



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

LA LEY GENERAL DE SANIDAD: HISTORIA DE UN MODELO

LOURDES FARRERONS NOGUERA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, 2011

CERTIFICACIÓN DEL ÓRGANO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DOCTORADO CON LA
AUTORIZACIÓN PARA SU PRESENTACIÓN A DEPÓSITO



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

PROGRAMA DE DOCTORADO: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DEPARTAMENTO: ENFERMERÍA

TÍTULO DE LA TESIS: *LA LEY GENERAL DE SANIDAD: HISTORIA DE UN MODELO*

FIRMA Y NOMBRE DEL AUTOR:

LOURDES FARRERONS NOGUERA

FIRMA Y NOMBRE DE LOS CODIRECTORES:

DRA. CARMEN DELIA MEDINA CASTELLANO

DR. EDUARDO GALVÁN RODRÍGUEZ

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, MARZO DE 2011

LOURDES FARRERONS NOGUERA

LA LEY GENERAL DE SANIDAD: HISTORIA DE UN MODELO

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y LEGISLATIVOS	7
1. BENEFICENCIA, SANIDAD Y ESTADO CONSTITUCIONAL	9
1.1.- Las Cortes de Cádiz comienzan su labor	10
1.2.- El debate constitucional gaditano	11
1.3.- La ejecución de las disposiciones constitucionales	13
1.4.- El renacer constitucional con el Trienio Liberal	17
1.5.- La posible reunión de la sanidad y la beneficencia	21
1.6.- La Ley General de Beneficencia del Trienio	23
1.7.- Un proyecto de Código sanitario para la Monarquía española	25
1.8.- La sanidad en la normativa del gobierno provincial de 1823	28
1.9.- El restablecimiento de las normas del Trienio	29
2. LA LEY GENERAL DE BENEFICENCIA DE 1849	33
2.1.- El discutido papel de la Junta Suprema de Sanidad	34
2.2.- Llega una nueva Constitución	37
2.3.- La Junta Suprema de Sanidad cae	40
2.4.- La discusión del proyecto de Ley de Beneficencia	41
2.5.- Y llega la Ley General	55
2.6.- Y llega el Reglamento	57
3. LA LEY DE SANIDAD DE 1855	59
3.1.- El proyecto gubernamental	60
3.2.- Las reacciones al proyecto	61
3.3.- El debate en el pleno del Congreso de los Diputados	62
3.4.- Y llega la Ley	67
3.5.- El panorama después de la Ley	69
3.6.- Y llega la Revolución	72
3.7.- Y llega la I República	75
3.8.- Y llega la Restauración	77
3.9.- Intentos malogrados de reforma	79

4. EL REAL DECRETO DE 1904	87
4.1.- Y llega la II República	94
5. LA LEY DE BASES DE LA SANIDAD NACIONAL DE 1944	97
6. LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE 1966	103
II.- LA LEY GENERAL DE SANIDAD EN PERSPECTIVA HISTÓRICA	109
1. REFORMA SANITARIA Y TRANSICIÓN	111
1.1.- El pistoletazo de salida para la reforma sanitaria	112
1.2.- Un Ministerio de Sanidad	115
1.3.- La elaboración y aprobación de la Constitución de 1978	119
1.3.1.- El anteproyecto de Constitución	119
1.3.2.- Enmiendas al anteproyecto de Constitución	120
1.3.3.- El informe de la Ponencia sobre las enmiendas	122
1.3.4.- El dictamen de la Comisión	122
1.3.5.- Los debates en el pleno del Congreso	123
1.3.6.- El proyecto en el Senado	127
1.3.7.- Los debates en la Comisión de Constitución del Senado	129
1.3.8.- Los debates en el pleno del Senado	133
1.3.9.- La recta final del proceso constituyente	133
1.3.10.- Y llega la Constitución	135
1.3.11.- Y comienza la senda posconstitucional	138
1.3.12.- ¿Líneas para una reforma sanitaria?	140
1.3.13.- ¿Antes la Ley o la reforma?	166
2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986	171
2.1.- Exposición de motivos	197
2.2.- Principios generales	198
2.2.1.- Universalidad	198
2.2.2.- Solidaridad	199
2.2.3.- Accesibilidad	200
2.2.4.- Descentralización	200
2.2.5.- Igualdad	201
2.2.6.- Financiación	201
2.2.7.- Participación ciudadana	201
2.3.- Competencias	202
2.3.1.- Del Estado	202
2.3.2.- De las Comunidades Autónomas	206
2.3.3.- De las corporaciones locales	206
2.4.- Estructura organizativa	207
2.4.1.- Sistema Nacional de Salud	207

2.4.2.- Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas	208
2.4.3.- Áreas de Salud	209
2.4.4.- Zonas básicas de salud	211
2.4.5.- Coordinación general sanitaria	212
2.5.- Financiación	213
2.6.- Actividades sanitarias privadas	215
CONCLUSIONES	219
BIBLIOGRAFÍA	223

AGRADECIMIENTOS

Es grato agradecer, en primer lugar, a los codirectores de esta tesis, doctores Medina Castellano y Galván Rodríguez, por su entrega, dedicación y paciencia.

También deseo dejar constancia de mi gratitud a todo el personal que amablemente ha atendido mis peticiones en los distintos archivos y bibliotecas visitados. En particular, a don Francisco Fumagallo, Bibliotecario Jefe de la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, por su amabilidad, predisposición y eficacia a la hora de atender mis innumerables solicitudes. Asimismo, a doña Beatriz Belón, Bibliotecaria Jefe de la Biblioteca de Ciencias Jurídicas de dicha Universidad, por su extraordinaria eficiencia. Gratitud también extensiva al personal responsable del Archivo del Congreso de los Diputados y del Archivo del Senado.

En último lugar, pero no por ello menos importante, a todos los hombres y mujeres que a lo largo de la Historia, con sus aportaciones políticas, sociales, religiosas, etc., han hecho posible el nacimiento, crecimiento y mejora del sistema sanitario español. A todos ellos, gracias.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

<i>AHDE</i>	Anuario de Historia del Derecho Español
<i>BOCG</i>	Boletín Oficial de las Cortes Generales
<i>BOE</i>	Boletín Oficial del Estado
<i>CE</i>	Constitución Española de 1978
<i>DSC</i>	Diario de Sesiones (Congreso de los Diputados)
<i>DSCC</i>	Diario de Sesiones (Cortes de Cádiz)
<i>DSCP</i>	Diario de Sesiones (Cámara de Procuradores del Reino)
<i>DSS</i>	Diario de Sesiones del Senado
<i>LGS</i>	Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986
<i>RAP</i>	Revista de Administración Pública
<i>REDA</i>	Revista Española de Derecho Administrativo

INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad del año 1986 da a luz un nuevo modelo de sistema sanitario español. Sin embargo, el alumbramiento de esta Ley es el resultado de un proceso histórico que, en el caso español, comprende casi doscientos años. Han transcurrido veinticinco años desde su entrada en vigor, tiempo suficiente que nos permite volver la vista atrás y analizar, con perspectiva histórico-jurídica, lo que significó la implantación de este nuevo modelo para el sistema sanitario español, analizado e imbricado dentro de su contexto histórico.

Dos siglos de nuestra historia jurídica aparecen ante nosotros, desde el momento en que el poder público asume un papel destacado en esta materia. Nuestro objetivo fundamental trataría, en última instancia, de analizar cómo el surgimiento y la encarnación del principio de la soberanía nacional, primero, y de la soberanía popular, después, influyeron en los cuerpos legislativos a la hora de diseñar el modelo de sistema sanitario en beneficio (o no) de la población del territorio español a la que iba dirigido.

¿Cuál es el estado de la cuestión? Quizá puede afirmarse que “ninguna rama de la actividad administrativa tiene tanta importancia para la colectividad como la sanitaria”¹. A pesar de ello, es escasa la bibliografía dedicada a estudiar su regulación organizativa en clave histórica. A grandes rasgos, durante el siglo XIX son de destacar los trabajos de Fermín Abella², Castells Ballespí³, Hernández Iglesias⁴, Monlau⁵, o Nenclares⁶.

A lo largo de la primera mitad del siglo XX, el interés pivota hacia el ámbito de los seguros, de acuerdo con la evolución legislativa que estaba teniendo lugar. Así, son

¹ S. MUÑOZ MACHADO, *La sanidad pública en España: evolución histórica y situación actual*, Madrid, 1975, 13.

² Así, el *Manual administrativo de sanidad marítima y terrestre*, Madrid, 1868.

³ *Historia de la legislación sanitaria española: Desde los tiempos primitivos hasta la promulgación de la Ley de Sanidad de 28 de enero de 1855*, Lérida, 1897.

⁴ *La beneficencia en España*, Madrid, 1876.

⁵ *Legislación sanitaria de España*, Madrid, 1862.

⁶ *Legislación española de beneficencia desde el reinado de doña Isabel I la Católica hasta el presente año 1869*, Madrid, 1869.

reseñables las elaboraciones de Aznar⁷, Gascón y Marín⁸, Jordana de Pozas⁹, López Valencia¹⁰, Posada¹¹ o la clásica obra de Rumeu de Armas¹².

Ya a partir de la segunda mitad del siglo XX, al socaire de la sed de reforma sanitaria perceptible en amplios sectores de la sociedad, salen a la luz, entre otros, trabajos de Blasco Martínez¹³, Carasa Soto¹⁴, De Miguel¹⁵, Granjel¹⁶, López Piñero¹⁷, Morell Ocaña¹⁸, Martín González¹⁹, Martín Mateo²⁰, Maza Zorrilla²¹, Rico Avelló²², etcétera. Por lo que a nuestro objeto de conocimiento específico atañe, en esta etapa constituye un hito la publicación de la tesis doctoral de Muñoz Machado en torno a la situación actual de la sanidad pública española y su evolución histórica²³.

De modo que, hecho este sucinto repaso de la bibliografía relacionada con nuestro objeto de conocimiento, resulta que hoy no existe ninguna elaboración que aborde la materia desde la perspectiva adoptada en las presentes líneas, ni con su amplitud, ni con el acercamiento a las fuentes de conocimiento que nutren las páginas siguientes.

Contribuir modestamente a llenar este hueco es la pretensión principal de la presente tesis doctoral. Tratamos, pues, de acercarnos a las respuestas que plantean diversos interrogantes: ¿Qué modelos de sistema sanitario existieron antes de la Constitución de 1978?, ¿cuáles fueron las principales normas reguladoras de la sanidad en los dos últimos siglos?, ¿qué problemas pretendían resolver?, ¿qué modelos ofrecían?, ¿qué argumentos afloraban en los distintos debates?, ¿qué posiciones protagonizaron la discusión en torno a la Ley General de Sanidad?, etcétera.

En el proceso de delimitación material, con carácter previo, es preciso realizar un esfuerzo conceptual que tenga virtualidad desde el punto de vista histórico-jurídico y, singularmente, desde la óptica de la Historia de las instituciones político-administrativas. Probablemente es un problema que también afrontan los legisladores

⁷ *Inquietudes de la clase médica sobre el Seguro de enfermedad*, Madrid, 1936.

⁸ *Los planes de seguridad social. De la beneficencia al seguro*, Madrid, 1944.

