico del azúcar. Otros edulcorantes naturales. Jarabes y caramelos. Obtención, conservación, y alteraciones. Edulcorantes sintéticos. Análisis general de edulcorantes naturales. Identificación y análisis de edulcorantes. Legislación específica.

Tema 34. Estudio bromatológico de los condimentos y especias. Obtención, conservación y alteraciones. Legislación específica. Conservas vegetales. Platos preparados. Su análisis. Alimentos irradiados. Determinaciones de la radiactividad de los alimentos. Importancia de la contaminación de los alimentos.

Tema 35. Estudios bromatológicos de estimulantes y sucedáneos. Alteraciones, conservación y análisis. Legislación específica. Cacao, chocolate y similares o sucedáneos. Su estudio bromatológico. Fabricación y alteraciones. Análisis general del cacao, chocolate y derivados. Adulteraciones. Legislación específica.

Tema 36. Agua potable. Captación. Depósito. Conducción. Abastecimiento de agua potable. Distribución de agua potable.

Tema 37. Agua potable de manantial. Aguas mineromedicinales. Sistemas de depuración de aguas. Controles de potabilidad del agua.

Tema 38. Análisis de las aguas potables. Toma de muestras. Análisis químicos y bacteriológicos. Normas legales vigentes. Medidas a adoptar.

Tema 39. Depuración de aguas residuales. Toma de muestras. Determinaciones Químicas y bacteriológicas. Medidas correctoras. Legislación específica.

Tema 40. Estudio bromatológico de bebidas no alcohólicas. Bebidas refrescantes (de extracto y gaseosas). Hielo alimenticio y helados. Determinaciones analíticas. Legislación específica.

Tema 41. Fermentación alcohólica, acética y láctica. Ejemplos de alimentos transformados por estas fermentaciones. Estudio bromatológico de vinos, cervezas, espumosos y bebidas alcohólicas de destilación.

Alteraciones y adulteraciones. Disposiciones legales sobre la materia.

Tema 42. Determinaciones analíticas de vinos, cervezas, espumosos y bebidas alcohólicas por destilación. Inspecciones de bodegas, despachos o establecimientos de este tipo de bebidas.

Tema 43. Estudio bromatológico de los aditivos en la alimentación. Misiones que desempeñan. Análisis.- Legislación específica sobre los mismos para grupos de alimentos y bebidas.

Tema 44. Esquemas de la Organización Sanitaria Española. La Organización Central. Órganos e instituciones Centrales. Dirección General de Ordenación Farmacéutica. Centro Técnico de Farmacobiología. Organización de la Sanidad Provincial. Delegaciones Territoriales de Sanidad y Seguridad Social. Servicios Territoriales Farmacéuticos. Organización de sus funciones inspectoras y analíticas.

Tema 45. Organización de la Sanidad Municipal. Obligaciones sanitarias mínimas de los municipios. Cuerpos especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local. Reglamentación. Derechos y deberes de los Farmacéuticos titulares.

Tema 46. Misiones inspectoras y analíticas del Farmacéutico titular. Su importancia Sanitaria. La educación sanitaria y el Farmacéutico titular. Toma de muestras.

Tema 47 Reglamentación de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas.

Tema 48. Normas legales sobre laboratorios de especialidades farmacéuticas. Especialidades farmacéuticas, cosméticos y almacenes de drogas. Normativa sobre oficina de farmacia y botiquines.

Tema 49. Legislación nacional e internacional sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

Tema 50. Seguridad Social en España. Organizaciones e Instituciones. Personal sanitario. El Farmacéutico y la Seguridad Social.

APÉNDICE Nº6: PROGRAMA DE MATERIAS ESPECÍFICAS DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL INGRESO EN EL CUERPO FACULTATIVO FARMACÉUTICO TITULAR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA REGIONAL.

TEMA 1. Concepto de salud pública. Las Organizaciones Internacionales en el ámbito de la Salud Pública.

TEMA 2. La organización de los Servicios de Salud en la Región de Murcia. Estructura y competencias de la Consejería de Sanidad.

TEMA 3. Demografía y salud. Concepto y métodos de estudio. Economía y salud. Nivel de salud e indicadores económicos.

TEMA 4. Epidemiología. Conceptos básicos. Fines y método epidemiológicos.

TEMA 5. Laboratorio de salud pública: organización y funciones.

TEMA 6. Ecología y salud. Influencia de los factores ambientales sobre la salud.

TEMA 7. Artrópodos. Su importancia como vectores de enfermedades.

TEMA 8. Enfermedades transmisibles. Medidas de prevención y control.

TEMA 9. Educación sanitaria. Importancia para la salud pública.

TEMA 10. Infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y la producción agroalimentaria.

TEMA 11. Plaguicidas. Generalidades, clasificación y usos en la Región de Murcia.

TEMA 12. Plaguicidas. Riesgos de utilización. Toxicidad. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 13. Calidad del aire. Contaminantes químicos y biológicos. Efectos sobre la salud. Control.

TEMA 14. Procesos de depuración atmosférica. Determinación y medición de los niveles de contaminación atmosférica. Biodetección.

TEMA 15. Seguridad química. Toxicología ambiental.

TEMA 16. Piscinas de uso colectivo. Vigilancia y control. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 17. Calidad sanitaria del agua de las piscinas de uso público. Tratamientos. Productos utilizados. Ventajas e inconvenientes.

TEMA 18. Sistemas de tratamiento, eliminación y reutilización de los residuos sólidos. Riesgos sanitarios asociados a los residuos sólidos. Problemática de los residuos sanitarios.

TEMA 19. Impacto ambiental. Evaluación de impacto ambiental. Impacto sobre la salud.

TEMA 20. El agua. Características. El ciclo del agua en la naturaleza. Eutrofización.

TEMA 21. Sistemas de abastecimiento de aguas potables de consumo público. Condiciones técnicas y protección sanitaria. Sistema de vigilancia de aguas potables en la Región de Murcia.

TEMA 22. Procesos de tratamiento de aguas potables. Concepto y tipos. Desinfección. Fluoración de aguas potables.

TEMA 23. Aguas residuales urbanas. Tipos de contaminantes y efectos sobre la salud. Toma de muestras.

TEMA 24. Sistemas de tratamiento de aguas residuales urbanas. Reutilización. Criterios sanitarios.

TEMA 25. Aguas residuales industriales. Características. Tipos. Sistemas de depuración.

TEMA 26. Saneamiento ambiental. DDD.

TEMA 27. Aguas de baño. Playas. Sistemas de control y vigilancia de zonas de baño de la Región de Murcia. Sistemas de información.

TEMA 28. Aguas mineromedicinales. Balneoterapia. Tipos. Crenoterapia e hidroterapia. Talasoterapia. Peloides. Sistemas de control y vigilancia de control sanitario en la Región de Murcia.

TEMA 29. Contaminación por energía radiante. Radiaciones ionizantes y no ionizantes. Concepto y tipos. Efectos sobre la salud y medidas de control.

TEMA 30. Contaminación sonora. Efectos sobre la salud. Medición y control.

TEMA 31. La programación sanitaria. Concepto y metodología. Elaboración, desarrollo y evaluación de programas de salud.

TEMA 32. La legislación alimentaria en España y en la Unión Europea. Situación actual. Tipos de normativa. Las fases de su elaboración. Armonización y adaptación. Grados de implicación.

TEMA 33. Población y alimentación. Aspectos socio-sanitarios. La dieta mediterránea.

TEMA 34. Alimentación y nutrición. Principios inmediatos presentes en los alimentos. Distribución calórica. Dietas especiales, necesidades nutritivas y carencias.

TEMA 35. El comportamiento alimentario y factores de riesgo para la salud. Indicadores de factores de riesgo. Las encuestas nutricionales. Objetivos y diseño.

TEMA 36. Investigación de un brote epidémico de enfermedad alimentaria. Toma de muestras y remisión al laboratorio.

TEMA 37. Aplicación del sistema de análisis de riesgos y control de puntos críticos (A.R.I.C.P.C.) en la industria alimentaria. Principios generales. Directrices de aplicación y etapas del mismo.

TEMA 38. Contaminación biótica de los alimentos.

TEMA 39. Contaminación abiótica de los alimentos.

TEMA 40. El Registro General Sanitario de Alimentos. R.D. 212/1992 sobre etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios.

APÉNDICE Nº6: PROGRAMA DE MATERIAS ESPECÍFICAS DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL INGRESO EN EL CUERPO FACULTATIVO FARMACÉUTICO TITULAR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA REGIONAL.

TEMA 41. Almacenamiento, distribución y transporte de alimentos y productos alimenticios. Materiales de envasado y embalado. Legislación.

TEMA 42. Platos preparados, caterings y cocinas centrales. Comedores colectivos. Inspección y control.

TEMA 43. Aditivos. Clasificación y distribución. Efectos deseables e indeseables. Legislación.

TEMA 44. El comercio minorista de alimentación. Mercadillos. Venta ambulante. Inspección y control.

TEMA 45. La manipulación de alimentos. Riesgos asociados. Educación sanitaria. Legislación.

TEMA 46. Métodos de conservación de alimentos.

TEMA 47. Alteración de los alimentos. Agentes causantes. Riesgo para la salud. Riesgo para los procesos.

TEMA 48. Requisitos generales de instalaciones y equipos en los establecimientos alimentarios. Medidas de higiene personales.

TEMA 49. Certificación de calidad. Normas UNE. Normas 150 AENOR. Otras. Importancia y trascendencia.

TEMA 50. Las enfermedades transmisibles. Vigilancia epidemiológica E.D.O. Sistemas de notificación. Prevención.

TEMA 51. Ley del Medicamento. Fundamento y principios que la inspiran. Características generales

TEMA 52. Ley de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia. Fundamento y principios que la inspiran. Características generales.

TEMA 53. Oficinas de Farmacia. Reglamentación. Objetivos y desarrollo de su actividad. Botiquines de Farmacia.

TEMA 54. Farmacia hospitalaria. Reglamentación. Objetivos y desarrollo de su actividad. Depósitos de medicamentos.

TEMA 55. La distribución farmacéutica. Características, instalaciones y autorización. Buenas prácticas de distribución.

TEMA 56.Procedimiento de evaluación, autorización y registro de especialidades farmacéuticas. Etiquetado y prospecto de los medicamentos de uso humano.

TEMA 57. Ensayos clínicos con medicamentos. Reglamentación.

TEMA 58. Farmacoepidemiología. Estudios de utilización de medicamentos.

TEMA 59. Farmacovigilancia. El control de los efectos indeseables de los medicamentos.

TEMA 60. Uso racional del medicamento en atención primaria, hospitalaria y especializada.

TEMA 61. Publicidad de medicamentos y productos sanitarios. Reglamentación

TEMA 62. La receta médica. La receta médica para la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. La receta de estupefacientes.

TEMA 63. Medicamentos genéricos.

TEMA 64. La Agencia Europea del Medicamento.

TEMA 65. Estupefacientes y psicótropos.

TEMA 66. Medicamentos especiales. Vacunas y demás medicamentos biológicos. Medicamentos de origen humano. Plantas medicinales. Radiofármacos.

TEMA 67. Medicamentos veterinarios. Reglamentación.

TEMA 68.Productos sanitarios. Reglamentación.

TEMA 69. Cosméticos. Reglamentación.

TEMA 70. La Real Farmacopea Española. Características generales. Normas de correcta fabricación para fórmulas magistrales y preparados oficinales.

APÉNDICE Nº 7: PROGRAMA DE MATERIAS ESPECÍFICAS DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL INGRESO EN EL CUERPO FACULTATIVO FARMACÉUTICO TITULAR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA REGIONAL.

TEMA 1. Ley del Medicamento. Fundamento y principios que la inspiran. Características generales.

TEMA 2. Ley de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia. Fundamento y principios que la inspiran. Características generales.