⁹ *Características del seguro español de enfermedad*, Madrid, 1944.

¹⁰ *Influencia de los seguros sociales en la sanidad pública en España*, Madrid, 1919.

¹¹ *Los seguros sociales obligatorios en España*, Madrid, 1943.

¹² *Historia de la Previsión Social en España*, Madrid, 1944.

¹³ *Higiene y sanidad en España al final del Antiguo Régimen*, tesis doctoral, Madrid, 1991.

¹⁴ *El sistema sanitario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, 1985

¹⁵ *La reforma sanitaria en España*, Madrid, 1976.

¹⁶ “Legislación sanitaria española del siglo XIX”, *Cuadernos de Historia de la Medicina en España*, 11 (1972), 255-307.

¹⁷ *Mateo Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, Madrid, 1984; o la obra colectiva *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, 1964.

¹⁸ “Evolución y configuración actual de la actividad administrativa sanitaria”, *RAP*, 63 (1972), 131 ss; “Observaciones sobre los principios de ordenación de la administración sanitaria del Estado”, *REDA*, 1 (1974), 63-77.

¹⁹ *Sanidad pública: concepto y encuadramiento*, Madrid, 1970.

²⁰ “Ordenación pública del sector salud”, *RAP*, 84 (1977), 371-386.

²¹ *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)*, Barcelona, 1999.

²² *Historia de la Sanidad española (1900-1925)*, Madrid, 1969.

²³ *La sanidad pública en España: evolución histórica y situación actual*, Madrid, 1975.

que abordan la realización de la Ley General de Sanidad: ¿Qué cuestiones constituirán objeto de regulación y cuáles quedan fuera de ella?

El vocablo “sanidad”, en una de las acepciones recogidas en el diccionario de la Real Academia Española, alude al “conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio”. De esta definición general, destaca la idea de “conjunto de servicios gubernativos ordenados”, esto es, de organización de servicios por el Estado bajo un modelo y con una finalidad primordial: “preservar la salud del común”. Éste será el elemento teleológico fundamental y primario que permitirá discernir lo que sea objeto de atención preferente de nuestro trabajo.

En nuestro concreto campo de interés, Beato Espejo ya había llamado la atención sobre la materia organizativa en la regulación normativa ofrecida por la Ley General de Sanidad, al resaltar que “frente a la generalidad de los principios que conforma sus contenidos básicos, contrasta el detalle en la organización trazada. El objetivo, por tanto, es la búsqueda de una nueva organización de los sistemas sanitarios que dé solución a los problemas que tiene planteados la sanidad española, que sin duda alguna se verían incrementados por la nueva ordenación territorial del Estado, especialmente con la presencia de las Comunidades Autónomas”²⁴.

En este sentido, constituirá nuestro objeto prioritario de atención el examen de los grandes rasgos del modelo y de la estructura organizativa pública dedicada a la atención de la salud en cuanto a sus directrices principales. Dicho de otro modo, el Estado dedica medios organizativos para el cuidado y protección de la salud de los ciudadanos. Nuestro trabajo está dedicado fundamentalmente al estudio del esquema general de implantación, organización y utilización de estos medios. Éste es el objetivo fundamental de la Ley General de Sanidad, y éste será también nuestro objetivo.

Por este motivo, en lugar de describir exhaustivamente el contenido concreto y particularizado de todas y cada una de las disposiciones vigentes en la materia, hemos preferido centrarnos en sus líneas maestras más significativas, en aras a ofrecer una visión de conjunto más explicativa y descriptiva del proceso globalmente considerado a lo largo de la etapa histórica que es objeto de nuestro estudio. Por las mismas razones, no serán objeto de examen particularizado los distintos proyectos legislativos relacionados con la materia, salvo que supongan un hito en el desarrollo del proceso considerado en su conjunto.

En este camino hacia una conceptualización del modelo de sistema sanitario, tradicionalmente es frecuente encontrar elaboraciones que abordan materias que guardan relación con ella, pero que no constituyen nuestro objeto de atención primordial en sentido estricto, desde la perspectiva abordada por la Ley General de Sanidad. Desde esta perspectiva conceptualizadora, es preciso distinguir el modelo organizativo del sistema sanitario de otras realidades conexas, pero diferentes.

²⁴ “El sistema sanitario español: Su configuración en la Ley General de Sanidad (1)”, *RAP*, 119, (mayo-agosto, 1989), 380.

Para ello partamos de una primera aproximación conceptual al objeto del sistema sanitario. ¿De qué se ocupa el sistema sanitario en sentido estricto concebido por la Ley General de Sanidad? Su objeto principal es la protección de la salud de la población de un país con independencia de sus circunstancias sociales, sean ricos o pobres, viejos o jóvenes. La legislación conformadora del sistema sanitario dibujado por la Ley General de Sanidad regula las cuestiones que inciden en la salud de la población desde tres niveles: La prevención, la curación y la rehabilitación. Estos tres pilares conforman el actual sistema sanitario español. En este sentido, el sistema sanitario es parte del sistema de salud, es, por decirlo con otras palabras, un subsistema del sistema de salud. Y es la Ley General de Sanidad la que establece el modelo organizativo del sistema sanitario español.

De ahí la necesidad de diferenciar el sistema sanitario de otras realidades conectadas con él. Nos referimos en primer lugar, dadas las coordenadas temporales de nuestro trabajo, a la beneficencia. Esta materia toca fundamentalmente a la pobreza, la miseria, el abandono, el desvalimiento como origen de las enfermedades. Su objeto primordial consiste en la asistencia sanitaria del pobre, de aquél que no es autosuficiente (quien tiene medios económicos suficientes atiende a su curación a cargo de su propio patrimonio y en el ámbito privado del ejercicio libre de la profesión médica). Pero la beneficencia, como modelo de asistencia social, no es, propiamente, el modelo organizativo del sistema sanitario, aunque incide en él. La relación entre ambas materias no impide constatar que, en la práctica y con el tiempo, en el sistema sanitario español, los hospitales de beneficencia pasaron a ser hospitales sanitarios.

En segundo lugar, aludimos a la regulación normativa del ejercicio de las profesiones sanitarias, materia que, aunque conexas con el modelo organizativo del sistema sanitario, tampoco lo define, desde la perspectiva adoptada por la Ley General de Sanidad. En tercer lugar, nos referimos a la Seguridad Social. Este sistema provee asistencia sanitaria a los trabajadores con una estructura propia. En efecto, antes de la promulgación de la Ley General de Sanidad el sistema sanitario español podía ser incluido entre los sistemas denominados de “seguridad social” y estaba enfocado sólo al segundo nivel de los tres que hemos visto que configuran la atención sanitaria, es decir, la curación (relegando la prevención y la rehabilitación). La integración propiciada por la Ley General de Sanidad en un modelo organizativo sanitario único cambia la perspectiva del sistema.

Por las mismas razones expuestas, tampoco abordaremos el examen de la sanidad militar (que podría ser objeto, por sí sola, de una tesis doctoral), ni tampoco la regulación jurídica de la formación de los profesionales sanitarios (materia también apetecible para el honor de su consideración en una tesis doctoral exclusivamente dedicada a ella).

Es el nuestro, en cualquier caso, un intento de acercarnos a la filosofía organizativa del modelo sanitario globalmente considerada en cada una de las épocas que conocieron un hito significativo en su evolución legislativa. Por tanto, quedan fuera de nuestra atención los pormenores y detalles de la regulación normativa, a menos que influyan o constituyan un síntoma del cambio en la filosofía del modelo. Intentaremos ver la filosofía del modelo organizativo del sistema sanitario español desde la óptica de

sus arquitectos, con especial atención a las grandes líneas que lo vertebran y sin tocar las cuestiones de detalle que no las afectan.

Por lo que hace a la delimitación temporal, ésta viene delimitada, como punto de partida, por el momento en que el Estado asume responsabilidades relacionadas con la gestión sanitaria y que, con anterioridad, eran fundamentalmente desempeñadas por la Iglesia, período que en España coincide con el advenimiento del Estado constitucional. Como punto de llegada, el año 1986 y la aprobación de la Ley General de Sanidad por las Cortes Generales, en el marco de la Constitución de 1978.

Para lograr nuestros objetivos hemos adoptado un método que permita alcanzar las finalidades propuestas. En todo caso, el método intentará que permanezcamos pegados a los documentos como sostén más firme de la realidad que podemos aprehender. Pretendemos poner a disposición del lector los datos y hechos recogidos en los documentos, para que pueda formar su propio pensamiento. Dejar que se oiga la voz de los protagonistas a través de sus escritos. Todo ello desde la humildad de quien admite que sólo es posible recuperar para el conocimiento simples y modestos “mordiscos” de realidad.

Este método tiene su anclaje en los fondos consultados. Si el objetivo fundamental radica en conocer en qué medida la afirmación de principios como el de la soberanía nacional y popular significan un cambio en el modelo sanitario y en las prestaciones que efectivamente reciben los sujetos destinatarios de ellas, parece claro que los fondos a consultar deben pivotar fundamentalmente en torno a los diarios de sesiones y publicaciones oficiales de las cámaras legislativas y de las instituciones del Estado que en cada momento histórico tuvieron la responsabilidad de dotar de regulación normativa al ramo sanitario.

Con la atención prestada a los diarios de sesiones (un fondo documental hasta ahora casi virgen para la investigación en la materia que nos ocupa, con excepción quizá de las Cortes del trienio liberal, esto es, tres años en un panorama de casi doscientos años) hemos tenido la oportunidad de dar voz a quienes, a veces desde sus escaños, a veces desde responsabilidades ministeriales, intentaron modificar o preservar un determinado modelo sanitario y traducirlo en normas que después tuvieran un reflejo en la realidad cotidiana de millones de españoles.

En este sentido, debía ser la presente una tesis construida fundamentalmente en torno a fuentes primarias, sin perjuicio de que, cuando así parezca necesario, acudamos a fuentes bibliográficas que permitan completar la información proporcionada por aquéllas. Pero lo importante, en nuestra modesta opinión, es la oportunidad de que nuestro trabajo permita dar voz, conceder la palabra a los verdaderos protagonistas de esta Historia, y lograr que éstos hablaran, sin intermediarios, por su propia voz, con sus propias palabras.

Los objetivos y el método determinan la necesidad de que la estructura de esta obra comprenda tanto los antecedentes históricos y legislativos, en expresión consolidada por el Código Civil al hablar de la interpretación de las normas jurídicas, (parte I), que nos permiten abordar en un segundo paso la propia Ley General de

Sanidad en perspectiva histórica (parte II). En la primera parte, la exposición ha de ser cronológica y al unísono de la actividad legislativa y de los distintos hitos que aparecen en torno a la regulación de nuestra materia. En la segunda parte, hemos optado por una estructura mixta que combine la necesaria referencia al marco cronológico con una ordenación fiel a la misma estructura de la Ley General de Sanidad, en orden a propiciar un más fácil y sencillo acercamiento a sus contenidos por parte del lector.