TEMA 3. Oficinas de Farmacia. Reglamentación. Objetivos y desarrollo de su actividad.

TEMA 4. Farmacia hospitalaria. Reglamentación. Objetivos y desarrollo de su actividad.

TEMA 5. Botiquines farmacéuticos. Depósitos de medicamentos. Reglamentación.

TEMA 6. La distribución farmacéutica. Características, instalaciones y autorización. Buenas prácticas de distribución.

TEMA 7. Etiquetado y prospecto de los medicamentos de uso humano. Reglamentación.

TEMA 8. Farmacoepidemiología: estudios de utilización de medicamentos.

TEMA 9. Farmacovigilancia. El control de los efectos indeseables de los medicamentos.

TEMA 10. Uso racional del medicamento en atención primaria, hospitalaria y especializada.

TEMA 11. Publicidad de medicamentos y productos sanitarios. Reglamentación.

TEMA 12. La receta médica. La receta médica para la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

TEMA 13. Medicamentos genéricos.

TEMA 14. Agencia Europea para la evaluación de medicamentos. Agencia Española del Medicamento.

TEMA 15. Estupefacientes y psicotropos. Reglamentación.

TEMA 16. Medicamentos de especial control médico. Vacunas. Medicamentos homeopáticos. Plantas medicinales.

TEMA 17. Medicamentos veterinarios. Reglamentación

TEMA 18. Productos sanitarios. Reglamentación.

TEMA 19. Cosméticos. Reglamentación.

TEMA 20. Real Farmacopea Española. Formulario Nacional. Características generales.

TEMA 21. Concepto de salud pública. Las Organizaciones Internacionales en el ámbito de la Salud Pública.

TEMA 22. La organización de los Servicios de Salud en la Región de Murcia. Estructura y competencias de la Consejería de Sanidad.

TEMA 23. Demografía y salud. Concepto y métodos de estudio. Economía y salud. Nivel de salud e indicadores económicos.

TEMA 24. Epidemiología. Conceptos básicos. Fines y método epidemiológicos.

TEMA 25. Laboratorio de salud pública: organización y funciones.

TEMA 26. Ecología y salud. Influencia de los factores ambientales sobre la salud.

TEMA 27. Artrópodos. Su importancia como vectores de enfermedades.

TEMA 28. Enfermedades transmisibles. Medidas de prevención y control.

TEMA 29. Educación sanitaria. Importancia para la salud pública.

TEMA 30. Infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y la producción agroalimentaria.

TEMA 31. Plaguicidas. Generalidades, clasificación y usos en la Región de Murcia.

TEMA 32. Plaguicidas. Riesgos de utilización. Toxicidad. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 33. Calidad del aire. Contaminantes químicos y biológicos. Efectos sobre la salud. Control.

TEMA 34. Procesos de depuración atmosférica. Determinación y medición de los niveles de contaminación atmosférica. Biodetección.

TEMA 35. Seguridad química. Toxicología ambiental.

TEMA 36. Piscinas de uso colectivo. Vigilancia y control. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 37. Calidad sanitaria del agua de las piscinas de uso público. Tratamientos. Productos utilizados. Ventajas e inconvenientes.

TEMA 38. Sistemas de tratamiento, eliminación y reutilización de los residuos sólidos. Riesgos sanitarios asociados a los residuos sólidos. Problemática de los residuos sanitarios.

TEMA 39. Impacto ambiental. Evaluación de impacto ambiental. Impacto sobre la salud.

TEMA 40. El agua. Características. El ciclo del agua en la naturaleza. Eutrofización.

TEMA 41. Sistemas de abastecimiento de aguas potables de consumo público. Condiciones técnicas y protección sanitaria. Sistema de vigilancia de aguas potables en la Región de Murcia.

TEMA 42. Procesos de tratamiento de aguas potables. Concepto y tipos. Desinfección. Fluoración de aguas potables.

APÉNDICE Nº 7: PROGRAMA DE MATERIAS ESPECÍFICAS DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL INGRESO EN EL CUERPO FACULTATIVO FARMACÉUTICO TITULAR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA REGIONAL.

TEMA 43. Aguas residuales urbanas. Tipos de contaminantes y efectos sobre la salud. Toma de muestras.

TEMA 44. Sistemas de tratamiento de aguas residuales urbanas. Reutilización. Criterios sanitarios.

TEMA 45. Aguas residuales industriales. Características. Tipos. Sistemas de depuración.

TEMA 46. Saneamiento ambiental. DDD.

TEMA 47. Aguas de baño. Playas. Sistemas de control y vigilancia de zonas de baño de la Región de Murcia. Sistemas de información.

TEMA 48. Aguas mineromedicinales. Balneoterapia. Tipos. Crenoterapia e hidroterapia. Talasoterapia. Peloides. Sistemas de control y vigilancia de control sanitario en la Región de Murcia.

TEMA 49. Contaminación por energía radiante. Radiaciones ionizantes y no ionizantes. Concepto y tipos. Efectos sobre la salud y medidas de control.

TEMA 50. Contaminación sonora. Efectos sobre la salud. Medición y control.

TEMA 51. La programación sanitaria. Concepto y metodología. Elaboración, desarrollo y evaluación de programas de salud.

TEMA 52. La legislación alimentaria en España y en la Unión Europea. Situación actual. Tipos de normativa. Las fases de su elaboración. Armonización y adaptación. Grados de implicación.

TEMA 53. Población y alimentación. Aspectos socio-sanitarios. La dieta mediterránea.

TEMA 54. Alimentación y nutrición. Principios inmediatos presentes en los alimentos. Distribución calórica. Dietas especiales, necesidades nutritivas y carencias.

TEMA 55. El comportamiento alimentario y factores de riesgo para la salud. Indicadores de factores de riesgo. Las encuestas nutricionales. Objetivos y diseño.

TEMA 56. Investigación de un brote epidémico de enfermedad alimentaria. Toma de muestras y remisión al laboratorio.

TEMA 57. Aplicación del sistema de análisis de riesgos y control de puntos críticos (A.R.I.C.P.C.) en la industria alimentaria. Principios generales. Directrices de aplicación y etapas del mismo.

TEMA 58. Contaminación biótica de los alimentos.

TEMA 59. Contaminación abiótica de los alimentos.

TEMA 60. El Registro General Sanitario de Alimentos. R.D. 212/1992 sobre etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios.

TEMA 61. Almacenamiento, distribución y transporte de alimentos y productos alimenticios. Materiales de envasado y embalado. Legislación.

TEMA 62. Platos preparados, cátering y cocinas centrales. Comedores colectivos. Inspección y control.

TEMA 63. Aditivos. Clasificación y distribución. Efectos deseables e indeseables. Legislación.

TEMA 64. El comercio minorista de alimentación. Mercadillos. Venta ambulante. Inspección y control.

TEMA 65. La manipulación de alimentos. Riesgos asociados. Educación sanitaria. Legislación.

TEMA 66. Métodos de conservación de alimentos.

TEMA 67. Alteración de los alimentos. Agentes causantes. Riesgo para la salud. Riesgo para los procesos.

TEMA 68. Requisitos generales de instalaciones y equipos en los establecimientos alimentarios. Medidas de higiene personales.

TEMA 69. Certificación de calidad. Normas UNE. Normas 150 AENOR. Otras. Importancia y trascendencia.

TEMA 70. Las enfermedades transmisibles. Vigilancia epidemiológica E.D.O.

APÉNDICE Nº 8: PROGRAMA DE MATERIAS ESPECÍFICAS DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA INGRESO EN EL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO, ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN FARMACIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA REGIONAL.

Temas de Salud Pública:

TEMA 1. Concepto de Salud Pública. Las Organizaciones Internacionales en el ámbito de la Salud Pública.

TEMA 2. La organización de los Servicios de Salud en la Región de Murcia. Estructura y competencias de la Consejería de Sanidad.

TEMA 3. La programación sanitaria. Concepto y metodología. Elaboración, desarrollo y evaluación de programas de salud.

TEMA 4. Demografía y salud. Concepto y métodos de estudio. Economía y salud. Nivel de salud e indicadores económicos.

TEMA 5. Epidemiología. Conceptos básicos. Fines y método epidemiológicos.

TEMA 6. Ecología y salud. Influencia de los factores ambientales sobre la salud.

TEMA 7. Saneamiento ambiental. DDD. Artrópodos. Su importancia como vectores de enfermedades.

TEMA 8. Enfermedades transmisibles. Medidas de prevención y control. Vigilancia epidemiológica E.D.O.

TEMA 9. Drogodependencias y deshabituación: Alcohol y Tabaco. Reglamentación.

TEMA 10. Infracciones y sanciones en materia sanitaria.

Temas de Farmacia:

TEMA 11. El Sistema Sanitario Español: Ley General de Sanidad y Ley de garantías y uso racional del medicamento. Fundamento y principios que las inspiran. Características generales.

TEMA 12. La Agencia Europea para la evaluación de medicamentos y Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

TEMA 13. Autorización y registro de medicamentos.

TEMA 14. Ley de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia.

TEMA 15. Oficinas de Farmacia. Botiquines de Farmacia. Reglamentación.

TEMA 16. Farmacia hospitalaria. Depósitos de medicamentos. Reglamentación.

TEMA 17. Laboratorios Farmacéuticos. Reglamentación.

TEMA 18. La distribución farmacéutica. Reglamentación. Buenas prácticas de distribución de medicamentos de uso humano.

TEMA 19. Ensayos clínicos con medicamentos de uso humano.

TEMA 20. Farmacoepidemiología: estudios de utilización de medicamentos.

TEMA 21. Farmacovigilancia. El control de los efectos indeseables de los medicamentos. Estructura, organización y funcionamiento.

TEMA 22. Uso racional del medicamento en atención primaria, hospitalaria y especializada.

TEMA 23. Publicidad de medicamentos y productos sanitarios. Reglamentación.

TEMA 24. La receta médica. La receta médica para la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Etiquetado y prospecto de los medicamentos de uso humano. Reglamentación.

TEMA 25. Medicamentos genéricos. Medicamentos de especial control médico. Vacunas. Medicamentos homeopáticos. Medicamentos extranjeros sin autorización en España. Plantas medicinales. Reglamentación.

TEMA 26. Estupefacientes y psicótropos. Reglamentación. Requisitos de prescripción y dispensación de estupefacientes de uso humano.

TEMA 27. Establecimientos de distribución y dispensación de medicamentos veterinarios. Reglamentación

TEMA 28. Productos sanitarios. Reglamentación.

TEMA 29. Cosméticos. Reglamentación.

TEMA 30. Real Farmacopea Española. Formulario Nacional. Características generales. Fórmulas magistrales y preparados oficinales. Normas de correcta fabricación.

Temas de Sanidad Ambiental:

TEMA 31. Seguridad química: registro, evaluación y autorización de sustancias y preparados químicos peligrosos. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 32.Restricciones a la fabricación, comercialización y uso de determinadas sustancias, preparados y artículos peligrosos: PCBs, PCTs y PPBs, Benceno, 2-naftilamina y sus sales, bencidina y sus sales, 4-nitrobifenilo y 4-aminobifenilo, compuestos de mercurio, de arsénico, organoestánnicos, de cadmio, de níquel, colorantes azóicos, pentaclorofenol y derivados, creosota y similares. Reglamentación.

TEMA 33. Biocidas: evaluación, registro, autorización y comercialización. Normativa. Registro de establecimientos y servicios biocidas. Capacitación de aplicadores de biocidas de uso ambiental y en la industria alimentaria. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 34. Productos químicos para el tratamiento de aguas de piscina y aguas de consumo humano. Lejías e hipocloritos alcalinos, detergentes y limpiadores. Normativa. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 35. Calidad del aire. Contaminantes químicos y biológicos. Cambio climático. Efectos sobre la salud. Control.