I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y
LEGISLATIVOS

BENEFICENCIA, SANIDAD Y ESTADO CONSTITUCIONAL

Todos los momentos de la Historia han asistido, de un modo u otro, a la afirmación de un interés público en torno a la problemática sanitaria¹. Sin embargo, pensar en la existencia de un sistema sanitario, en la concepción que actualmente tenemos de él, es una realidad que comienza a arrancar con el Estado contemporáneo². Ello no impide reconocer que durante el período en el que España ocupa un lugar hegemónico en el escenario mundial (quizá desde el último cuarto del siglo XV hasta finales del XVI), nuestro país desarrolla un cierto y complejo sistema sanitario, centrado principalmente en el protomedicato castellano y en otras instituciones peculiares de la Corona de Aragón y del Reino de Navarra. A juicio de López Piñero, los recientes estudios históricos comparados evidencian que fue uno de los más avanzados de la época, así como su directa influencia en la organización sanitaria de la América colonial y de los territorios europeos entonces unidos a la Monarquía hispánica³.

El camino lo prepara, como en otros tantos ámbitos, la publicística de finales del siglo XVIII, que, con el beneplácito oficial, argumenta a favor de la secularización de la tarea asistencial y de la asunción por parte del Estado de estas atribuciones y responsabilidades, hasta entonces fundamentalmente en manos privadas y, de modo particular, en instituciones vinculadas a la Iglesia⁴. Ello coincide con el proceso desamortizador que afecta frontalmente a las instituciones asistenciales sostenidas por la Iglesia⁵.

El tránsito accidentado de la monarquía absolutista al Estado constitucional en España comporta, a su vez, un difícil equilibrio entre la defensa liberal del individualismo y el intervencionismo estatal. El escenario teórico de partida tiene como sustrato la idea de que “la supervivencia es algo que sólo interesa en principio a cada hombre en concreto, que es de la inalienable competencia de cada uno el cuidar de su

¹ R. MARTÍN MATEO, “Ordenación”, *RAP*, 84 (1977), 371.

² M. A. SENDÍN GARCÍA, “Los servicios públicos en el siglo XIX”, *AHDE*, 75 (2005), 1037-1040, 1053.

³ *Mateo Seoane*, Madrid, 1984, 9.

⁴ Un repaso de los hitos principales de este proceso, desde la Ilustración hasta bien entrado el siglo XIX, con una perspectiva sociológica puede ser consultado en M. FERNÁNDEZ HERRERO, “Proceso de convivencia y sustitución de las instituciones eclesiásticas por las civiles en la acción social del Estado liberal”, *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 118 (abr.-jun. 2007), 27-63.

⁵ E. MAZA ZORRILLA, *Pobreza y asistencia social en España, siglos XVI al XX: Aproximación histórica*, Valladolid, 1987, 114.

propia vida. Sólo si la enfermedad padecida por un individuo importa al conjunto de la colectividad, la Administración debe intervenir”⁶. De este modo, poco a poco, las disposiciones normativas dibujan un escenario en el que la asistencia social, en calidad de beneficencia pública, pasa a ser una de las responsabilidades administrativas del Estado⁷.

Como punto de partida, es necesario recordar que, tal y como sostiene Álvarez-Uría, y “por paradójico que parezca, la confitería de la que se alimenta la medicina social ha sido y sigue siendo la miseria”⁸. Es un hecho que realidades como la miseria, la debilidad, la enfermedad o la invalidez aparecen como factores concomitantes e interrelacionados cuyo tratamiento es de interés para la sociedad⁹. De ahí su estrecha relación con la beneficencia, de modo que nuestra historia ha de comenzar por un acercamiento a esta realidad que, aunque conexas necesariamente con nuestro objeto de estudio, no lo conforma plenamente¹⁰.

1.1.- Las Cortes de Cádiz comienzan su labor

En este camino hacia nuestro objeto de conocimiento, la Constitución de 1812 reclama, por primera vez para el Estado y los organismos públicos, la asunción y el control de la asistencia social y de la beneficencia. Un ejemplo de esta transición de un modelo a otro lo puede brindar el Reglamento de provincias aprobado por las Cortes de Cádiz en la sesión de 16 de marzo de 1811.

Es una norma orientada a ordenar la actividad de las juntas superiores provinciales y encarga el cuidado de los hospitales militares a “clérigos seculares o regulares que desempeñen los oficios de contralor, comisario de entradas, enfermeros o cualesquiera otros destinos, que sobre ser propios de su carácter de beneficencia y caridad, los servirán sin gasto alguno con la mayor pureza y con ahorro considerable de los fondos públicos” (art. 36).¹¹

Mientras tanto, la situación general de la beneficencia no da para muchas alegrías. En la sesión de 26 de febrero de 1811, un informe del Ministerio de Hacienda, relativo al estado de la Tesorería General, clama para que “en medio de los combates y de los horrores de la guerra, el genio de la beneficencia debe dispensar a los pueblos los alivios compatibles con su situación... Muy difícil parece que podamos encontrar la enorme suma de 1.200 millones de reales que según mis cálculos se necesitan para llenar las atenciones del Erario. El estado de los pueblos, la debilidad de nuestras rentas y la ruina del crédito público añaden dificultades invencibles a las especulaciones”¹².

⁶ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 26.

⁷ MAZA ZORRILLA, *Pobreza*, 115.

⁸ *Miserables y locos. Medicina mental y orden social de la España del siglo XIX*, Barcelona, 1983, 63.

⁹ GASCÓN MARÍN, *Los planes*, Madrid, 1944, 10.

¹⁰ “La beneficencia -acción de caridad de entonces- comprendía indiscriminadamente la asistencia al pobre, ya fuera sano o enfermo” (J. ORTIZ DÍAZ, “Hacia una reordenación de la sanidad pública española: el problema hospitalario”, *RAP*, 51 (1996), 157).

¹¹ DSCC, 28 de marzo de 1811, 772 ss.

¹² DSCC, 26 de febrero de 1811, 583.

En el plano orgánico, un Decreto de las Cortes de Cádiz de 22 de julio de 1811 restablece el Tribunal del Protomedicato con el siguiente literal: “Habrá un Tribunal supremo de Salud pública bajo el nombre de Tribunal del Protomedicato” (art. 1)¹³. Con residencia en la corte, sus facultades y obligaciones serán las mismas que tuvo el tribunal del mismo nombre hasta el año 1780, “en que empezaron a variarse sus atribuciones con grave daño de la causa pública” (art. 2). Compuesto por cinco facultativos (el 21 de septiembre otro Decreto incorpora a dos boticarios), entre sus obligaciones destaca “el establecimiento y dirección de hospitales, especialmente militares, y en los demás puntos relativos a la policía médica, para la más segura conservación de la salud de los pueblos” (art. 6)¹⁴. El 19 de agosto de 1811, el Tribunal aún no estaba formalmente constituido¹⁵.

Pero las circunstancias hacían difícil esperar por la constitución del Tribunal. En la sesión de 19 de agosto de 1811, la comisión de Salud pública de las Cortes hace presente que “cundiendo la voz que tomaba cuerpo en Cartagena de Levante y pueblos inmediatos enfermedades peligrosas que pudieran propagarse a esta ciudad, si no se tomasen las más prontas providencias para precaverlo; los facultativos asociados, haciéndose cargo que, aunque el Consejo de Regencia había nombrado ya los individuos que habían de componer el Protomedicato, todavía no se formalizaba este Tribunal, ni era fácil ejecutarlo en pocos días (corriendo entretanto peligro la salud pública si no se activaban las más eficaces medidas para conservarla), habían presentado a la misma comisión un papel que podría pasar al Gobierno, para que en uso de sus facultades adoptase e hiciese ejecutar lo que estimase más conveniente para la seguridad y conservación de la sanidad de éste y demás pueblos expuestos a perderla en la estación presente”. Leído el papel, “reducido a proponer los medios que podían adoptarse para evitar se introdujese en esta ciudad enfermedad alguna contagiosa”, es aprobado por el órgano¹⁶.

1.2.- El debate constitucional gaditano

Durante el debate constitucional, una de las cuestiones centrales girará en torno a las responsabilidades de los órganos de la administración territorial en este ramo. A la hora de determinar las facultades de los ayuntamientos en torno a la materia, en la sesión de 11 de enero de 1812, el diputado Uría plantea la posible colisión del derecho de patronato concedido por el Rey a favor de institutos eclesiásticos sobre instituciones de beneficencia, frente a la propuesta que pretende atribuir a los órganos municipales el cuidado de los establecimientos de beneficencia¹⁷.

¹³ Con orígenes que se remontan hasta el siglo XV, “sus funciones fundamentales eran el examen de los que aspiraban a practicar la medicina y habilitar con tal fin a los interesados, ejercer función jurisdiccional sobre asuntos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias y otras funciones asesoras de diversa índole, que con el transcurso de los años se fueron sumando a las primitivas” (MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 80).

¹⁴ *Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias*, I, 180-181, 233.

¹⁵ DSCC, 19 de agosto de 1811, 1658.

¹⁶ *Ibidem*, 1559.

¹⁷ DSCC, 11 de enero de 1812, 2602.

El diputado Dou añade la posible afección al derecho de propiedad “y a la obligación que el Estado tiene de fomentar la fundación de estas obras de beneficencia pública; y así, que no debían alterarse las disposiciones de los fundadores, porque con este temor se retraerían muchos de hacer este bien a la Nación”.

Frente a tales posiciones, el diputado Leiva alega que “la autoridad eclesiástica debía limitarse a los términos que fijaron los Apóstoles, no injiriéndose en administraciones puramente seculares, y que el artículo no perjudicaba tampoco a que los eclesiásticos entendiesen en administrar dichos establecimientos, cosa que debía depender de los reglamentos sucesivos”.

En el frontispicio de la aprobación definitiva del texto constitucional, durante la sesión de 7 de marzo de 1812 es presentada una propuesta de Decreto para “facilitar la expedición de los negocios que han de correr a cargo de las Secretarías del Despacho, dándoles el orden y clasificación que corresponde, y evitar por este medio que se traigan a ellas asuntos que no pueden ser de su competencia ni conocimiento, y asimismo siendo necesario que aquéllos se distribuyan en las siete Secretarías del Despacho que establece el artículo de la Constitución”¹⁸. En su punto tercero, relativo a la Secretaría del Despacho de la Gobernación del Reino para la Península, incluye dentro de sus competencias el conocer en “todo lo perteneciente al gobierno político y económico del reino, como es... los hospitales, cárceles, casas de misericordia y de beneficencia”.

Pero, en todo caso, el texto final de la Constitución de Cádiz ha de salvar el conflicto preexistente entre la salvaguarda de los derechos individuales y su limitación gubernativa por razones de índole sanitaria (sobre todo las derivadas de las medidas de carácter militar-policial, como el establecimiento de cordones sanitarios, adoptadas para prevenir la extensión de los fenómenos epidémicos).

Para ello acude al principio de legalidad, como máximo garante del marco de derechos y libertades, al disponer que entre las facultades de las Cortes está la de “aprobar los reglamentos generales para la policía y la sanidad del reino” (art. 131.23). En este entorno, corresponde a la Administración ejecutar los mandatos de la ley, lo que no impedirá que proliferen “reglamentos independientes dictados para suplir la falta de leyes, sin más apoyo que en meras situaciones fácticas”¹⁹.