TEMA 36. Procesos de depuración atmosférica. Determinación y medición de los niveles de contaminación atmosférica. Biodetección.

TEMA 37. Piscinas de uso colectivo. Spas. Calidad sanitaria del agua. Tratamientos. Informes sanitarios a los proyectos de construcción o reforma de piscinas de uso colectivo y spas. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 38. Gestión de los residuos. Conceptos generales. Residuos sanitarios. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 39. Impacto ambiental. Evaluación de impacto ambiental. Impacto sobre la salud. Evaluación de Planes y Programas. Normativa de aplicación.

TEMA 40. Sistemas de abastecimiento de aguas potables de consumo público. Condiciones técnicas y protección sanitaria. Sistema de vigilancia de aguas potables en la Región de Murcia. Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).

TEMA 41. Procesos de tratamiento de aguas potables. Concepto y tipos. Desinfección. Fluoración de aguas potables. Requisitos de las sustancias utilizadas en el tratamiento.

TEMA 42. Prevención y control de la legionelosis en la Región de Murcia.

TEMA 43. Aguas residuales urbanas. Tipos de contaminantes y efectos sobre la salud. Toma de muestras. Eutrofización.

TEMA 44. Sistemas de tratamiento de aguas residuales urbanas e industriales. Reutilización. Criterios sanitarios.

TEMA 45. Aguas de baño. Playas. Sistemas de control y vigilancia de zonas de baño de la Región de Murcia. Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño (NAYADE).

TEMA 46. Aguas mineromedicinales. Balnearios, baños termales, establecimientos de talasoterapia. Informes sanitarios a los proyectos de construcción y reforma. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

TEMA 47. Contaminación por energía radiante. Radiaciones ionizantes y no ionizantes. Concepto y tipos. Efectos sobre la salud. Vigilancia y control en la Región de Murcia de las radiaciones no ionizantes.

TEMA 48. Contaminación sonora. Efectos sobre la salud. Medición y control.

TEMA 49. Efectos de los extremos térmicos sobre la salud. Plan Nacional de Acciones Preventivas contra los Efectos del Exceso de Temperaturas Sobre la Salud. Sistema de Información Sanitaria en la Región de Murcia.

TEMA 50. Campamentos de turismo y albergues. Regulación y condiciones técnicosanitarias que deben reunir.

Temas de Higiene de Alimentos, Seguridad Alimentaria y Nutrición:

TEMA 51. La legislación alimentaria en España y en la Unión Europea. Situación actual. Tipos de normativa. Las fases de su elaboración. Armonización y adaptación. Grados de implicación.

TEMA 52. La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

TEMA 53. Política en materia de Nutrición en la Unión Europea, España y Comunidad Autónoma de Murcia.

TEMA 54. Alimentación y nutrición. Distribución calórica. Dietas especiales, necesidades nutritivas y carencias. La dieta mediterránea.

TEMA 55. El comportamiento alimentario y factores de riesgo para la salud. Indicadores de factores de riesgo. Las encuestas nutricionales. Objetivos y diseño.

TEMA 56. Investigación de un brote epidémico de enfermedad alimentaria. Toma de muestras y remisión al laboratorio.

TEMA 57. El autocontrol en la industria alimentaria. Prerrequisitos y sistema de análisis de peligros y puntos de control críticos (A.P.P.C.C.).

TEMA 58. Contaminación biótica de los alimentos.

TEMA 59. Contaminación abiótica de los alimentos.

TEMA 60. El Registro General Sanitario de Alimentos y las autorizaciones sanitarias.

TEMA 61. Etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios.

TEMA 62. Almacenamiento, distribución y transporte de alimentos y productos alimenticios. Materiales de envasado y embalado. Legislación.

TEMA 63. Aguas de bebida envasadas y bebidas refrescantes. Inspección y control.

TEMA 64. Comidas Preparadas. Preparados alimenticios para regímenes dietéticos y/o especiales. Complementos alimenticios. Inspección y control.

TEMA 65. Aditivos. Clasificación y distribución. Efectos deseables e indeseables. Legislación.

TEMA 66. El comercio minorista de alimentación. Mercadillos. Venta ambulante. Inspección y control.

TEMA 67. La manipulación de alimentos. Riesgos asociados. Educación sanitaria. Legislación.

TEMA 68. Métodos de conservación de alimentos.

TEMA 69. Requisitos generales de instalaciones y equipos en los establecimientos alimentarios. Medidas de higiene personales.

TEMA 70. Establecimientos de tatuaje y de “piercing” en la Región de Murcia. Reglamentación.

APÉNDICE Nº 9: PROGRAMA DE MATERIAS ESPECÍFICAS DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL INGRESO EN EL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO, ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN FARMACIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA REGIONAL.

Tema 1. La salud. Evolución del concepto de salud. Las Organizaciones Internacionales en el ámbito de la Salud Pública.

Tema 2. El Sistema Sanitario Español: Ley General de Sanidad. Estructura y fundamentos básicos. Competencias sanitarias del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Tema 3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Tema 4. La Organización de los Servicios de Salud en la Región de Murcia. Estructura y competencias de la Consejería de Sanidad y Política Social. La Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica.

Tema 5. Seguridad química: registro, evaluación y autorización de sustancias y preparados químicos peligrosos. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

Tema 6. Biocidas: evaluación, registro, autorización y comercialización. Normativa. Registro de establecimientos y servicios biocidas. Capacitación de aplicadores de biocidas de uso ambiental y en la industria alimentaria. Lejías e hipocloritos alcalinos, detergentes y limpiadores. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

Tema 7. Calidad del aire. Contaminantes químicos y biológicos. Cambio climático. Efectos sobre la salud. Control.

Tema 8. Piscinas de uso colectivo. Spas. Calidad sanitaria del agua. Tratamientos. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

Tema 9. Gestión de residuos. Conceptos generales. Residuos sanitarios. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

Tema 10. Evaluación ambiental. Normativa de evaluación.

Tema 11. Sistemas de abastecimiento de aguas potables de consumo público. Condiciones técnicas y protección sanitaria. Tratamiento de aguas potables. Sistema de vigilancia de aguas potables en la Región de Murcia. Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).

Tema 12. Prevención y control de la legionelosis en la Región de Murcia.

Tema 13. Sistemas de tratamiento de aguas residuales urbanas e industriales. Reutilización. Criterios sanitarios.

Tema 14. Aguas de baño. Playas. Sistemas de control y vigilancia de zonas de baño de la Región de Murcia. Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño (NAYADE).

Tema 15. Aguas mineromedicinales. Balnearios, baños termales, establecimientos de talasoterapia. Control y vigilancia en la Región de Murcia.

Tema 16. Contaminación por energía radiante. Radiaciones ionizantes y no ionizantes. Conceptos y tipos. Efectos sobre la salud. Vigilancia y control en la Región de Murcia de las radiaciones no ionizantes.

Tema 17. Contaminación sonora. Efectos sobre la salud. Medición y control.

Tema 18. Efectos de los extremos térmicos sobre la salud. Plan Nacional de Acciones Preventivas contra los Efectos del Exceso de Temperaturas Sobre la Salud. Sistema de Información Sanitaria en la Región de Murcia.

Tema 19. Campamentos de turismo y albergues. Regulación y condiciones técnico-sanitarias que deben reunir.

Tema 20. La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

Tema 21. Investigación de un brote epidémico de enfermedad alimentaria. Toma de muestras y remisión al laboratorio.

Tema 22. El autocontrol en la industria alimentaria. Prerrequisitos y sistema de análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC).

Tema 23. El Registro General Sanitario de Alimentos y las autorizaciones sanitarias.

Tema 24. Etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios.

Tema 25. Almacenamiento, distribución y transporte de alimentos y productos alimenticios. Materiales de envasado y embalado. Legislación.

Tema 26. Aguas de bebida envasadas y bebidas refrescantes. Inspección y Control.

Tema 27. Comidas preparadas. Preparados alimenticios para regímenes dietéticos y/o especiales. Complementos alimenticios. Inspección y control.

Tema 28. Aditivos. Clasificación y distribución. Efectos deseables e indeseables. Legislación.

Tema 29. El comercio minorista de alimentación. Mercadillos. Venta ambulante. Inspección y control.

Tema 30. Métodos de conservación de alimentos.

Tema 31. Requisitos generales de instalaciones y equipos en los establecimientos alimentarios. Medidas de higiene personales.

Tema 32. Establecimientos de tatuaje y de “piercing” en la Región de Murcia. Reglamentación.

Tema 33. Alcohol y Tabaco. Reglamentación.

Tema 34. La Agencia Europea de Medicamentos. Estructura y funciones. Comités y grupos de trabajo de la Comisión Europea relacionados con medicamentos.

Tema 35. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Estructura y funciones.

Tema 36. Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Tema 37. Autorización y registro de medicamentos en la Unión Europea y en España.

Tema 38. Ley de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Región de Murcia.

APÉNDICE Nº 9: PROGRAMA DE MATERIAS ESPECÍFICAS DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL INGRESO EN EL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO, ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN FARMACIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA REGIONAL.

Tema 39. Oficinas de Farmacia. Botiquines de Farmacia. Reglamentación.

Tema 40. Servicios de Farmacia. Depósitos de Medicamentos. Reglamentación.

Tema 41. Laboratorios Farmacéuticos. Fabricantes de principios activos. Reglamentación.

Tema 42. Normas de Correcta Fabricación de medicamentos y principios activos.

Tema 43. Seguimiento de la calidad de medicamentos comercializados. Toma de muestras y análisis. Actuaciones por defectos de calidad.

Tema 44. La distribución de medicamentos. Prácticas de Correcta Distribución de Medicamentos para uso humano. Reglamentación

Tema 45. Ensayos clínicos con medicamentos de uso humano. Buenas Prácticas Clínicas. Estudios posautorización de tipo observacional con medicamentos de uso humano.

Tema 46. Epidemiología. Conceptos básicos. Fines y métodos epidemiológicos. Clasificación y tipos de estudios epidemiológicos. Farmacoepidemiología.

Tema 47. Farmacovigilancia. El control de los efectos indeseables de los medicamentos. Estructura, organización y funcionamiento. Buenas Prácticas de Farmacovigilancia.

Tema 48. Publicidad de medicamentos y productos sanitarios. Reglamentación.

Tema 49. Medicamentos especiales: Vacunas y demás medicamentos biológicos. Medicamentos de origen humano. Medicamentos de terapia avanzada. Radiofármacos. Medicamentos homeopáticos. Gases medicinales. Medicamentos de plantas medicinales. Normativa y aspectos diferenciales.

Tema 50. Disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. Reglamentación.

Tema 51. Estupefacientes y Psicótropos. Reglamentación. Requisitos de prescripción y dispensación de estupefacientes de uso humano.

Tema 52. Medicamentos ilegales y falsificados. Venta de medicamentos a través de sitios web.

Tema 53. Medicamentos veterinarios. Establecimientos de distribución y dispensación. Reglamentación.

Tema 54. Farmacoeconomía. Estudios de evaluación económica de medicamentos. Aplicación en la toma de decisiones.

Tema 55. Condiciones de prescripción y dispensación de medicamentos. Receta médica y órdenes de dispensación. Legislación aplicable.

Tema 56. Régimen de fijación de precios: La intervención de los precios de los medicamentos. Situación en España. Medidas de control del gasto farmacéutico. La financiación selectiva de los medicamentos en España.

Tema 57. La información de medicamentos. Centros de información y evaluación de medicamentos. Organización y funcionamiento. Reglamentación aplicable.

Tema 58. Productos Sanitarios. El Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios en la Unión Europea y en España. Redes de alerta de productos sanitarios de ámbito nacional, comunitario e internacional. Directrices europeas sobre vigilancia. Reglamentación.

Tema 59. Buenas prácticas de laboratorio. Calidad de los estudios no clínicos de seguridad sanitaria.