En cuanto al mapa competencial, la Constitución dispone que estará a cargo de los ayuntamientos “la policía de salubridad y comodidad, así como cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia” (art. 321). Por su parte, a las Diputaciones provinciales toca “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” (art. 335). El 20 de junio de 1812, las Cortes acusan recibo de la comunicación por la que se le hace saber que los miembros de la Junta Suprema de Sanidad han jurado la Constitución²⁰.

¹⁸ DSCC, 7 de marzo de 1812, 2884.

¹⁹ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 43.

²⁰ DSCC, 20 de junio de 1812, 3345.

1.3.- La ejecución de las disposiciones constitucionales

La entrada en vigor de la Constitución suscita ciertas dudas en torno a la continuidad de las juntas municipales de sanidad. En sesión de 6 de julio de 1812, la Comisión de Constitución recuerda que las juntas de sanidad, “por razón del delicado asunto de la salud pública que les está encomendado, se hallan autorizadas con facultades extraordinarias, que no conocen fuero ni distinción alguna, que por lo mismo sus cuidados son gravísimos y continuos sus servicios”. Por estas razones, “opina la Comisión que deben continuar las juntas de sanidad en el desempeño de sus delicadas e interesantes funciones, hasta que la Regencia adopte y formalice por el Ministerio de la Gobernación el sistema que debe regir en este importantísimo negocio, simplificándolo y conciliándolo con las facultades que por la Constitución se han dado a los ayuntamientos”²¹.

Por otro lado, en la sesión de 6 de enero de 1813, las Cortes examinan el proyecto de ordenanzas para el establecimiento de un hospicio de pobres en Manila a la luz del texto constitucional²². El proyecto contaba con el voto favorable de la Regencia. Sin embargo, la comisión de Constitución “juzga incompatible con lo establecido en la Constitución la aprobación de estas ordenanzas... Opina la comisión que Vuestra Majestad no debe aprobar las citadas ordenanzas, y que se sirva mandar se conteste a la Regencia que habiéndose dejado a cargo de los ayuntamientos y Diputaciones provinciales el cuidado y vigilancia de los hospicios y demás establecimientos de beneficencia, esperan las Cortes que dichas corporaciones en Manila (correspondiendo a la confianza que en ellas depositen aquellos habitantes), cumplirán con exactitud lo prevenido en la Constitución, y lo que exige la humanidad en beneficio de los pobres desvalidos y menesterosos”.

Es mucho lo que está en juego. En la sesión de 26 de abril de 1813, el diputado Lloret patentiza que “el pobre labrador y simple soldado son las dos clases que existen en el Estado más llenas de amargura y de miseria, cuando por la verdad son las que mantienen la Monarquía y el lujo de no poca parte de los individuos de que se compone. Y haciendo un parangón sobre unos y otros, veremos que a éstos se les presentan mesas opíparas de manjares exquisitos, y a aquéllos les falta aun lo necesario para subsistir y cubrir sus carnes, al paso que por otra parte se encuentran abatidos y menospreciados, como nos lo tiene acreditado una larga experiencia. Por todo ello, el labrador... quiere se establezcan fondos de beneficencia para tener un socorro de que echar mano cuando carezca de otros medios para hacer sus cosechas en los tiempos oportunos”²³.

De ahí que, en sesión de 23 de febrero de 1813, el duque de Frías y Uceda, marqués de Villena, hubiera propuesto que los bienes del extinguido tribunal de la Inquisición sean destinados a la construcción de hospitales para acoger a los inválidos de guerra²⁴. En sesión del 10 de julio se hace saber que el Gobierno ha constituido una

²¹ DSCC, 6 de julio de 1812, 3402.

²² DSCC, 6 de enero de 1813, 4549.

²³ DSCC, 26 de abril de 1813, 5121.

²⁴ DSCC, 23 de febrero de 1813, 4742.

Junta de beneficencia “para proponer medios y organizar en general estos establecimientos”²⁵.

En ejecución de lo dispuesto por el texto constitucional, el Decreto de las Cortes de 23 de junio de 1813, aprobatorio de la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias, dibuja el mapa de las responsabilidades sanitarias de las administraciones territoriales. Su opción pasa por residenciar en los ayuntamientos buena parte de la responsabilidad de la salud pública sobre el terreno y ordena la formación de Juntas de sanidad municipales (arts. 1 a 4). Además, el ayuntamiento “cuidará” de los hospitales y casas de expósitos o de beneficencia sostenidos con fondos del común y sólo dará parte de los posibles abusos que observe en los establecimientos “de fundación particular de alguna persona, familia o corporación; o que estuvieren encargados por el Gobierno a personas o cuerpos particulares”, eso sí, “sin perturbar de modo alguno en el ejercicio de sus respectivas funciones a los directores, administradores y demás empleados en ellos” (art. 7).

En cambio, como superiores jerárquicos de los ayuntamientos, corresponde a las Diputaciones provinciales velar sobre la conservación de los establecimientos de beneficencia “de común utilidad de la provincia” y promover la formación de otros nuevos, además de garantizar que los ayuntamientos cumplan con sus obligaciones. En la capital provincial dispone la formación de una Junta provincial de sanidad bajo la presidencia del Jefe superior político (art. 11)²⁶.

Este esquema general de atribución de competencias decae en el supuesto de que en un pueblo hiciese aparición “alguna enfermedad reinante o epidémica”. En este caso, el ayuntamiento ha de dar cuenta inmediata y continua de todos los avatares y vicisitudes de la enfermedad al jefe superior político, que ha de tomar las medidas oportunas para atajar el posible contagio y organizar el suministro de medicamentos y socorros²⁷.

La constitución de las Juntas de sanidad no estuvo exenta de problemas²⁸. El 29 de octubre de 1813, las Cortes declaran que “en Granada, como en las demás capitales de provincia, deben formarse dos Juntas de sanidad, la municipal de la ciudad y la provincial... expresándole que las Cortes desean que las corporaciones y demás autoridades se traten unas a otras con decoro”²⁹. Junto a ello, en la sesión de 19 de noviembre, las Cortes acuerdan que en Cádiz sólo pueden existir las Juntas de sanidad municipal y provincial “y compuestas por las personas que en ella se designan,

²⁵ DSCC, 10 de julio de 1813, 5676.

²⁶ *Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias*, IV, 105 ss.

²⁷ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 74-75.

²⁸ “Estas Juntas de Sanidad, obra administrativa del Antiguo Régimen, habían conocido aún mayor autonomía de gestión durante todo el período de la Guerra de la Independencia... Al organizar el régimen local, las Cortes no se olvidan de este precedente, que se había mostrado efectivo, y lo recogen y regulan definitivamente en la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias citada” (MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 76).

²⁹ DSCC, 29 de octubre de 1813, 174.

debiendo cesar por consiguiente en sus funciones cualesquiera otras corporaciones que existiesen en virtud de los anteriores reglamentos, hoy virtualmente derogados”³⁰.

A la par, surge la duda sobre la virtualidad de una Junta Suprema de Sanidad para todo el reino. En la sesión de 27 de julio de 1813, el diputado Antillón propone que “la comisión de Salud pública informe a Vuestra Majestad si, establecidas las Juntas de sanidad en las provincias con arreglo a la Constitución... debe existir en la corte un centro común de todas, como lo era anteriormente la Junta Suprema de Sanidad”. Si la comisión entiende que debe proseguir esta Junta Suprema, que presente “un proyecto de Decreto para organizarla, tanto en sus funciones, como en la clase de personas que han de componerla, sobre bases constitucionales y análogas a los principios adoptados para las Juntas de provincias y pueblos”. Todo ello con la mayor brevedad, “a fin de que el Congreso no se disuelva sin dejar organizada como corresponde la dirección y régimen de la salud pública, objeto preferente entre todas sus atenciones, por graves que sean”³¹.

Creada una comisión especial para informar sobre el asunto, el 7 de septiembre de 1813 presenta su informe, de mano del propio diputado Antillón³². Este documento relata las vicisitudes sufridas por la materia hasta este momento. Parte de la existencia del Tribunal del Protomedicato como “el único tribunal de la salud de estos Reinos”. Sus facultades aparecen plenas: “Jamás hasta el presente siglo, desde su creación, eligieron los Señores Reyes, médicos, cirujanos, boticarios, sangradores, oculistas, dentistas y destiladores para sus Reales personas, familia, ejércitos, escuadras, sitios reales y hospitales, que no precediese informe del Protomedicato, consejo o dictamen de sus jefes. Si en el uso de agua y alimentos se había de hacer alguna novedad por sus magistrados, dictábalo el Protomedicato; si habían de mudar de residencia, el Tribunal definía cuál era la más saludable; si en alguna parte de la Península o de las colonias se experimentaba epidemia o peste, de él se derivaban las precauciones contra su propagación y las providencias para su remedio... no habiendo cosa que tuviese respecto a la salud de nuestro monarca y sus vasallos que no dependiese de la autoridad del Protomedicato”.

Sin embargo, una comisión del Consejo Real se constituye “bajo el título de Junta Suprema de Sanidad, compuesta del gobernador y de ministros del mismo solamente, contra las leyes de su ministerio y contra la misma sana razón, que exige una pericia particular que ni remotamente podían tener los miembros del poder judicial”. Esta situación acaba cuando las Cortes restablecen el Tribunal del Protomedicato en 1811, y ordena que cesen todas las autoridades que lo suplían. Late aquí una tensión subyacente entre la configuración técnica (propia del Protomedicato) y/o la naturaleza política (más cercana a la Junta Suprema de Sanidad) a la hora de determinar los órganos capacitados para adoptar decisiones en materia sanitaria.

A pesar de todo ello, el Consejo de Regencia restablece la Junta Suprema de Sanidad “para que ejerciese interinamente”. Los miembros del Consejo Real son sustituidos por los del Tribunal Supremo de Justicia “hasta que, avisados por los papeles públicos de que no podían tener comisión alguna en virtud del Decreto de las Cortes,

³⁰ DSCC, 19 de noviembre de 1813, 261.

³¹ DSCC, 27 de julio de 1813, 5809.

³² DSCC, 7 de septiembre de 1813, 6134.

renunciaron estas plazas, que recayeron entonces por nombramiento de la Regencia en los exconsejeros que en el día forman dicha Junta Suprema de Sanidad”.

El informe parte de la necesidad de separar absolutamente a “los miembros del poder judicial de toda intervención en las Juntas” de sanidad, tal y como ya está verificado para las provinciales y municipales. En segundo lugar, procura “dar a los facultativos eminentes en la profesión médica el lugar y voto que debieron siempre tener en la Junta Suprema... conocimientos tan necesarios para dictar providencias en asuntos de sanidad”. En tercer lugar, el objetivo de que llegue “la época en que el cuidado de la salud pública estará dirigido por leyes acertadas, concebidas con madurez, combinadas con los buenos principios fiscales y mercantiles y ajenas de antiguas ruinas y de errores vulgares muy perniciosos”.

En la sesión de 10 de septiembre de 1813, una comisión especial nombrada para proponer “la serie de los negocios que deban tratarse con preferencia, según su naturaleza y recomendación, en el cortísimo tiempo que quedaba de sesiones”, incluye en el quinto lugar de la relación de diez puntos el “proyecto de Decreto para la organización de la Junta Suprema de Sanidad”³³.

En un Cádiz que había vivido bajo el temor y la presencia constante del posible contagio de epidemias, con una contabilidad diaria de los fallecidos por ese motivo, el 22 de octubre de 1813 las propias Cortes levantan acta de la importancia del ramo sanitario, al exigir a la Junta Suprema de Sanidad que, oyendo a sus facultativos y “proporcionándose cuantas noticias considere necesarias, informe circunstanciada y fundadamente dentro de tercero día, si atendiendo al estado de salud de esta población y comarcas, lo adelantado de la estación, el influjo reinante de la atmósfera y todo lo demás que estime conducente, hay en la actualidad obstáculo, conforme a las leyes y reglamentos que rigen en materia de sanidad, a que las Cortes y el Gobierno se trasladen con sus dependencias a la capital de la Monarquía”³⁴. El 3 de noviembre, las Cortes acuerdan la mudanza a Madrid a la mayor brevedad posible³⁵.

Cuando el régimen constitucional exhala sus últimos alientos, la situación de la beneficencia es preocupante. El 1 de marzo de 1814, el encargado del despacho de Gobernación de la Península e islas adyacentes remite una memoria a las Cortes sobre las materias objeto de su ministerio. En cuanto a la beneficencia, alega que “por más que la Regencia se penetre del estado de miseria a que se ven reducidos los establecimientos de beneficencia y caridad; por más que su sensibilidad padezca con las tristes relaciones de sus desdichas, como provienen de dos causas generales, a saber: primera, la venta de sus fincas por la Caja de consolidación; segunda, el destrozo que han padecido con la invasión enemiga, no alcanzan a remediar el mal los auxilios parciales que alguna vez han estado a la disposición de la Regencia y han sido empleados con provecho”. A juicio de este responsable, “es preciso, pues, reducir los establecimientos de beneficencia al socorro de los muy necesitados, o suplir el déficit que han tenido las rentas destinadas a tan santo objeto”³⁶.

³³ DSCC, 10 de septiembre de 1813, 6186.

³⁴ DSCC, 22 de octubre de 1813, 143-144.

³⁵ DSCC, 3 de noviembre de 1813, 195.

³⁶ DSCC, 3 de marzo de 1814, 27.

1.4.- El renacer constitucional con el Trienio Liberal

Durante el gobierno de Fernando VII iniciado tras el triunfo de las armas españolas en la Guerra de la Independencia, el monarca, ahora absoluto, encarga la elaboración de un Reglamento General sobre Sanidad que reúna en un texto legal único las medidas a adoptar contra la enfermedad. Distintos facultativos trabajan en diversos proyectos, que chocan con las trabas impuestas por los distintos órganos consultivos, ya sean pertenecientes a la administración, ya sean técnicos. El resultado es que aquellos proyectos quedarían en el limbo de la nada legal³⁷.

Tras el paréntesis absolutista reinante entre 1814 y 1820, un Real Decreto de 20 de mayo de 1820 restablece el Protomedicato. Pero será por poco tiempo. En la sesión de las Cortes celebrada el 7 de noviembre de 1820, la comisión de salud pública clama contra el tribunal como incompatible con la Constitución gaditana y con el funcionamiento de la Junta Suprema de Sanidad y de las Juntas provinciales y locales del ramo, a lo que añade que “no puede dejar de calificarse de inútil un cuerpo cuyas atribuciones se desempeñan ya, o pueden desempeñarse bien por otras corporaciones constitucionales, y que a lo menos debe calificarse de perjudicial por razón de los gastos que ocasiona al Estado, que no dejan de ascender anualmente a más de 100.000 reales, y que sin duda ascenderán luego a una cantidad mucho más considerable, si los sueldos de este Tribunal Supremo se nivelan con los de los demás de la corte”³⁸. El 28 de marzo de 1822, este tribunal del Protomedicato celebrará su última sesión³⁹.

No obstante, las Cortes no dejan de trabajar en la tarea de dotar de una nueva reglamentación al ramo sanitario, y ya al menos desde la sesión de 11 de julio de 1820 abordan la tarea de reunir la documentación presente en las dependencias gubernamentales en orden a formar un Reglamento general de Sanidad del Reino⁴⁰.

Desde el 10 de mayo, una circular había ordenado a los ayuntamientos de todos los pueblos que remitiesen, a través de las jefaturas políticas, noticias “circunstanciadas de los diferentes establecimientos [de beneficencia], de su estado y de sus rentas y recursos. El intento es preparar la formación de reglamentos generales, para que las providencias parciales y aisladas no se perjudiquen mutuamente con menoscabo del bien común y de los establecimientos mismos; y para que, simplificándose y uniformándose la administración y los medios para la percepción y distribución de los socorros, y dándose a éstos la graduación que corresponda, se verifique el alivio de mayor parte de la necesidad y el de las urgencias preferentes. En suma, se trata de preparar la formación de los reglamentos que la Constitución anuncia para organizar del modo que más convenga la práctica de la hermosa y respetable virtud de la beneficencia”.

³⁷ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 86.

³⁸ DSC, 7 de noviembre de 1820, 2144.

³⁹ GRANJEL, “Legislación”, 257-258.

⁴⁰ DSC, 11 de julio de 1820, 43.

En el informe sobre el estado de la situación de la beneficencia, evidencian que “dos causas muy poderosas habían reducido considerablemente el número y los recursos de los establecimientos de beneficencia: la venta de gran parte de sus fincas en el último reinado, y los males y destrozos que produjo en la Península la invasión enemiga desde el año de 1808 hasta el de 1813”.

La sesión de las Cortes de 13 de septiembre de 1820, da la ocasión al diputado Martel para llamar la atención sobre el hecho de que “las leyes sanitarias dadas hasta aquí son en parte contradictorias, y en parte muy confusas. No hay idea fija sobre la conveniencia o perjuicios de los lazaretos, se ignora cuáles son los fondos que por ley fija estén destinados al socorro de tan grave necesidad que debe considerarse como de la mayor trascendencia”. En consecuencia, solicita a la comisión correspondiente de la cámara que presente un proyecto de ley sobre la materia⁴¹.

En la misma sesión, el diputado Calaveri recuerda que “desde el año 13 se está formando el dichoso reglamento. Han sido infinitos los clamores de aquellos pueblos a la Junta Suprema de Sanidad para que se concluyese y circulase con objeto a conseguir los buenos efectos que se proponían; pero todas las reclamaciones han sido inútiles. Y aunque hace quince años que lo ofrece, ha llegado el de 1820 y nada se ha adelantado”⁴².

En la discusión del Reglamento de beneficencia, una cuestión particular aparece representada por los establecimientos benéficos dependientes de institutos religiosos. Durante la sesión del 25 de septiembre de 1820, la ponencia arguye que “no hay motivo para temer que se resienta la humanidad doliente si se aplican los bienes de los conventos hospitalarios al crédito público, porque el Gobierno establecerá hospitales donde lo exija la conveniencia pública, y les asignará los fondos necesarios para su subsistencia y mejor cuidado y asistencia de los enfermos. La comisión de beneficencia está entendiendo en este interesante objeto, y su ilustrada religiosidad no nos permite dudar que nos presentará un plan de hospitales que remedie los muchos e inveterados males de que adolecen los grandes establecimientos de esta especie. Entonces podrá el Gobierno destinar a los nuevos hospitales la parte de bienes que están destinados a tan útiles y necesarios establecimientos, y ver si conviene dejar la aplicación de algunos de ellos para que tal o cual imagen tenga una lámpara ardiendo en determinados días”⁴³.

Frente a esta idea, levantan su voz diputados como Azaola, que, respecto de los bienes de los hospitales de San Juan de Dios, manifiesta su oposición a que “pasen al Crédito público, por estar el Gobierno comprometido y obligado en cierto modo a mejorar estos asilos de la humanidad doliente en proporción a los adelantamientos que han hecho hasta aquí las ciencias, y ser ésta la mejor ocasión que puede presentarse para su reforma... que no se diga que las Cortes se ocupan sólo en destruir, pero no en edificar”.

⁴¹ DSC, 13 de septiembre de 1820, 974.

⁴² *Ibidem*, 975.

⁴³ DSC, 25 de septiembre de 1820, 1222.

La decisión está tomada. El 27 de septiembre de 1820, una Ley suprime los mayorazgos, patronatos y órdenes monacales y prohíbe que iglesias, monasterios, hospitales, hospicios y casas de misericordia puedan adquirir bienes inmuebles⁴⁴.

Por su parte, el Gobierno también está pendiente de la aprobación de una Ley de Sanidad. En la sesión de las Cortes de 4 de marzo de 1821, el representante gubernamental evidencia que “mientras que en este negocio no se tome una determinación definitiva, es imposible discurrir sobre otros puntos que la suponen o que pueden llamarse accesorios. No se puede, por ejemplo, prefijar los gastos que son necesarios para mantener la sanidad del Reino... Por la notoria falta de fondos, por la diversidad de los arbitrios y por no haber un sistema uniforme en las corporaciones subalternas, se cometen arbitrariedades y no se puede conocer la legítima inversión de los fondos que se recaudan. Los empleados se quejan de que no se les satisfacen sus sueldos; las Juntas, confundidas con la multitud de órdenes que han recibido en diferentes épocas, dudando de sus atribuciones y de su autoridad, y finalmente, el servicio, en materia tan importante, expuesto a no ser desempeñado como corresponde”⁴⁵.

Pero el problema fundamental, como en tantas otras ocasiones, es el dinero. En la sesión de 18 de marzo de 1821, el diputado García Page recuerda que “las Cortes han admitido a discusión las proposiciones que se han hecho sobre [supresión de] diezmos, se han pasado a la comisión, la cual propondrá al Congreso lo que estime justo. En España, Señor, casi todos los establecimientos de beneficencia y de instrucción pública están precisamente dotados de los diezmos... Los diezmos se han de modificar y, necesariamente, quedan sin modo de subsistir estos establecimientos, y por lo mismo, las Cortes tendrán en consideración, si se aumenta su número, de dónde han de salir los fondos para sostenerlos. Porque, aunque no soy matemático, sé que una serie o suma de ceros dan siempre un producto igual a cero”⁴⁶.

En la sesión de 11 de junio de 1821, ante la supresión de determinados arbitrios vinculados al diezmo eclesiástico, del que bebían muchos institutos benéficos, el diputado Janer presenta un presupuesto de gastos para los establecimientos de beneficencia “y la propuesta de algunos arbitrios para cubrirlos, a fin de que pasasen a la Comisión de Hacienda, y diese ésta sobre ellos su dictamen”.

El diputado Martel apoya “su pronto despacho, manifestando que muchos de los expresados establecimientos de beneficencia se cerrarían si no se tomaba una providencia pronta y eficaz, porque teniendo muchos de ellos asegurada su subsistencia en rentas que ya se habían extinguido, era forzoso sustituir inmediatamente otras para sostenerlos”⁴⁷.

Al día siguiente, el diario de sesiones de las Cortes da cuenta de que la comisión de salud pública avanza sus trabajos en la elaboración de una Ley orgánica de sanidad pública, “en cuyo examen y aprobación decía se ocupaba incesantemente y sin perder

⁴⁴ FERNÁNDEZ HERRERO, “Proceso”, 38.

⁴⁵ DSC, 4 de marzo de 1821, 98.

⁴⁶ DSC, 18 de marzo de 1821, 539.