Tema 60. Cosméticos. Seguridad de los cosméticos y de los productos de cuidado personal. Reglamentación.

Tema 61. Real Farmacopea Española. Formulario Nacional. Características generales. Fórmulas magistrales y preparados oficinales. Normas de Correcta Fabricación.

Tema 62. Requisitos de los sistemas de garantía de calidad. Objetivos, organización y responsabilidades. Los sistemas de garantía de calidad aplicados a medicamentos, productos cosméticos y productos sanitarios.

Tema 63. Antibióticos. Aspectos generales. Clasificación.

Tema 64. Antidiabéticos. Aspectos generales. Clasificación.

Tema 65. Hipolipemiantes. Aspectos generales. Clasificación.

Tema 66. Antihipertensivos. Aspectos generales. Clasificación.

Tema 67. Anticoagulantes, Trombolíticos y Antiagregantes Plaquetarios. Aspectos generales. Clasificación.

Tema 68. Broncodilatadores. Aspectos generales. Clasificación.

Tema 69. Medicamentos antineoplásicos. Aspectos generales. Clasificación.

Tema 70. Medicamentos biológicos y terapia génica. Aspectos generales. Clasificación

APÉNDICE Nº10: Primera regulación normativa que incluye la denominación de "farmacéuticos titulares"

AÑO DE 1854. MIERCOLES 12 DE ABRIL. NUMERO 467.

SE SUSCRIBE
en Madrid en el despacho de la IMPRENTA NACIONAL.

No se recibirá por el correo pliego alguno oficial ó particular que no venga franqueado.

PRECIO DE SUSCRICION.
Un mes..... 22 rs.

SE SUSCRIBE
en provincias en todas las ADMINISTRACIONES DE CORREOS: PARIS, en casa de los Sres. SAAVEDRA Y DE RIENZOLLES, rue d'Hostéville, núm. 48: en LÓNDRES, MOORGATE STREET, núm. 28.

PRECIOS DE SUSCRICION.
PROVINCIAS... Tres meses..... 30 rs.
ULTRAMAR..... Tres meses..... 110
EXTRANGERO... Tres meses..... 100

Gaceta de Madrid.

PARTE OFICIAL.

1.ª SECCION.—MINISTERIOS.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS.

La REINA nuestra Señora (Q. D. G.) y su Augusta REAL FAMILIA continúan en esta corte sin novedad en su importante salud.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION.

EXPOSICION Á S. M.

SEÑORA: En todo tiempo han procurado con paternal solicitud los Monarcas españoles proveer á los pueblos de facultativos instruidos en las ciencias médicas que asistan con igual esmero en sus dolencias á los pobres y á los ricos, dispensándoles consejos provechosos para la conservacion de su salud, y eficáces recursos para recobrarla cuando llegan por desgracia á perderla. Nuestros códigos encierran numerosas leyes dirigidas al logro de tan benéfico intento, y durante el reinado de V. M. se han dictado igualmente algunas disposiciones para conseguirle. Sin embargo, aquellas sábias leyes y estas disposiciones, acomodadas á las necesidades de los tiempos en que fueron dictadas, no pueden dar ya el fruto que entonces produjeron. La sociedad actual reclama en los Gobiernos una atencion mas esmerada todavía, porque los pueblos, á medida que avanza la civilizacion, se muestran mas necesitados y exigentes, como mas exactos apreciadores de lo que valen la salud y la beneficencia pública.

Atender á la conservacion de la salud del hombre, evitando la accion de infinitas causas que la perturban y dañan; remediar sus padecimientos por medio de una buena asistencia facultativa, asociada á los auxilios que la beneficencia pública dispensa; alargar la duracion media de su vida, libertándole de achaques habituales ó perpétuos, no es otra cosa, en último análisis, que mantener útil y activo por el mayor tiempo posible el primero y principal elemento de produccion y de riqueza que tienen los Estados, el hombre mismo, al propio tiempo que se evitan la ruina de muchas familias; un pesadísimo gravámen, tan solo redimible con la muerte, á los establecimientos benéficos, y en fin, cuantiosos é insuficientes sacrificios á las personas caritativas.

Afortunadamente la asistencia médica de los pobres y de los pueblos pequeños puede llevarse en España á un notable grado de perfeccion, mientras se hacen *los primeros ensayos en otros paises*, merced á la filantrópica costumbre que desde tiempo inmemorial tienen nuestros pueblos de contratar facultativos, ya sea tan solo para la asistencia de los menesterosos, ya para socorrer en sus enfermedades á la totalidad del vecindario. Convirtiendo en ley esa costumbre; generalizándola, extendiéndola á todas las poblaciones, de paso que se la regulariza y ordena en beneficio de los mismos pueblos; estableciendo, en fin, la posible armonía entre sus intereses y los de los facultativos encargados de prestar servicio tan importante, quedará por completo realizada, sin grandes dificultades ni costosos sacrificios, una reforma que las mudanzas de los tiempos han llegado á hacer indispensable.

Mucho tiempo hace que asi por los pueblos como por las Autoridades gubernativas y los facultativos, era reclamado el establecimiento de un régimen que proporcionara *asistencia médica* segura y oportuna para los primeros, estabilidad y decorosa subsistencia para los últimos. El Consejo Supremo de Castilla, la extinguida Junta Suprema de Sanidad, las Juntas superiores gubernativas de medicina y de farmacia, cuantas corporaciones y personas han tenido á su cargo la policía sanitaria y lo relativo al ejercicio de las profesiones médicas, han manifestado constantemente al Gobierno *la grande* conveniencia de una pronta y meditada reforma.

El Gobierno de S. M., deseoso de poner remedio á un mal que cada dia iba tomando carácter mas grave, juzgó al fin conveniente oir el dictámen del Consejo de Sanidad del Reino, cuyo cuerpo consultivo, despues de maduras deliberaciones, ha formado el proyecto de decreto que, *con modificaciones ligeras, tiene el* Ministro que suscribe la honra de someter á la Real aprobacion.

Desde luego advertirá V. M. que el principal fin de la reforma no es otro que el de generalizar la asistencia médica y los auxilios farmacéuticos de una manera ordenada y en lo posible uniforme, con la doble mira de conseguir que todas las clases de la sociedad encuentren *en cualquier punto de la Monarquía los* auxilios que sus dolencias reclaman, y que los profesores de los distintos ramos del arte de curar obtengan, sobre la retribucion suficiente y decorosa que corresponde á su dilatada carrera científica, la estabilidad conveniente, las debidas consideraciones por los penosos y meritorios servicios que prestan.

Entre las dificultades que la realizacion de este pensamiento ofrecia, era tal vez la mayor de todas la de conciliar una segura y esmerada asistencia de los menesterosos con la libertad que conviene permitir en los pueblos de escaso vecindario á las personas acomodadas para que se hagan asistir por los facultativos que mayor confianza ó mas simpatías les inspiren. Pero esta dificultad queda vencida dejando periódicamente á los que pagan su asistencia médica en *libertad de* resolver, segun su deseo si han de servirse ó no de los facultativos titulares, cuya práctica equivale para ellos á la renovacion de los contratos periódicos que ahora es costumbre celebrar, sin que tenga para los facultativos los inconvenientes que dichas contratas ocasionan. Ofrece pues este medio la ventaja, inapreciable cuando se acometen tales mudanzas, de acomodarse á las costumbres y á la conveniencia de todos los pueblos, evitando de esa manera reclamaciones y quejas que pudieran dificultar el cumplimiento de las órdenes superiores. En las poblaciones que reunan mas de 1500 vecinos, como es de suponer que haya siempre establecidos varios facultativos de la misma profesion, conviene mucho impedir que se formen partidos cerrados, á fin de que cada vecino quede en la libertad mas ámplia de acudir al que sea mas de su confianza. Por eso, conforme al adjunto proyecto de decreto, habrán de limitarse en ellas los titulares á la asistencia gratuita de los pobres y á las demás obligaciones que á nombre del interés general se les imponen.

La manera de admitir y de separar á los facultativos titulares son puntos que requerian mucha meditacion para llegar á una eleccion acertada, y para impedir las separaciones caprichosas que tan frecuentes amarguras les proporcionan, fomentando la discordia en las localidades. El Ministro que suscribe espera, con algun fundamento, que por los medios propuestos quedará fielmente interpretado y cumplido el art. 79 de la ley de 8 de Enero de 1845, con grandes ventajas para los pueblos y tambien para los profesores de ciencias médicas. Eligiendo los Ayuntamientos sus facultativos titulares en ternas formadas por corporaciones tan competentes como lo son las Juntas provinciales de Sanidad, cuyas corporaciones habrán de atenerse con todo rigor para hacer sus propuestas á las escalas en categorías que en el decreto se establecen; al paso que se introduce la mas completa garantía de acierto, tendrán los facultativos que aspiren á las plazas de titulares una seguridad de ser atendidos *conforme á su carrera, á sus méritos y años* de práctica. Respecto á la separacion de estos funcionarios se ha procurado que, sin ser difícil cuando realmente haya motivos para ello, deje de ser á menudo caprichosa é infundada. En todos los casos deberá resolverse por los Gobernadores, en vista de expediente promovido por los Alcaldes ó los Subdelegados de Sanidad, con sujecion á los trámites que al efecto *se establecen*.

Para mejorar cuanto sea posible el estado de la salud pública en España, impidiendo la aparicion ó á lo menos minorando los estragos de mortíferas epidemias, era muy útil disponer que agentes inmediatos del Gobierno auxiliaran con eficacia á las Autoridades y á las Juntas de Sanidad en lo relativo á descubrir y estirpar las causas permanentes ó accidentales de insalubridad en cada poblacion y en su término. Aprovechando la oportuna ocasion de esta reforma, se ha cuidado de incluir entre los deberes de los médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares algunos que se refieren á aquel importante servicio; y al propio tiempo se les encomienda la reunion de datos preciosos para formar con el tiempo una estadística sanitaria de suma trascendencia. Así habrán de ser en adelante mas útiles que hasta aquí y de dos distintas maneras los servicios prestados por los facultativos titulares, á saber: *bajo el aspecto higiénico* de los pueblos, y bajo el curativo de las dolencias humanas.

Tales son, SEÑORA, los puntos principales sobre que versa la beneficiosa reforma que se dirige á realizar el siguiente proyecto de decreto que tengo el honor de someter á la soberana aprobacion de V. M.

Madrid 5 de Abril de 1854.—SEÑORA.—*A L. R. P.* de *V. M.*—LUIS JOSÉ SARTORIUS.

REAL DECRETO.

Atendiendo á las razones que Me ha expuesto el Ministro de la Gobernacion acerca de la necesidad de proveer lo mas conveniente para la asistencia médica de los pueblos y de los menesterosos, oido el Consejo de Sanidad del Reino, y de conformidad con su dictámen, Vengo en decretar lo siguiente:

TITULO PRIMERO.

De la asistencia médica: clases y formacion de los partidos.

Artículo 1.° Todas las ciudades, villas y lugares del Reino, tendrán médicos, cirujanos y farmacéuticos *titulares* para la asistencia de los pobres, para el socorro de las demás personas que necesitaren de su auxilio, y para el desempeño de otros deberes que se expresan en el lugar correspondiente.

Art. 2.° No se opone la existencia de estos facultativos titulares al libre ejercicio de las profesiones médicas en las mismas poblaciones.

Por lo tanto las Autoridades gubernativas mantendrán en el libre ejercicio de su facultad á cuantas personas se hallaren *legalmente* autorizadas, con sujecion siempre á esta y á las demás superiores disposiciones vigentes.

Art. 3.° Quedan las poblaciones menores de 1500 vecinos en libertad de tener facultativos titulares tan solo para la asistencia de los pobres, ó de encomendarles asimismo la asistencia del resto del vecindario.

Art. 4.° Habrá por consiguiente estas dos clases de partidos:

Primera clase. Partidos para la asistencia de los pobres.