⁴⁷ DSC, 11 de junio de 1821, 2172.

momento, aunque desconfiaba poderla presentar en lo que restaba de la presente legislatura. Pero que si, como toda la Nación deseaba, Su Majestad tuviese a bien convocar Cortes extraordinarias, no dudaba dicha comisión que podría ser discutido aquel proyecto al mismo tiempo que los Códigos nacionales, como un objeto no menos interesante para toda sociedad civilizada”⁴⁸.

En la sesión de 23 de junio de 1821, con ocasión de la discusión de una reducción del presupuesto de Gobernación destinado a beneficencia, el diputado Lagrava advierte que esta reducción, operada bajo el pretexto de que, conforme a la Constitución, corresponde a los pueblos hacerse cargo de estos gastos, supondrá “el total abandono de estos importantísimos establecimientos. Para convencerse de esto, basta reflexionar por una parte el absoluto agotamiento de los pueblos, los cuales, a consecuencia del detestable sistema que tantos años los ha oprimido, apenas pueden satisfacer las suaves contribuciones que se les señalan en el presupuesto general, y por otra parte, atender al malísimo estado de estos establecimientos, de los cuales casi todos tocan el borde de su ruina”⁴⁹.

El diputado añade que “todos los españoles deben considerarse como individuos de una misma familia, y más en el actual sistema de fraternidad que felizmente nos rige. Es justísimo, pues, que los pueblos más ricos por ahora socorran a los menos afortunados, con tal que éstos no se eximan enteramente, según alcancen sus fuerzas, de mantener a sus respectivos pobres”.

Frente a la excusa presentada por los apóstoles de la reducción presupuestaria, el diputado Lagrava aclara que “lo que prescribe la Constitución es que las Diputaciones provinciales y ayuntamientos deben cuidar de ellos, esto es, velar sobre la inversión de sus fondos, que se repartan bien, que sean socorridas las necesidades, y que los empleados en estas casas de beneficencia cumplan exactamente sus obligaciones. Mas no previene que, si no bastan los fondos municipales y provinciales, no hayan de socorrerse por el fondo general”.

Durante la misma sesión, el diputado Banqueri pone el dedo en la llaga al recordar que la cantidad señalada en el presupuesto para beneficencia “presenta poquísimo campo para hacer economías, porque con las medidas tomadas sobre reducción de diezmos van a quedar enteramente abandonados, en cuyas rentas cifraban por la mayor parte sus dotaciones. Faltándoles este ingreso, no ha podido la comisión meter el hacha en estos ramos sin peligro de que se cerraran los hospitales y viésemos los enfermos en las calles. Y si se les quitaba la asistencia y los auxilios que antes recibían, ¿qué contraste no era éste en un tiempo en que tanto se proclaman la beneficencia y las ideas liberales? Entonces dirían: «Para esto, mejor estábamos antes, a pesar de las ventajas que se nos dicen». Esta es una reflexión que merece toda la consideración de las Cortes, y un motivo para que se aumente en esta parte el presupuesto que ha señalado la comisión”.

⁴⁸ DSC, 12 de junio de 1821, 2187.

⁴⁹ DSC, 23 de junio de 1821, 2428.

1.5.- La posible reunión de la sanidad y la beneficencia

En la sesión de las Cortes de 16 de octubre de 1821, es leída una exposición del Gobierno presentada como proyecto de Ley orgánica de sanidad pública⁵⁰. La cámara acuerda imprimirlo y que pase a las comisiones correspondientes. En la misma sesión son elegidos los miembros de la comisión de salud pública y es acordada su reunión conjunta con la comisión de beneficencia con el objeto de que examinen tanto el proyecto remitido por el Gobierno como el proyecto para la regulación de la beneficencia.

Pasan más de veinte días y, en la sesión de 8 de noviembre de 1821, un dictamen presentado por el Gobierno ante las comisiones de beneficencia y salud pública destaca las “ventajas que traería el reunir los dos ramos de sanidad y beneficencia bajo el régimen de una misma dirección y juntas subalternas... [ante] el lastimoso estado en que se encuentran casi todos los establecimientos piadosos de la Nación; de la institución viciosa de muchos; del régimen defectuoso y discordante de no pocos; del ningún tino con que fueron dotados algunos, y del estado de nulidad a que están reducidos los más en el día por la falta de fondos y auxilios... Las Cortes están convencidas de esto e igualmente de la necesidad de crear un sistema uniforme de administración y régimen, y de nuevos recursos para su dotación”⁵¹.

A juicio del Gobierno, “si las Cortes accediesen a la reunión de los dos ramos de beneficencia y sanidad... se evitaría multiplicar las Direcciones, los empleados, las Juntas y los gastos... las ventajas de que fuesen manejados los fondos destinados a ambos objetos por unas mismas manos, su inversión sería más equitativa y uniforme y se ahorrarían mil embarazos y contradicciones”.

A mayor abundamiento acude a la analogía del objeto de ambos ramos, pues “es el objeto de la beneficencia hacer bien a los indigentes de todas clases remediando sus necesidades, y el de la sanidad hacer bien a todos los habitantes de España, preservándoles de enfermedades contagiosas, removiendo las causas que pueden reproducirlas o producirlas de nuevo y hacer malignas y aun contagiosas las que no son en sí mismas. Por manera que en ambos casos se ejerce la beneficencia. En el uno, con los individuos en general. En el otro, con los individuos en particular, y remediando las necesidades particulares de éstos, se preserva a los otros de las enfermedades que podría ocasionar el abandonarlos en su indigencia”.

En resumen, “reunidos en unas solas corporaciones, sus providencias producirán más felices resultados, no pudiendo dudarse que cuanto más bien se desempeñen los deberes propios de la beneficencia, tanta más probabilidad habrá de conseguir el objeto de la sanidad; y viceversa, que habrá menos enfermos a quienes socorrer, cuanto más expedita y más bien desempeñada esté la policía sanitaria”.

Frente a la clara propuesta gubernamental, por su parte, las comisiones de salud pública y de beneficencia de las Cortes, actuando reunidas, manifiestan que “creen

⁵⁰ DSC, 6 de octubre de 1821, 273.

⁵¹ DSC, 8 de noviembre de 1821, 651 ss.

deber informar a las Cortes que la reunión propuesta no es conveniente en manera alguna”. Las razones son varias. Entre otras, que “son muy distintas las calidades y conocimientos que se exigen de los individuos de la Dirección de sanidad, de los que deben exigirse de los vocales de la de beneficencia... Ni es cierto que se disminuyan los empleados reuniendo los dos ramos de sanidad y de beneficencia, pues, sean o no las mismas direcciones y las juntas de aquellas, siempre deberá haber los empleados necesarios para el buen desempeño de unos negocios tan varios y considerables, debiéndose hacer, por consiguiente, los mismos gastos”.

No obstante, esta posición de la comisión contó con el voto particular de seis de sus miembros, y también con el voto particular del diputado Gisbert, proclives al estudio de la reunión de ambos ramos, tomando las precauciones debidas, dimanantes de la naturaleza de las decisiones a adoptar en cada uno de ellos.

La cuestión continúa siendo objeto de debate en la siguiente sesión de la cámara, la de 9 de noviembre de 1821, durante cuyo transcurso varios diputados solicitan que la discusión sobre este punto quede suspendida hasta que estén disponibles las propuestas de reglamentos de ambos ramos, momento en que será posible decidir sobre la conveniencia de reunir o separar sanidad y beneficencia⁵². Sin embargo, estas propuestas son desestimadas. Sometido a votación el dictamen mayoritario de la comisión, partidario de mantener la separación entre ambos ramos de sanidad y beneficencia, éste es aprobado.

En la sesión de 6 de noviembre de 1821, la discusión versa en torno a la constitución de las Juntas de beneficencia y el papel que en ellas deben jugar los ayuntamientos. En este debate, el diputado Lagrava subraya que “nada debe detener ya a las Cortes para decretar la creación de las Juntas de beneficencia, si quieren dar al sistema de este ramo la unidad, sencillez y convergencia que necesita para organizarse en debida forma. Porque, desengañémonos, mientras en los ayuntamientos, sobrecargados ya con mil negocios públicos, y distraídos por sus asuntos particulares, se siga la máxima de que *todos lo hagan todo*, se verificará muchas veces que *nadie hará nada*, al menos *bien*”⁵³. Tras un largo debate, la discusión queda suspendida sin acuerdo.

Para salir del *impasse*, provocado por la discutida e irresoluta compatibilidad entre la propuesta de la comisión y el texto constitucional, en la sesión de 17 de noviembre de 1821, el conde de Toreno logra que se apruebe una propuesta en cuya virtud se indica a la comisión que “se ciña a presentar las bases puramente orgánicas de beneficencia, dejando al Gobierno la formación de reglamentos, y sujetándose en la parte administrativa a lo que la Constitución y las leyes determinan en esta materia, y en las que tienen relación con ella”⁵⁴. Finalmente, en la sesión de 18 de diciembre de 1821, comienza la discusión del proyecto de regulación para la beneficencia presentado por la comisión⁵⁵.

⁵² DSC, 9 de noviembre de 1821, 977 ss.

⁵³ DSC, 16 de noviembre de 1821, 801.

⁵⁴ DSC, 17 de noviembre de 1821, 823.

⁵⁵ DSC, 18 de diciembre de 1821, 1345.

Como resultado del proceso, un Real Decreto de 27 de diciembre de 1821 aprueba el Reglamento de beneficencia que ordena el ramo. La norma incluye entre los establecimientos de esta naturaleza a las casas de maternidad, de socorro, de convalecientes y de locos, además de los hospitales propiamente dichos y de la hospitalidad domiciliaria (como asistencia facilitada gratuitamente a las clases necesitadas en sus propios domicilios)⁵⁶. Dispone que todas las capitales de provincia, y demás localidades designadas por el Gobierno, contarán con no más de cuatro hospitales. Asimismo, crea casas de maternidad en todas las provincias para embarazadas, paridas y niños menores de seis años, mientras que los mayores de seis años encontrarán refugio en las casas de socorro⁵⁷.

1.6.- La Ley General de Beneficencia del Trienio

Podríamos situar como principal hito legislativo iniciático el marcado por la aprobación de la Ley General de Beneficencia de 23 de enero de 1822, desarrollada por un reglamento de 6 de febrero, y que, tras la caída del Trienio liberal, será restablecida después del motín de La Granja, junto con el resto de la legislación gaditana⁵⁸. Esta Ley es aplicable y sujeta a “todos los establecimientos de beneficencia, de cualquier clase y denominación que sean, incluso los de patronato particular, sus fondos y rentas” (art. 127), mientras que todos los establecimientos “destinados al objeto público” de beneficencia “no mencionados en esta Ley deberán suprimirse” (art. 134).

Esta primera legislación general sobre beneficencia, aprobada en pleno Trienio liberal, amplía los principios apuntados en las Cortes de Cádiz y otorga un protagonismo importante en su ejecución a los municipios, a las Juntas municipales de beneficencia y a las Juntas parroquiales, como auxiliares de los primeros⁵⁹. Expresivo de todo ello es que el primer artículo de la Ley dispone precisamente que en cada pueblo habrá una Junta municipal de beneficencia. El presidente de esta Junta municipal es el alcalde (arts. 2 y 3) y sus miembros electivos (menos de la mitad de los componentes de la Junta) son nombrados por los ayuntamientos (art. 6). Al mismo tiempo, la Ley suprime “todas las juntas gubernativas de las casas públicas de beneficencia y sus oficinas” (art. 37).