Segunda clase. Partidos para la asistencia de todo el vecindario.

En los partidos de primera clase podrán los vecinos que no sean pobres celebrar *ajustes* ó *igualas*, pero con sujecion siempre á lo que se previene en el título sexto.

En las poblaciones que lleguen á 1500 vecinos, solo pueden ser los partidos de primera clase.

Art. 5.° Considéranse como pobres para los efectos de este decreto:

Primero. Aquellos vecinos que no contribuyen directamente con cantidad alguna al Erario ni son incluidos en los

Real Decreto de 5 de abril de 1854, mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 467 de 12/04/1854.

APÉNDICE Nº10: Primera regulación normativa que incluye la denominación de "farmacéuticos titulares"

Art. 23. Son deberes relativos al servicio de los pueblos y comunes para el médico y para el cirujano los siguientes:

Primero. Si el partido fuere de primera clase, asistir en las enfermedades de su profesion á los pobres (Véase el artículo 5.º) y prestar auxilio á las personas que no siéndolo lo reclamaren cuando no haya en la poblacion otro facultativo autorizado de quien puedan valerse, en cuyo caso tendrán derecho á exigir los honorarios que correspondan por aquel servicio.

Segundo. En los partidos de segunda clase asistir en sus dolencias á todo el vecindario.

Tercero. Los médicos y cirujanos harán á lo menos una visita cada dia á los que padecieren dolencias agudas exentas de inmediato peligro; dos ó mas cuando el peligro próximo existiere, y las que juzguen precisas en las afecciones crónicas.

Cuarto. En los partidos compuestos de mas de un pueblo solamente podrá exigirse una visita diaria en las enfermedades agudas, sean ó no graves, observándose no obstante la regla anterior en la poblacion donde el facultativo titular tuviere fijada su residencia.

Quinto. Asistir á los niños expósitos que se crien en el pueblo ó á cualquiera otro acogido en establecimientos benéficos que accidentalmente se encontrare en él.

Sexto. Concurrir á los juicios de exenciones para el reemplazo del ejército cuando la Autoridad lo determine, en cuyo caso percibirán los honorarios establecidos.

Sétimo. No apartarse del pueblo por mas de 24 horas sin permiso del Alcalde, ni ausentarse por mas tiempo sin dejar encargado á otro profesor del desempeño de sus obligaciones. Pero en ningun caso podrán prolongarse tales sustituciones mas de tres meses, á no ser por motivo de enfermedad.

Art. 24. Son deberes que hacen relacion al servicio del Gobierno, comunes al médico y al cirujano:

Primero. Asistir á los militares de partidas sueltas, ó cualquiera otro que enfermare en pueblos donde no haya hospital ni médicos castrenses, percibiendo como honorario por cada visita 2 rs. de los 5 que concede la Real órden de 23 de Junio de 1851.

Segundo. Prestar los servicios propios de su profesion en los casos médico-legales siempre que las Autoridades judiciales lo reclamen y en tanto que se acuerda lo mas conveniente, satisfaciéndoseles sus honorarios en la forma que determina la Real órden de 21 de Junio de 1852.

Tercero. Llevar un registro de todos los menesterosos que asistan cuando el partido sea de primera clase, y de todas las personas del pueblo que reclamaren su asistencia si fuere de la clase segunda. En este registro se anotará el nombre de cada enfermo, su edad, estado, oficio ó profesion, la dolencia que sufriere y la terminacion que tenga esta.

Cuarto. Dar noticia al Subdelegado de Sanidad correspondiente de todos los casos de intrusion en el ejercicio de las profesiones médicas que lleguen á su conocimiento.

Quinto. Denunciar al Subdelegado las causas de insalubridad que existan en el partido.

Sexto. Evacuar los informes relativos á higiene pública á otros asuntos que las Autoridades sanitarias les pidan.

Art. 25. Tienen además los médicos los siguientes deberes.

Relativos al servicio de los pueblos.

Primero. Inspeccionar las escuelas públicas que se sostienen de fondos municipales ó provinciales, por lo menos dos veces cada año, á la entrada del invierno y á la del verano.

Segundo. Inspeccionar de igual manera cualquiera otro establecimiento que el Alcalde juzgue conveniente para reconocer su estado de salubridad, como asimismo los cementerios, los mataderos, los comestibles, bebidas &c.

Tercero. Comprobar cuantas defunciones ocurran en su partido; dar parte á quien corresponda del resultado de esta comprobacion si fuese necesario; proponer cuándo hayan de hacerse inhumaciones, y tomar apuntacion de todas las defunciones en un libro destinado á este fin.

Relativos al servicio del Gobierno.

Primero. Si se manifestase alguna enfermedad epidémica ó contagiosa, dar parte sin tardanza al Subdelegado de Sanidad, para que este comunique el suceso á la Autoridad sanitaria superior de la provincia cuando lo juzgue conveniente.

Segundo. En caso de reinar una epidemia ó contagio grave, dar por lo menos semanalmente al Subdelegado y á las Autoridades gubernativas, si lo pidieren, un parte en que se exprese el número de acometidos, de curados y de muertos, con las observaciones que juzguen mas oportunas.

Tercero. Llevar en Enero de cada año á la Autoridad sanitaria superior de la provincia, por conducto del Subdelegado, una memoria en que aparezcan: un estado de las enfermedades de su profesion que haya asistido en el año anterior; noticia de las enfermedades endémicas, epidémicas ó contagiosas que se hubiesen manifestado, con expresion del número de invadidos, curados y muertos, y todas las demás noticias que considere oportunas; las causas de insalubridad existentes en la poblacion ó poblaciones confiadas á su cuidado y en los términos de ellas; un estado de los pobres asistidos durante el año, ó de todos los enfermos si el partido fuere de segunda clase; otro estado de las defunciones ocurridas conforme al modelo núm. 1.º; y finalmente, una noticia de los intrusos y de las intrusiones notables de que tengan conocimiento.

Art. 26. Corresponden en particular á los cirujanos los deberes siguientes:

Relativos al servicio de los pueblos.

Primero. Comprobar los nacimientos que ocurran en su partido, tomando al efecto de los curas párrocos las noticias precisas, y llevar un libro en que tomen razon de ellos; expresen el dia y hora, el sexo, los nombres de los padres (cuando de esto no haya inconveniente), y cualquiera otra circunstancia que juzguen oportuna.

Segundo. Vacunar gratuitamente á los hijos de los vecinos pobres ó de todos los vecinos, segun sea el partido de primera ó segunda clase, y á los procedentes de las casas de expósitos ó de otros establecimientos benéficos.

Tercero. Fomentar cuanto á su alcance se halle la vacunacion, recogiendo y conservando la mayor cantidad posible de pus vacuno.

Cuarto. Reconocer si los niños que han de admitirse en las escuelas están vacunados, y si padecen alguna enfermedad que pueda comunicarse á los otros.

Relativamente al servicio del Gobierno.

Primero. Formar en el mes de Enero de cada año un estado de todos los nacimientos ocurridos el anterior, arreglándose al modelo núm. 2.º, y remitirle al Subdelegado correspondiente para que lo eleve al Gobernador.

Segundo. Formar y remitir de igual manera otro estado de los niños y adultos que hayan vacunado en el año anterior, con arreglo al modelo núm. 3.º

Tercero. Formar en fin un estado de los enfermos de su profesion que hubieren asistido como titulares, con expresion de las dolencias que hayan padecido.

Art. 27. Los farmacéuticos tienen respecto á los pueblos el deber de suministrar á los enfermos pobres, si el partido fuere de primera clase, y á los de todo el vecindario si fuere de segunda, aquellos medicamentos simples ó compuestos que necesiten para el tratamiento de sus enfermedades, siempre que figuren en el petitorio, á seas de un uso general y se pidan en receta de uno de los facultativos titulares; y respecto al Gobierno contribuirán en los casos necesarios, con los médicos y cirujanos, á esclarecer las cuestiones de higiene y salubridad que ocurran en el partido.

TITULO CUARTO.

De la retribucion de los facultativos titulares.

Art. 28. Las asignaciones de que disfruten los médicos y cirujanos titulares habrán de ser proporcionadas al vecindario, á la riqueza y á las circunstancias particulares de cada partido.

Los pueblos pueden señalarlas y los Gobernadores aprobarlas siempre que no bajen del mínimum que se expresa en los siguientes artículos.

Art. 29. En los partidos de primera clase, compuestos de 200 vecinos, es el mínimum de la asignacion para los médicos titulares la cantidad de 2000 reales anuales, y en los de cirujano que no excedan de 100 vecinos la de 800.

Art. 30. Las asignaciones de los médicos irán aumentando en la proporcion de 100 rs. por cada 20 vecinos que pasen de los 200 primeros; y las de los cirujanos en la de 50 por igual número que exceda de 100.

Art. 31. En los partidos de segunda clase, además del mínimum correspondiente á la clase primera, habrá de satisfacerse por cada vecino que no figure en la lista de los pobres, á lo menos el mínimum de 24 rs. para los médicos y 16 para los cirujanos.

Las viudas y huérfanos pagarán la mitad.

Los partos y las grandes operaciones quirúrgicas se satisfarán por separado.

Art. 32. Los médicos titulares de las poblaciones á que se refieren las reglas sétima y octava del artículo 7.º, disfrutarán de una asignacion cuyo mínimum no podrá bajar de 4000 rs. anuales, y los cirujanos de una que no bajará de 2000.

Art. 33. Si un médico-cirujano desempeñase en un partido las plazas de médico y de cirujano titulares, reunirá la asignacion correspondiente á ambas, y tendrá las obligaciones anejas á una y otra, pero habrá de sostener á sus espensas un sangrador que le auxilie.

Art. 34. El mínimum de la asignacion que podrá señalarse á los farmacéuticos por el suministro de los medicamentos, tan solo para las enfermedades de los pobres, es la cantidad de 20 rs. anuales por cada vecino que figure en la lista á que se refiere el art. 6.º; 26 rs. por cada uno que no se halle inscrito en dicha lista, y la mitad de esas cantidades por las viudas y huérfanos, segun su clase.

Art. 35. Los facultativos titulares tendrán derecho á jubilacion cuando lo hubiesen sido 30 años en el pueblo donde se encuentran. La cantidad que por jubilacion les corresponda, será á lo menos las dos terceras partes de aquella que al jubilarse estén percibiendo por la asistencia á los pobres.

TITULO QUINTO.

Cómo ha de satisfacerse la asignacion á los facultativos titulares.

Art. 36. Así en los partidos de primera clase, como en los de segunda, será siempre satisfecha por los Ayuntamientos la asignacion de los médicos, de los cirujanos y de los farmacéuticos, bien sea en dinero por trimestres vencidos, bien por anualidades y en especie conforme á los usos y costumbres de cada país.

Cuando haya de hacerse el pago á los facultativos titulares en grano ó en otro producto de la agricultura, se fijará la cantidad de tal manera que corresponda á la asignacion señalada, para cuyo fin habrá de tomarse por tipo el precio medio que haya tenido aquel producto en el quinquenio anterior al acabar de hacerse la recoleccion ó elaboracion.

Los cereales y demás productos de la agricultura en que se satisfagan sus asignaciones á los titulares, habrán de ser siempre de buena calidad.

Como el precio de tales productos se halla sujeto á notables variaciones, deberá establecerse cada cinco años, con aprobacion de los Gobernadores, y despues de haber oido á los interesados.

Art. 37. Quedan los pueblos en libertad, segun su conveniencia y costumbres, de cubrir las asignaciones correspondientes á los facultativos titulares, ya sea con los productos de los propios, ya por medio de arbitrios aprobados por los Gobernadores, por repartimiento vecinal, de cualquier otro modo que lo hayan hecho hasta aquí, ó de varias maneras á un tiempo; pero acomodándose siempre á lo prevenido en el título cuarto respecto al mínimum de las asignaciones.