De entre sus miembros, las juntas municipales nombrarán un visitador para cada establecimiento benéfico, encargado de vigilar el cumplimiento de los reglamentos, el desempeño de las obligaciones por parte de los empleados y “si los pobres están bien asistidos” (art. 13). En las “poblaciones de mucho vecindario”, las juntas municipales pueden formar juntas parroquiales de beneficencia presididas por el cura párroco (art. 17).

⁵⁶ ÁLVAREZ-URÍA, *Miserables*, 87.

⁵⁷ GRANJEL, “Legislación”, 268-269.

⁵⁸ A. GARCIA SÁNCHEZ, *La organización de la beneficencia en la provincia de Jaén en el siglo XIX: 1822-1852*, Jaén, 2007, 17.

⁵⁹ F. VIDAL GALACHE, “El impacto de la Ley General de Beneficiencia de 1822 en Madrid”, *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, 1, (1987), 48.

Las juntas municipales sólo pueden comunicarse directamente con los ayuntamientos respectivos. Únicamente podrán acudir a la Diputación provincial cuando interpongan una reclamación de agravio contra los responsables municipales. Asimismo, la disposición prevé que las Diputaciones provinciales, “en todo lo relativo al ramo de beneficencia, se entenderán con el Ministerio de la Gobernación de la Península” (art. 16).

Esta Ley también prevé que los fondos de beneficencia formen una “sola y única clase”, cualquiera que fuese su “origen primitivo” (art. 25). Comprendidos en esa caja única, la norma distingue como “fondos generales” los procedentes de las Cortes y como “fondos municipales” los procedentes de ingresos de los establecimientos de beneficencia y limosnas colectadas por las Juntas municipales respectivas (art. 27).

Este principio de caja única tiene su expresión en que “los fondos generales de beneficencia estarán siempre a cargo del tesorero de cada provincia, sin que por ningún título ni pretexto se puedan aplicar a otro objeto, bajo la más estrecha responsabilidad; pero el Gobierno podrá destinar el sobrante de una provincia a los establecimientos de beneficencia de otra, oídas las Diputaciones provinciales respectivas” (art. 31).

La Ley regula con detalle los establecimientos comprendidos bajo la dirección de las Juntas municipales, esto es, las casas de maternidad, las de socorro, los hospitales de enfermos, convalecientes y locos, y la hospitalidad y socorros domiciliarios (art. 40), siendo preferida la asistencia y curación domiciliaria (arts. 86 y 98) y reservada la hospitalaria a “los enfermos que no pudiesen ser asistidos y curados en sus propias casas” (art. 104).

Esta norma incluye en su ámbito subjetivo de protección al extranjero que “se estableciere en un pueblo con algún oficio, arte o profesión útil, y se imposibilitase para ganar su sustento”. Estos individuos participarán de “todos los socorros que la Nación dispensa a los españoles necesitados” (art. 92). No obstante, la Ley es consciente de lo limitado de los recursos y, con carácter general, previene que “este plan de beneficencia se irá planteando en toda la Monarquía al paso que se proporcionen los medios para verificarlo” (art. 133).

Por otra parte, la beneficencia será beneficiada con el destino al ramo de los edificios públicos pertenecientes a establecimientos o corporaciones suprimidas. El competente para tal tarea será el Gobierno, oídas las Diputaciones provinciales y ayuntamientos respectivos (art. 137).

A juicio de Vidal Galache, los aspectos más destacables de esta Ley son, entre otros, la municipalización de la beneficencia, la reforma hospitalaria con la revisión de todo el sistema, la creación de casas de maternidad, y de hospitales para locos y convalecientes. Junto a ello, sobresale la intención de corregir abusos y asegurar la libertad a los pobres del hospicio (que en estos momentos toma nombre de casa de socorro), “sin duda para dejar bien clara la orientación totalmente distinta que los liberales quieren dar a estos establecimientos, que durante muchos años habían servido tanto como asilo para los pobres desvalidos, como centro de represión para aquellos

necesitados a los que se consideraba válidos para el trabajo, para los mendigos y delincuentes menores”⁶⁰.

1.7.- Un proyecto de Código sanitario para la Monarquía española

El 24 de septiembre de 1821 es sometido a la consideración de las Cortes un “Proyecto de ley orgánica de Sanidad pública de la Monarquía española”. A juicio de Muñoz Machado, “para su época, el proyecto de Código sobre Sanidad de 1822 era avanzado. En su redacción se había tenido por modelo lo mejor de la legislación comparada de su tiempo, los códigos que sobre el mismo tema se habían aprobado o se discutían por aquellos años en Europa”⁶¹. Tras las duras discusiones ya mencionadas más arriba, el texto es rechazado por el pleno⁶².

Transcurren más de cinco meses, y en la sesión de 3 de marzo de 1822, las Cortes toman en consideración una exposición del Secretario de Gobernación de la Península en la que la autoridad gubernamental alerta de que “aproximándose la estación en que suele desarrollarse la fiebre amarilla, y habiendo fundados temores de que en este año retoñe en varios puntos de la Península que ya han sufrido este azote, juzgaba el Gobierno urgentísimo el que las Cortes se ocupasen de este punto tan importante, resolviendo con la posible brevedad el proyecto de ley sobre salud pública... para no negar a los pueblos la esperanza y el consuelo de ver que las Cortes desean contribuir por su parte a precaverlos de los estragos de aquel mal devorador; pues aunque el Gobierno tomaría por su parte cuantas medidas estuviesen a su alcance, haciendo que las autoridades y encargados de cumplir las leyes vigentes de sanidad llenasen debidamente su obligación, creía no obstante, que sus facultades no se extendían a tanto que pudiese acordar todas las medidas que abraza el expresado proyecto, el cual, por lo mismo, era indispensable que las Cortes lo discutiesen desde luego, o facilitasen al Gobierno un medio supletorio capaz de sacarle de cualquier apuro en que se encontrase”⁶³.

Pasan casi dos meses y en la sesión extraordinaria de la noche del 29 de abril de 1822, la Comisión de Salud Pública constituida en las Cortes presenta un Proyecto de “Código de Sanidad para las Españas”⁶⁴. La cámara ordena imprimirlo “desde luego, en consideración a la urgencia con que debe resolverse este negocio”. El principal objeto de preocupación del texto gravita en torno a la lucha contra la epidemias, para lo que establece la vigilancia sanitaria de puertos y costas, amén de medidas de sanidad terrestre que permitan detectarlas y combatirlas⁶⁵.

A pesar de este objeto acotado, en principio, la primera parte del Proyecto de código sanitario dibuja las “bases preliminares o elementos para organizar un sistema sanitario, anunciando que su fin es procurar la mejor salud a los españoles y la mayor

⁶⁰ “El impacto”, 50.

⁶¹ *La sanidad*, 88.

⁶² GRANJEL, “Legislación”, 270-271.

⁶³ DSC, 3 de marzo de 1822, 71.

⁶⁴ DSC, 29 de abril de 1822, 1067.

⁶⁵ LÓPEZ PIÑERO, *Mateo Seoane*, 12.

salubridad al territorio español” (preámbulo del proyecto). Al frente estaría una Dirección General de Salud Pública, incardinada dentro del Ministerio de la Gobernación (arts. 3 a 22). Bajo su autoridad actuarían las Juntas provinciales, municipales y litorales de Sanidad.

La Dirección General de Salud Pública está compuesta por tres miembros, dos de ellos médicos con quince años “de práctica feliz” y un tercero “inteligente en los ramos de navegación y economía política” (arts. 11 y 12). Entre sus funciones figura la aprobación de los reglamentos de las Juntas provinciales, municipales y litorales, velar por la salud pública, informar y consultar al Gobierno, proponer reformas a las Cortes, presentar anualmente una “memoria sobre el estado de salud pública del reino” a la consideración de las Cortes, así como distintas atribuciones atinentes a la gestión financiera del ramo (art. 17).

Las Juntas provinciales, municipales y litorales operan “bajo la autoridad del Gobierno y el régimen e inspección de la Dirección General” (art. 23). Las Juntas provinciales son establecidas en las respectivas capitales “bajo la inmediata autoridad de las Diputaciones provinciales”, que eligen a sus miembros (arts. 24 y 26). Bajo la presidencia del jefe político de la provincia (art. 35), constituyen el conducto de comunicación preferente entre las juntas municipales y el Gobierno (art. 30), y les corresponde su control, auxilio y suplencia tanto en las funciones administrativas, como en las financieras (art. 31).

Las Juntas municipales actúan bajo la sujeción de los respectivos ayuntamientos y la presidencia del alcalde constitucional (arts. 40 a 42). Por su parte, las Juntas litorales operan en los pueblos marítimos y los bañados por ríos navegables, con los “mismos cargos y facultades” que las municipales (art. 52). El proyecto resalta que “todas las juntas deberán extractar, imprimir y publicar en sus pueblos las cuentas que hubieren remitido y recibieren aprobadas por el Gobierno” (art. 62).

En resumen, “las Juntas municipales y litorales dependen de los ayuntamientos y Juntas provinciales, así como éstas dependen de la Diputación provincial y del Gobierno, y todas están bajo la autoridad del Secretario [Ministro] de la Gobernación de la Península” (art. 52.5º). Pero, como cláusula de cierre, no exenta de posibles problemas interpretativos *a posteriori*, el proyecto concluye su primera parte señalando que “para conservar íntegra la respectiva autoridad de las juntas sanitarias, a pesar de su dependencia, se previene que ni la Dirección General, ni la Diputación provincial, ni las Juntas provinciales, ni menos los ayuntamientos bajo ningún pretexto, interrumpirán a las Juntas municipales y litorales en el libre ejercicio de sus funciones y facultades prescritas en esta ley; antes bien, cuidarán de que ajusten exactamente sus procedimientos a ella, y a los reglamentos de sanidad, y las dirigirán o ilustrarán con su mayor sabiduría y autoridad, cuando sea necesario” (art. 63).

Y como la cuestión financiera es vital para la implantación del modelo, el texto incluye entre las atribuciones del Ministerio de la Gobernación la de “incluir en el presupuesto anual de gastos de su ramo aquella cantidad que considere precisa para cubrir el déficit de los fondos de sanidad” (art. 7).

Durante la discusión parlamentaria del proyecto, en la sesión de las Cortes de 19 de octubre de 1822, el diputado Istúriz prevé que “si las Cortes admiten este Código sanitario (que en mi modo de ver no hace otra cosa que establecer una nación sanitaria dentro de la Nación española), no se llevará a efecto, porque sus medidas son impracticables e inadmisibles, y creo decretarán una cosa inútil y gravosa por lo costosa que ha de ser... Sin duda no ha tenido presente la falta de numerario que hay en la Nación, y que cuando no ha habido para mantener un guardacostas que es de urgente necesidad, menos habrá para mantener tanto empleado como propone... Yo rogaría a los señores de la comisión que retirasen este proyecto de ley, que si bien es un monumento ciertamente de su celo, va a producir inmensos males sin ningún bien de los que se proponen”⁶⁶.