Si el pago se hiciese en todo ó en parte por repartimiento vecinal, habrá de incluirse en el presupuesto municipal; y se hará la derrama en el vecindario de igual manera que se hace la de las restantes partidas del presupuesto, esto es, teniendo en consideracion la fortuna de cada uno, y sus rentas ó utilidades.

Art. 38. Cuando los Ayuntamientos descuiden el puntual pago de sus asignaciones, recurrirán los interesados á los Gobernadores, quienes obligarán á efectuarle, empleando los mismos medios y desplegando el propio vigor y celo que para el cobro de las contribuciones.

Tambien queda á los interesados espedita la accion legal, pudiendo demandar á los Alcaldes ante los Tribunales de justicia.

Las costas que en estos casos se originen serán satisfechas por los Ayuntamientos.

TITULO SEXTO.

De los ajustes particulares ó iguales.

Art. 39. En los partidos de primera clase que no lleguen á 1500 vecinos podrán estos celebrar ajustes ó igualas, bien sea con los mismos titulares, bien con cualquier otro profesor; pero siempre habrán de sujetarse á las siguientes reglas:

Primera. Se harán las igualaciones en el mes de Diciembre y tan solo por todo el año siguiente.

Segunda. Tendrá efecto la igualacion suscribiendo todos los vecinos que en ella tomen parte, ú otras personas en su nombre, y á ruego suyo, si no supiesen firmar, un documento en cuya cabeza se expresen las condiciones generales del contrato, y en el cual se anteponga á cada firma las condiciones peculiares á cada vecino, si en esto se estableciese alguna variedad.

Terminada la igualacion habrá de ser autorizado dicho documento por un escribano, y tendrá desde entonces la misma fuerza y valor que una escritura pública.

Tercera. En tales contratos nunca ha de establecerse obligacion alguna extraña á la profesion del facultativo que los celebra, ni tampoco se podrá estipular la asistencia de enfermedades para cuyo tratamiento no esté legalmente autorizado el contratante.

Cuarta. Como mínimum de las igualaciones, del cual no es permitido descender, se señala por la asistencia médica la cantidad anual de 28 rs. cada vecino; por la asistencia quirúrgica la de 18, y por el suministro de medicamentos para las personas la de 30 rs.

Este mínimum queda reducido á la mitad en las igualas de las viudas y huérfanos.

Quinta. Cuando alguno de los igualados dejare de satisfacer la cantidad que le corresponde, y sea demandado ante el alcalde en juicio verbal, le obligará esta Autoridad al pago con arreglo á las leyes y reglamentos vigentes sobre administracion de justicia, exigiéndole tambien cualquiera costa ó gasto que se origine, de manera que el facultativo demandante perciba íntegra y sin menoscabo alguno la cantidad que le corresponde.

Sexta. Al completar los vecinos el pago de la cantidad á ellos correspondiente, cuidarán de que se tache en presencia suya la firma que estamparon en el documento autorizado que acredita la igualacion; como que la existencia de la firma sin tachar constituirá en todo caso la prueba de la deuda. Y si el pago no fuere de la cantidad completa, harán que se exprese al pie de su firma la can-

Real Decreto de 5 de abril de 1854, mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 467 de 12/04/1854.

APÉNDICE Nº10: Primera regulación normativa que incluye la denominación de "farmacéuticos titulares"

tidad que á buena cuenta hubieren entregado.

Sétima. Toda igualacion hecha sin los requisitos que se establecen en las cuatro primeras reglas de este artículo, se tendrá por nula, no obligando por lo tanto á una ni á otra de las partes contratantes.

Art. 40. En las poblaciones que excedan de 1500 vecinos podrán los profesores de medicina, cirugía y farmacia celebrar ajustes con cualquiera persona sin *las formalidades que se establecen en el* artículo anterior; pero habrán de observarse las reglas siguientes.

Primera. No podrán comprometerse á prestar mas género de asistencia ni de auxilio que el servicio personal propio de la profesion para cuyo ejercicio estuvieren legalmente autorizados.

Segunda. No tendrán derecho á reclamar por la asistencia anual correspondiente *á una familia cualquiera menor* de 60 rs. los médicos, 30 los cirujanos y 60 por el suministro de medicamentos los farmacéuticos.

TITULO SETIMO.

En qué casos y cómo podrá procederse á la separacion de los facultativos titulares.

Art. 41. Los médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares solamente podrán ser separados por los Gobernadores mediando motivos justos y probados en virtud de queja de los Alcaldes correspondientes ó de los Subdelegados de Sanidad, y observándose en todos los casos las siguientes reglas:

Primera. Cuando alguno de dichos facultativos faltare á sus deberes para con el pueblo de que es titular (véanse artículos 23, 25, 26 y 27), será primeramente amonestado de palabra por el Alcalde y luego de oficio, si no se corrigiere, expresando en términos claros y precisos los motivos en que se funda la amonestacion. De esta comunicacion deberá quedar minuta rubricada en la Secretaría del Ayuntamiento.

Segunda. Si faltare de nuevo á sus deberes, será llamado al seno del Ayuntamiento *para oir sus descargos y apercibirle* en caso necesario, todo lo cual deberá constar en el acta.

Tercera. En caso de reincidencia elevará el Alcalde su queja al Gobernador de la provincia acompañando la minuta de la comunicacion que pasó al interesado y un testimonio del acta de la sesion del Ayuntamiento en que fué requerido al fiel cumplimiento de los deberes que le *impone la condicion de titular.*

El Gobernador, después de oir al interesado, pasará el expediente á informe de la Junta provincial de Sanidad, y en virtud del dictámen de esta, podrá resolver lo que le pareciere, reservando para el último extremo la separacion.

Cuarta. Si algun facultativo titular faltare á sus deberes con el Gobierno (véanse los artículos 24, 25, 26 y 27) podrá amonestarle *primero de palabra ó por* escrito el Subdelegado de Sanidad correspondiente. *Cuando sean ineficaces* dichas amonestaciones, le apercibirá en presencia del Alcalde y del secretario del Ayuntamiento, quienes librarán á la Autoridad sanitaria testimonio del apercibimiento.

Y en fin, producirá su queja al Gobernador, cuya Autoridad habrá de proceder en todo de la manera que se determina en la regla precedente.

TITULO OCTAVO.

Disposiciones transitorias.

Art. 42. Aquellas poblaciones que hayan de constituir por sí solas partidos de primera clase, y que en la actualidad tengan facultativos para la asistencia de los pobres, se acomodarán en todo á lo dispuesto en los títulos precedentes; pero las plazas de facultativos titulares serán desde luego provistas en los mismos que las están desempeñando.

Los Gobernadores procederán por lo tanto á expedirles los títulos correspondientes.

Art. 43. Aquellos pueblos que teniendo ahora contratados facultativos para la asistencia de todo el vecindario sigan formando partido por sí solos, si el partido que establezcan fuere de primera clase, quedarán nombrados titulares los que en la actualidad lo sean, expidiéndoseles el título correspondiente; mas si el partido hubiese de ser de segunda clase, continuarán solamente los titulares con el carácter de interinos hasta el cumplimiento de su contrato. Sin embargo, cumplido este, podrán los Ayuntamientos nombrarlos definitivamente sin observar lo prevenido en el título segundo, pero obteniendo para ello prévia autorizacion del Gobernador de la provincia.

Art. 44. Si se reunieren para constituir partido dos ó mas poblaciones de las que tienen facultativo titular de la misma profesion al publicarse este decreto, podrán los Ayuntamientos reunidos elegir entre dichos facultativos el que fuere mas de su agrado, con conocimiento y autorizacion del Gobernador. Y si los pueblos reunidos *tuvieren facultativos de diferentes clases*, por ejemplo, un médico y dos cirujanos, deberán seguir interinamente hasta cumplir el término de sus contratos el que fuere único y el que eligieren los Ayuntamientos de los de la otra profesion, procediéndose después de cumplidas aquellas en los mismos términos que expresa el artículo precedente.

Art. 45. Cualesquiera dudas que á los Gobernadores ocurrieren respecto al cumplimiento de este decreto, serán consultadas al Gobierno para su mas acertada resolucion.

Art. 46. Quedan derogadas todas las disposiciones anteriores en cuanto fueren contrarias al presente Real decreto.

Dado en Palacio á cinco de Abril de mil ochocientos cincuenta y cuatro.=Está rubricado de la Real mano.=El Ministro *de la Gobernacion*=Luis José Sartorius.

NUM. 1.º

Estado de las defunciones ocurridas en la villa de Manzanares, provincia de Ciudad-Real.

AÑO DE 1852.

ENFERMEDADES.	VARONES. De 1 á 5 años.	De 5 á 10 años.	De 10 á 30 años.	De 30 á 40 años.	De 40 á 60 años.	De 60 á 80 años.	De 80 á 100 años.	HEMBRAS. De 1 á 5 años.	De 5 á 10 años.	De 10 á 30 años.	De 30 á 40 años.	De 40 á 60 años.	De 60 á 80 años.	De 80 á 100 años.	TOTAL.
Croup	3	1	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	»	8
Sarampion	4	3	1	»	»	»	»	3	4	2	»	»	»	»	17
Pulmonía	»	»	4	3	5	1	»	1	»	1	4	1	2	»	19

NUM. 2.º

Estado de los nacimientos ocurridos en la ciudad de Córdoba (primer distrito), provincia del mismo nombre, año de 1852.

MESES.	VARONES. Parto natural.	Parto artificial.	HEMBRAS. Parto natural.	Parto artificial.	TOTAL.	FORTUNA DE LOS PADRES. Mala.	Mediana.	Buena.	TOTAL.
Enero	21	2	23	»	66	24	13	26	66
Febrero	27	»	20	3	50	29	6	15	50

NUM. 3.º

Estado de las vacunaciones hechas en la villa de Maqueda, provincia de Toledo, año de 1852.

Sexos.	Edades.	VACUNACIONES CON RESULTADO. Con resultado feliz.	Con resultado dudoso.	VACUNACIONES sin resultado.
Varones	Hasta los cinco años	36	11	8
	De cinco á diez años	10	6	»
	De mas de diez años	4	2	»
Hembras	Hasta los cinco años	21	9	13
	De cinco á diez años	17	11	»
	De mas de diez años	2	1	5

2.ª SECCION.—*OFICINAS GENERALES.*

JUNTA DE LA DEUDA PUBLICA.

La Junta ha acordado que el 12 del actual, á las doce de la mañana, se verifique en el patio principal del edificio que ocupan sus oficinas, la quema pública de los documentos de la Deuda amortizados por todos conceptos en los meses de Setiembre á Diciembre de 1852 á que se refieren los anuncios publicados en las GACETAS de 3 de Diciembre, 9 de Enero, 5 y 10 de Marzo último; de los cupones del 3 por 100 consolidado y diferido interior y exterior, de los del 5 por 100 de reclamaciones inglesas, de los de acciones del ferro-carril de Aranjuez á Almansa satisfechos por la tesorería de la Deuda y comisiones de Hacienda de España en Lóndres y París; y por último de los títulos del 3 por 100 diferido exterior presentados en las referidas comisiones para su conversion en Deuda consolidada hasta fin de Junio del año último.

Lo que se avisa al público para su conocimiento. Madrid 4 de Abril de 1854.=El Secretario, Angel F. de Heredia=V.º B.º=El Director general, Presidente en comision, Aristizabal.

DIRECCION GENERAL DE CASAS DE MONEDA, MINAS Y FINCAS DEL ESTADO.

El martes 18 del actual se celebrará en esta corte y en la ciudad de Sevilla doble y simultánea subasta para la venta de 9000 arrobas de cobre afinado á punto de aleaciones, procedentes de las minas de Riotinto, bajo el tipo mínimo admisible de 115 rs. arroba y con sujecion al pliego de condiciones publicado en la GACETA oficial de 17 de Marzo próximo pasado.

Lo que se pone en conocimiento del público para que pueda llegar á noticia de los que gusten interesarse en el remate.

Madrid 11 de Abril de 1854.=P. A., Ruiz Ordoñez.

REAL OBSERVATORIO DE MADRID.

OBSERVACIONES METEOROLÓGICAS DEL DIA 11 DE ABRIL DE 1854.

HORAS.	BARÓMETRO EN Pulgadas inglesas.	Milímetros.	TERMÓMETRO. Reaumur.	Centígrado.	DIRECCION del viento.	Estado atmosférico.
9 de la mañana.	27,956	710,07	13°,2	16°,5	S. ¼ S. O.	Despejado.
Mediodía	27,954	710,02	18°,0	22°,5	S. S. O.	Algunas nubes.
3 de la tarde.	27,938	709,61	18°,1	22°,6	S. O.	Nubes.
6 de id.	27,968	710,37	15°,4	19°,2	O. S. O.	Algunas nubes.
Calor máximo del dia			19°,8	25°,7	*Manuel Rico.*	
Calor mínimo del dia			— 6°,9	— 8°,6		

BOLSA DE MADRID.

Cotizacion del dia 11 de Abril de 1854 á las tres de la tarde.

EFECTOS PUBLICOS.

Títulos del 3 por 100 consolidado, 34 10 d.
Idem del 3 por 100 diferido, 18 25.
Amortizable de primera clase, 7 50 d.
Idem de segunda, 4 d.
Acciones del Banco de San Fernando, 93 d.

CAMBIOS.

Lóndres á 90 dias, 54-75.=París á 8 d. v., 8-30 p.

Plazas del reino.

	Daño.	Benef.		Daño.	Benef.
Alicante	1/4		Jaen	1/8	
Almería	1/2		Málaga	1/4 d.	
Badajoz	3/8 p.		Murcia	par p.	
Barcelona	1/2 p.		Oviedo	3/8 p.	
Bilbao	1/4 p.		Palencia	6/8 d.	
Burgos	par d.		Santander	1/8 p.	
Cáceres	1/4		Santiago	par.	
Cádiz	5/8 p.		Sevilla	3/8 d.	
Córdoba	1/2 p.		Valencia	3/4 p.	
Coruña	par d.		Valladolid	par p.	
Granada	1/2 p.		Zaragoza	3/4 p.	

ANUNCIOS NO OFICIALES.

La Gaceta de los Tribunales del 8 de Febrero último anuncia la siguiente produccion:

La gloriosa historia de las Ordenes militares ha tenido sus cronistas célebres, y eminentes jurisconsultos han discutido las cuestiones canónicas á ellas relativas; pero con la decadencia de estas instituciones, con las nuevas ideas, es ya muy desconocido este género de la literatura, lo mismo que la doctrina canónica relativa á estas corporaciones; el Sr. Guillamas, Ministro del Consejo Real de las Ordenes, muy conocido ya por su *Coleccion de causas célebres políticas del siglo* XIX, por su *Estadística judicial* de las islas Baleares y la criminal de Cataluña, ha prestado pues un gran servicio con su obra que lleva el título siguiente:

De las Ordenes militares de Calatrava, Santiago, *Alcántara y Montesa*, ó sea Comentarios á los artículos del Concordato referentes á las mismas, por D. Manuel de Guillamas, Ministro del Consejo Real de las Ordenes militares.

Esta obra es de suma utilidad para los jurisconsultos, canonistas, para las dignidades, prelados, *comendadores, caballeros, freiles y párrocos de las órdenes*. Contiene su historia, jurisdiccion y modo de ejercerla; obispados y bula de erección, beneficios eclesiásticos, dotacion antigua y moderna, encomiendas y maestrazgos, monesterios de freilas, su clausura y privilegios, colegios de freiles y su dotacion, junta apostólica y Tribunal de la Rota, organizacion, atribuciones y bulas relativas á mismas corporaciones. Contiene además de la legislacion canónica del territorio de Ordenes y los comentarios de los artículos del Concordato, una defensa de la regalía maestral como prerogativa de la Corona de Castilla.

Un gran método, buena erudicion y claridad de exposicion, son las principales cualidades de esta obra. Se vende en la librería de Sanchez, calle de Carretas: precio 30 rs.; es un tomo de 400 páginas.

LEY ORGANICA PROVISIONAL DE LA BOLSA DE COMERCIO DE MADRID,

MANDADA OBSERVAR POR REAL DECRETO DE 5 DE FEBRERO DE 1854,

Y

REGLAMENTO PARA SU EJECUCION

APROBADO POR S. M. EN 11 DE MARZO SIGUIENTE.

Ambos documentos forman un cuaderno en 4.º que se vende á 3 rs. en el despacho de libros de la Imprenta nacional.

EN LA IMPRENTA NACIONAL.

Real Decreto de 5 de abril de 1854, mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. *Gaceta de Madrid* nº 467 de 12/04/1854.

APÉNDICE Nº11: Ejemplo de carta remitida a la revista *"El Restaurador Farmacéutico"* sobre el estado de cómo se sentían los farmacéuticos igualados con sus vecinos

Descomposicion de las sales de potasa y sosa por el concurso simultáneo del hierro bronce, del agua y del aire: por Becquerel.

Sabemos que las acciones combinadas del aire, agua y sulfato de sosa, sobre un pedazo de hierro sumergido del todo en la solucion, son suficientes para descomponer el sulfato; se forma protosulfato de hierro que es inmediatamente descompuesto por la sosa puesta en libertad, y el precipitado pasa poco á poco al estado de peróxido hidratado: empero no sucede lo mismo cuando el hierro no está sumergido mas que en parte: se produce entonces protosulfato que permanece en disolucion, mientras que la sosa sale de este para colocarse sobre la parte del metal no sumergida, donde atrae el ácido carbónico del aire y forma muy cerca del líquido, crestas sedosas de carbonato.

Becquerel considera este fenómeno como puramente electro-químico, la parte no sumergida del metal es el polo positivo y la otra el negativo de un par voltáico. Como la sosa sale del líquido sin reaccionar sobre la sal ferrosa, este físico admite que allí hay un verdadero efecto del trasporte electrico.

Becquerel ha examinado tambien la cuestion de saber si esta formacion del carbonato de sosa podia *utilizarse como método industrial. Los resultados á* que ha llegado le hacen pensar que este método no puede ser objeto de una esplotacion en grande; que sin embargo pudiera emplearse con buen resultado en la orilla del mar y casi sin gastos para las necesidades personales ó para pequeñas esplotaciones, puesto que no exige mas que pedazos de bronce viejo, estanques y un abrigo. (*Jour. de Phar.*)

Esperimentos estáticos sobre la digestion; por Bousingault.

Sabemos que la digestion se compone de dos órdenes de fenómenos: reemplaza los materiales de la sangre incesantemente destruidos por la respiracion, al mismo tiempo que restituye ó añade nuevas partes al organismo. Los productos de la digestion deben pues ser suficientes, por una parte, á la combustion respiratoria, y por otra á la asimilacion. Boussingault ha querido comparar directamente por la esperiencia el peso de la materia alimenticia ingerida, con el de la materia digerida ó en camino de digestion, á fin de deducir, por la diferencia de la materia asimilada en el organismo ó eliminada por las vias respiratorias.

Las observaciones las hizo sobre perros de aguas. *Hacen ver que la albumina, fibrina, caseum,* aunque absorvidas en proporcion considerable por las vias digestivas, no suministran bastantes elementos combustibles al organismo; cuando se dan solas, estas sustancias pues vienen á ser alimentos insuficientes. Para que nutran completamente, es preciso que estén unidas á materias que, una vez llegadas á la sangre, se quemen *en totalidad, sin trasformarse* en cuerpos que sean inmediatamente espulsados como sucede á la úrea y ácido úr co. Tambien las sustancias alimenticias esencialmente combustibles, tales como el almidon, azúcar, los ácidos orgánicos y quizá la gelatina, entran siempre en proporcion mas ó menos fuerte en la constitucion de los *alimentos sustanciales. Bien entendido, los* alimentos de respiracion no pudieran tampoco sustituirse en totalidad á las sustancias albuminoideas: por el contrario, es menester que estos dos géneros de alimentos se encuentren siempre juntos.

Sobre el trasporte del fosfato de cal en los seres organizados.

Segun Dumas, el ácido carbónico es el disolvente que hace penetrar en las plantas el fosfato calizo. *Láminas de marfil, encerradas* en botellas de agua de Seltz, se han reblandecido en veinte y cuatro horas como en el ácido hidroclórico diluido. Esta accion esplica el papel del esmalte de los dientes, destinado, por el fluoruro de calcio que basta á proteger la sustancia huesosa contra la accion del ácido carbónico desprendido del pulmon y disuelto por la saliva.

Segun los esperimentos de Lassaigne, el agua saturada de gas acido carbónico á 10.° y á la presion ordinaria, disuelve 0,00070 de su peso de subfosfato calizo puro. El agua cargada de bicarbonato de cal disuelve tambien cantidades muy débiles.

Liebig recuerda haber admitido ya este destino del ácido carbónico en la economía de las plantas.

Por lo demás la solubilidad del fosfato calizo en el agua cargada de ácido carbónico ha sido notada ya mucho tiempo hace por Berzelius y Thenard. (*Jour. de Phar.*)

REMITIDOS.

Sobre ajustes.

Entre los bienes que la aparicion del Restaurador, periódico esclusivamente farmacéutico, puede reportar á la clase, debe figurar el que nos proporciona sus columnas para esponer un descubrimiento, simplificacion ó mejora que obtengamos de alguna operacion al razonado criterio de nuestros comprofesores para su acabada profesion: para proponer las reformas que asi en la parte escolástica como en la relativa á los intereses de los que á *ella* nos dedicamos exija la profesion, á fin de que lleguen á la region donde, con el detenido examen que requieran, puedan adoptarlas en todo ó parte: y finalmente para dar asi una prueba positiva de que la espátula y la pluma no estan tan reñidas, como generalmente se ha creido del oscurecimiento en que de luengos años yace tan benemérita como menospreciada *clase.*

Fiado yo, el mas ínfimo de mis comprofesores,

Arenas, A.: "Remitidos: Sobre ajustes". *El Restaurador Farmacéutico.* 1847; 3(10):76-78.

APÉNDICE Nº11: Ejemplo de carta remitida a la revista *"El Restaurador Farmacéutico"* sobre el estado de cómo se sentían los farmacéuticos igualados con sus vecinos

en la indulgencia que necesariamente he de merecerles; con el doble objeto de estimular á otros mas capaces y por lo mismo quizá mas tímidos, y de contribuir con mi esperiencia á la dilucidacion al punto de contratas y ajustes alzados que hoy se agita, me atrevo á dar en estos desaliñados renglones una ligera idea del estado actual de los farmacéuticos igualados con los vecinos en particular, ya que el señor Ulzurrun lo haya hecho, con un tino y finura que yo envidio, del de los contratados, en el número 8.º del año 3.º de este mismo periódico.

Tantas, tan interesantes y curiosas observaciones *se agolpan á mi limitada imaginacion, que no* sé como principiar el bosquejo que me he propuesto. Apuntaré las principales.

Por una fanega de centeno (su precio medio por un quinquenio, quince reales) se obliga el farmacéutico en este pais á suministrar por un año cuantas medicinas del petitorio vigente necesite un matrimonio, tenga los hijos que quiera. Desde el mas rico propietario al infeliz jornalero todos estan igualados en este orden. Con los primeros por ser vos quien sois, y por la sultánica influencia que ejercen sobre el infeliz facultativo, tiene este de grado ó por fuerza, que esmerarse cuando desgraciadamente para todos les ataca alguna dolencia: los segundos ya tienen ellos buen cuidado de aguijonear innecesariamente al *facultativo* (criado de Villa como le llaman) asi para que les visite, como para que recete cuanto haga falta; que para eso *le dicen* pago al boticario la fanega de centeno; no para que se la lleve de valde: en ambos casos la persona que padece es siempre el boticario. Pues librele Dios de una consulta médica para alguna notabilidad!!... como consecuencia inmediata de aquella se desprenden unos cuantos recipes de marca inusitada que lo dejan aturdido, sin que por esto le espere al verano otra cosa que la raida fanega de centeno. Para la clase pobre en la que no pueden darse consultas de esta especie nunca falta un profesor de medicina ó cirujia, á veces tambien un aventurero, que se traslada de un punto á otro, y no bien ha entrado en la villa cuando hasta cronicones incurables acuden presurosos á consultarle, y exigirle una receta sobre las infinitas que ya han arrancado á los del pueblo; y con ella, y por cuanto contribuyen (no todos por supuesto) con la fanega de centeno, se presentan erguidos al boticario, que *velis nolis* tiene que despacharla y tragar la píldora. *Esto presciadiendo de si en algun lugar inmediato* hay alguna especialidad acudir á ella en consulta, pintándola antes de todo el abandono en que dicen tenerles los facultativos de su pueblo, hartos por cierto de sufrirles exigencias, y obtener mediante una corta retribucion su correspondiente recipe (de prueba por lo regular) con el que vienen á fastidiar al boticario, á quien no queda otro recurso que el anteriormente dicho. Si un chiquelo saltando tapias por via de juego con otros ó alcanzando higos sufre una contusion, dislocacion ó fractura, si algun hombre, ó mujer muy generalmente, efecto de un esfuerzo en las faenas del campo á que tambien se dedican estas, ó de otra causa cualquiera se sienten relajados, allá que vá sobre el boticario y contra la fanega de centeno el «recipe de emplasto confortativo de Vigo c. s. para estender sobre el lienzo adjunto» que suele ser una pierna de sabana. Paso por alto la interminable materia médica que las mujeres traen entre manos para corregir hasta la mas leve incomodidad que sienten, y con la que muelen al boticario; la fatalidad que tambien puede caber á este de un facultativo inmoral, por fortuna muy contados, que se conjure contra él; y finalmente entro con la parte mas lastimosa ó sea la de la cobranza, habré de ser breve, si con brevedad puede tratarse una materia que con lo que dejo podian suministrar un tomo en folio.

Lo primero que ha de hacer el farmacéutico desde que principia la recoleccion hasta que concluye es proveerse de criado y caballeria, si como es lo general carecia de uno y otro en lo demas del año por no serle necesarios; porque en vez de hacerle los igualados, del pueblo por lo menor, el pequeño obsequio de llevarle á casa la fanega de centeno, le pasan recado para que acuda á tomarla en la de aquel ó en la era: y cuidado que tampoco le traeria cuenta el que se la llevasen á casa, á menos que al recibirla la midiese, cosa que ofenderia á los interesados. Si vá por ella á la era, no está libre de que se pongan á medirla al lado contrario del aire donde se deposita el tamo, y ó tiene una desazon ó lleva el grano por limpiar. Si la toma de casa del igualado, *no faltan algunos que han cuidado ya de dejar* en sitio fresco el grano que piensan invertir en el pago de sus criados el boticario, el barbero, el herrero y zapatero que todos somos unos, y cátate otra desazon, ó tomarlo tan hinchado y tierno como si estubiera cocido. En paseos infructuosos por no hallar á persona en la casa ó en la era, ó por no estar el marido para que lo mida, invierte el criado una porcion no desatendible de tiempo.

En los anejos la cobranza es mas penosa. El farmacéutico tiene precision de abandonar su casa, y sufrir la benéfica accion del sol de julio y agosto, que si no hace en él toda la impresion que debiera consiste sin duda en que se encuentra neutralizada por el ardor, el encendimiento interior que le producen los entripados por que pasa. ¡Qué no es ver al boticario casa hita por los pueblos seguido del criado con el costal al hombro, y este de la caballeria que lleva del diestro, impetrando con dulzura y como por el amor de Dios la miserable fanega de centeno, por la que se ha llevado doce meses enteros haciendo dispendios, trabajando, y atado como *jumento a estaca!!! oh! la sangre hierve... Los unos* le despiden hasta otro año, porque en aquel no lo han cogido. Otros le despachan hasta otro dia, porque el marido se halla forastero y la muger no hace en cosa de cuentas; pero si hace en venir y con imperio á la botica. Muchos á trueque de humillarle, le hacen acercarse á su casa dos ó mas veces, por no interrumpir ni precipitar su almuerzo, comida etc.: como si ellos dejáran comer ni dormir con sosiego al boticario. Este al pagarle, como si lo hiciera de gracia, le echa en cara un minuto que alguna vez le hizo esperar. Aquel otro se le queja de que su madre, esposa ó hijo, se murieron sin que la botica les aprovechára: queriendo sin duda gozar hasta de la inmortalidad por la fanega de centeno.

Arenas, A.: "Remitidos: Sobre ajustes". *El Restaurador Farmacéutico.* 1847; 3(10):76-78.

APÉNDICE Nº11: Ejemplo de carta remitida a la revista *"El Restaurador Farmacéutico"* sobre el estado de cómo se sentían los farmacéuticos igualados con sus vecinos

A las primeras de cambio espetan todos al boticario lo reconocido que debe vivirles. y la obligacion en que está de complacerles en cuanto les ocurra fuera de la contrata, porque se conservan en su botica á pesar de lo molestados que son por el boticario de *tal*, y *el de cual pueblo*, alguno de los *cuales ha llegado* á ofrecerles la rebaja de un celemin por llevarselos... Pero, aquí abordamos una cuestion mucho mas delicada. y que requiere para tratarse mas tranquilidad de la que me ha dejado la que concluyo.

Baste la ligera reseña hecha: y á vista de ella, y de las trascedentales consecuencias que fácilmente se deducen de su contexto, digase si deben continuar las igualas: si con ellas. ó las contratas puede haber farmacéuticos ,y lo que es todavía mas, ni facultativos.—Navalmoral de la Mata, 1.º de abril de 1847.—*Adriano Arenas*.

Señores Redactores del Restaurador Farmacéutico.

Muy señores mios. Cuando una clase benemérita llamada á ocupar en la Sociedad un lugar distinguido á el lado de otras muchas que presentan á esta inmensurables beneficios, se encuentra postergada, y en un estado casi de abyeccion, no puede menos de levantar su voz, tan alta como justas son sus quejas, y acusar la tirania de una sociedad ingrata que lejos de dispensarla proteccion, la abate y la deprime dándola por galardon una sérvil é inmerecida independencia. En este estado por desgracia, en que actualmente se encuentra la clase Médico-Farmacéutica, no es de estrañar que sus individuos declamen *cuanto les es posible contra tamaña injusticia*, llenando diariamente las columnas de sus periodicos, de sus órganos cientificos que destinados á propagar los conocimientos que continuamente enriquecen sus ciencias, sirven á la vez para desahogarse mutuamente poniendo á vista del público su lamentable posicion, prorrumpiendo á veces con razon, contra los que viendo el mal y pudiendo comparalo, rehuyen el remedio.

El que suscribe, abundoso en los mismos sentimientos, no puede menos de elogiar tan loable conducta por parte de sus comprofesores, y ve con placer sumo el ardiente deseo que cada vez mas les estimula á buscar en su imaginacion los medios que las saquen de tan triste situacion, llevándoles á ocupar en la Sociedad el digno puesto que legítimamente les pertenece: empero por desgracia los muchos proyectos que con asiduo empeño han dado á luz con este objeto, se vé que son los mas irrealizables, que son unas verdaderas utopias, inconducentes por lo tanto para llenar el fin positivo que sus autores se proponen.

Sin ir muy lejos, puedo citar uno de ellos que recientemente viene impreso en el número 8 del Restaurador Farmacéutico, redactado por un farmacéutico de la villa de Sodrozo, que no ha dejado en cierto modo de llamarme la atencion. En el se lamenta el citado profesor, de la crítica posicion en que se encuentra un farmacéntico contratado en una villa, teniendo por necesidad que estar sugeto á las numerosas variaciones que por precision inducen en sus prescripciones medicamentosas, los diversos profesores de Medicina, Cirujia y Veterinaria, que pueden sucederse durante el tiempo de su contrata, inconveniente que le imposibilita formar un acertado cálculo en los intereses que deben servir de premio decoroso á su subsistencia. Igualmente lamenta las consecuencias de una eventual é imprevista epidemia, que puede acabar en poco tiempo con la fortuna del farmacéutico contratado, esponiendose así á los vaivenes de las clases especuladoras y comerciales con desdoro de una ciencia que tiene mas elevado objeto. Por fin termina este sombrio cuadro *de los ajustes* con el no pequeño inconveniente de estar á merced de un facultativo que ya por resentimientos personales, ó por otra cualquiera causa, puede obrando de mala fé, desfalcarle algun tanto con disposiciones inútiles, menoscabando asi sus intereses.

Yo no puedo negar que son un hecho muchas de las reflexiones á que el articulista hace referencia; empero no puedo anatematizar con el los ajustes de los pueblos, porque su abolicion lejos de mejorar nuestra triste posicion la haria por el contrario mas precaria.

No ignora el citado articulista, puesto que ejerce su profesion en pueblos, que en estos mayormente si son de corto vecindario, son muy raras las que *pueden llamar fortunas* en los particulares. siendo las mas unas medianias suficientes, tan solo para subvenir á las necesidades mas precisas de si y de sus familias en tiempos normales; y los restantes, que constituyen la mayor parte de la poblacion, son pobres que no ganan mas que el sustento diario, fruto de su trabajo, cuando una enfermedad no se le quita. Ahora bien, *suprimiendo* los *ajustes* como el señor articulista opina, ¿cree que esas medianias podrian sufragar los grandes gastos de una enfermedad larga sin arruinarse? Les podrian sufragar igualmente los de pequeñas facultades, que son los mas, escluyendo aun los pobres de solemnidad? Facilmente se deduce que no, y no es dificil tampoco haber de leer que es inadmisible de todo punto el medio propuesto por dicho señor, puesto que una docena de ricos por ejemplo, que es el maximun de un pueblo de cuatro cientos vecinos, no puede sostener con su solo gasto una botica.

El inconveniente de que hace tambien mérito el articulista sobre el caso dad de una eventual epidemia, se halla mas que suficientemente contrapesado, *con el de* esas largas temporadas que suelen darse en muchas ocasiones, de haber muy pocos enfermos, en cuyo caso dudo yo pudiera cubrir los mas precisos gastos de su casa el farmacéutico de un partido abierto, cuando el contratado tiene en esta circunstancia una verdadera compensacion.

El proyecto de establecer hospitales en determinados puntos con el objeto de subvenir *á las necesidades* de los indigentes enfermos de los pueblos, cosa precisa en el caso de adoptarse el sistema que propone el facultativo de Sedrozo, es una cosa puramente ideal, pues nadie duda lo costosisimos que son dichos establecimientos, y la imposibilidad en que actualmente se encuentra la nacion de dedicar las grandes sumas que serian necesarias para llenar tan filantrópico objeto: el triste aspecto que presen-

Arenas, A.: "Remitidos: Sobre ajustes". *El Restaurador Farmacéutico.* 1847; 3(10):76-78.

Parafraseando una frase de Agustín Albarracín Teulón en el I Congreso Nacional de Médicos Titulares[1214]: "*A los farmacéuticos titulares que lean este trabajo, para que a través del conocimiento del pasado, puedan iluminar su presente y, sobre todo, proyectar su futuro*".

[1214] Albarracín Teulón, A. "Pasado, presente y futuro del médico titular". En: *I Congreso Nacional de Médicos Titulares*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid; 1988. p30.