Por su lado, el diputado Pedrálvez alega que “el derecho público es el que dicta esta ley, dura si se quiere, pero necesaria e indispensable, y yo añado, útil y saludable. Porque es necesario que entendamos que las leyes sanitarias no son simplemente leyes punitivas, sino preventivas, y una pena fuerte evita el crimen más bien que una suave... Esta ley es sabia y benéfica en toda la extensión de la palabra, siendo un verdadero y enorme crimen atentar contra la salud pública de la sociedad”.

Curiosamente, el mismo Secretario del Despacho de la Gobernación de la Península expone ciertas objeciones al proyecto, tanto en la configuración de la Dirección general de salud pública, cuyas funciones entiende que deberían ser desempeñadas directamente por la Secretaría de la Gobernación de la Península, como en las penas establecidas para aquellos que violen las medidas dispuestas en la prevención de los contagios.

Uno de los defensores del proyecto, Seoane, manifiesta claramente que “es doloroso decirlo, pero la comisión no puede prescindir de declarar que lo que la ha obligado más y más a presentar su trabajo es el ver que no existe en esta Nación, tan fecunda en leyes inútiles y aun perjudicialísimas, una que haga conocer a las autoridades hasta dónde llega su poder en medio de un pueblo contagiado, y el ver que esta falta es causa de la arbitrariedad más horrible... Cada Junta de sanidad se forma una ley particular distinta de la que rige a sus vecinas, cada gobernante se erige en déspota sin responsabilidad... Una ley que uniformase estas medidas produciría un bien incapaz de calcularse... Una ley, por mala que fuese, que refrenase la arbitrariedad, era un gran beneficio”.

En cuanto a la discutida Dirección General, confiesa Seoane que “nadie más opuesto que yo al sistema de centralización, tan acreditado, no sólo entre nosotros, sino en todo el continente. Nadie más opuesto a este sistema, que estableciendo una especie de cuarteles generales donde va a parar todo lo concerniente al gobierno hasta de los intereses más locales, entorpece la marcha de las autoridades subalternas, traba la acción del mismo Gobierno y le hace poco a poco arrojar de sí la carga que la naturaleza misma de los asuntos le había impuesto. Por estas razones hubiera yo deseado la propuesta de esta Dirección, si no hubiese creído que sin ella el proyecto de sanidad tendría la misma suerte que el de beneficencia, que por falta de unidad en las juntas no

⁶⁶ DSC, 19 de octubre de 1822, 221 ss.

se ejecuta... Dudo esto y me persuado firmemente de que acostumbrados ya como estamos a centralizarlo todo y a estar en una tutoría perpetua de autoridad, el proyecto no se ejecutará si no hay una expresamente encargada de su ejecución, una que, libre de otras atenciones, pueda facilitar al Gobierno la pronta resolución de materias tan trascendentales”.

Concluye Seoane al proponer que “en el estado actual, o se debe entrar en la discusión de este proyecto, o mandar cesar todas las medidas sanitarias, un término medio sería el peor que podía adoptarse. De no discutirle y dejar las cosas como están, sería sancionar la arbitrariedad más escandalosa, las vejaciones más inauditas y los horrores más repugnantes. Discútase, pues, enmiéndose, o si cree el Congreso que ha llegado el día de dar el gran paso de sancionar el no contagio, sanciónese enhorabuena y sólo en este caso desapruébese el proyecto. Pero nunca, nunca, no me cansaré de repetirlo, quede el servicio de sanidad cual está al presente. Todo es menos horrible que dejar hasta en manos de las autoridades más subalternas la facultad de suspender todos los derechos sin ley alguna que señale hasta dónde debe llegar su poder y desde dónde debe principiar su responsabilidad en las circunstancias más críticas”. Al final de la sesión en la cámara, “declarado el punto suficientemente discutido... quedó desaprobado el proyecto en su totalidad, mandándose volver a la comisión”.

Dado el fracaso del proyecto de la comisión de salud pública de la cámara en su discusión parlamentaria, y teniendo en cuenta la paradójica posición del Secretario del Despacho de la Gobernación de la Península durante el debate, la misma comisión propone a las Cortes (que aprueban esta propuesta) que sea el Gobierno quien presente un proyecto de código sanitario. En palabras de Seoane: “Pase al Gobierno este negocio para que pueda salir pronto una ley cualquiera de sanidad, que no me cansaré de repetir es absolutamente necesaria, porque el orden, la regularidad y el freno que pondrá a las autoridades serán bienes bastantes”⁶⁷.

El proyecto no llegará a ser aprobado por las Cortes⁶⁸. En última instancia, las dudas científicas sobre la existencia o no del contagio (que el mismo Seoane es incapaz de dilucidar durante el debate), los difíciles equilibrios entre las libertades individuales y la acción pública y la tensión entre centralización y descentralización, provocaron finalmente el fracaso de esta propuesta y “evitaron que la acción sanitaria pública recibiera una ordenación básica y que hubiera que esperar aún varias decenas de años para que poco a poco fuera madurando un servicio público sanitario eficaz”⁶⁹.

1.8.- La sanidad en la normativa del gobierno provincial de 1823

El Trienio liberal sí dará a luz a una normativa capital para la administración territorial del Estado. Nos referimos a la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias aprobada el 3 de febrero de 1823. Esta norma pretende, *prima facie*, introducir un sesgo descentralizador en la gestión territorial⁷⁰. La Instrucción

⁶⁷ DSC, 20 de noviembre de 1822, 685 ss.

⁶⁸ LÓPEZ PIÑERO, *Mateo Seoane*, 13, 51-67.

⁶⁹ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 88-92.

⁷⁰ *Ibidem*, 94 ss.

incluye dentro de las funciones “propias” de los ayuntamientos las relativas a la sanidad, pues está a su cargo “remover todo lo que en el pueblo o en su término pueda alterar la salud de los habitantes”.

Sin embargo, continúa vigente la dependencia respecto del delegado del gobierno en la provincia, en los supuestos en que acaezca alguna enfermedad contagiosa o epidémica. Un delegado gubernativo o jefe superior político en la provincia que sale notablemente fortalecido en la Instrucción de 1823, dado que no necesita actuar “de acuerdo” con la junta de sanidad o con la Diputación provincial.

En cuanto a la actividad asistencial, la Instrucción prevé que los ayuntamientos procuren que “haya facultativo o facultativos en el arte de curar personas y animales, según las circunstancias de cada pueblo, señalando a los médicos y cirujanos la dotación correspondiente, a lo menos por la asistencia de los pobres, sin perjuicio de que si los fondos públicos lo pueden sufrir, se extienda también la dotación de la asistencia sanitaria a todos los demás vecinos” (art. 12).

Es de notar esta referencia no sólo a la asistencia de los pobres (recogida bajo la labor de la beneficencia) sino a “todos los demás vecinos” (encuadrada más en el ámbito de la sanidad). Sin embargo, esta alusión extensiva vendrá matizada por las concreciones posteriores del articulado, más acordes con normas preexistentes y que limitan la acción, en la práctica, a la asistencia benéfica.

Como es sabido, le quedaba poco tiempo a los liberales del Trienio. La intervención de los conocidos Cien mil hijos de San Luis restaura en el trono absoluto a Fernando VII y con él concluye este breve período de reformas liberales. Ha comenzado la década ominosa.

1.9.- El restablecimiento de las normas del Trienio

Con la muerte de Fernando VII, el aseguramiento en el trono de su hija requiere la apertura del régimen, circunstancia que tendrá su reflejo en el ámbito sanitario, en un contexto en el que, mediados los años treinta de la centuria, autores como Seoane ya habían llamado la atención sobre el hecho de que “el medio único y seguro de impedir la propagación en el interior [del país] de los males contagiosos y de minorar los desastrosos efectos de los epidémicos y endémicos es tener organizado el servicio de higiene pública”⁷¹.

Los primeros pasos tienen que ver con la creación del Ministerio de Fomento. Un Real Decreto de 9 de noviembre de 1832 establece las competencias de la nueva Secretaría de Estado y del Despacho de Fomento General del Reino. Dentro de sus atribuciones, destaca para nuestro objeto, la que le encomienda el “ramo de Sanidad, con sus lazaretos, aguas y baños minerales”. Como correlato necesario de estas competencias, bajo la dependencia del nuevo departamento queda sujeta la Junta Suprema de Sanidad del Reino. La consiguiente creación de los Subdelegados de

⁷¹ LÓPEZ PIÑERO, *Mateo Seoane*, 20.

Fomento en cada provincia, operada por el Real Decreto de 30 de noviembre de 1833, concede al nuevo ministerio el brazo ejecutor necesario de sus políticas a lo largo y ancho del territorio estatal⁷².

Paralelamente, una Real orden de 25 de septiembre de 1833 establece una Junta Suprema de Sanidad, auxiliada de Juntas superiores en las ciudades sede de Capitanías generales, Juntas provinciales en cada capital de provincia y, finalmente, Juntas municipales. Estas dos últimas clases de juntas son suprimidas en virtud de Real orden de 27 de marzo de 1834, y sus competencias pasan a los Subdelegados de Fomento y a los ayuntamientos. Sólo sobreviven las Juntas provinciales en las capitales costeras y en las provincias fronterizas⁷³.

Pasa menos de un año y la extensión de una epidemia de cólera por España, hace saltar las señales de alarma. El 29 de agosto de 1834, la cámara del Estamento de los Procuradores aborda la situación sanitaria⁷⁴. Al inicio del debate, el Presidente de la cámara resalta que “no tenemos en la actualidad ninguna regla fija por la que se puedan guiar las autoridades en la adopción de los medios que han de poner en ejecución contra el cólera... que hay una especie de anarquía en las provincias, obrando cada Junta de sanidad según las opiniones, intereses y mayor o menor miedo de sus individuos; que las medidas tomadas hasta ahora de nada han servido para contener el mal, causando al propio tiempo perjuicios de tal tamaño que si no se toman disposiciones enérgicas para remediarlos, se arruinará enteramente y muy pronto el comercio interior de la nación, se aumentará a un grado espantoso la miseria pública... Ni los pueblos podrán pagar los impuestos, ni el Gobierno podrá cumplir sus obligaciones, ni se podría prestar el menor socorro a las poblaciones infestadas”. Entre las medidas a proponer a la consideración del Gobierno, el Presidente incluye la necesidad de que éste presente “lo más pronto que sea posible un reglamento general o ley de sanidad que pueda servir uniformemente de guía en los casos de epidemia”. Esta propuesta es finalmente aprobada por la cámara.

Es claro que la falta de una regulación adecuada genera problemas. En sesión de la cámara del Estamento de los Procuradores, el 5 de febrero de 1835, el procurador Visedo manifiesta que “con los reglamentos que existen sobre esta materia, hemos visto en tiempo del cólera disposiciones tomadas de una manera bárbara... Yo apoyaré todo lo que pida el Gobierno con respecto a sanidad; pero bajo el concepto de que las Juntas de sanidad han de seguir otras reglas que las que han seguido hasta ahora”⁷⁵.

En sentido diverso habla el procurador Istúriz, y quizá pone el dedo en la llaga al manifestar: “Yo soy enemigo de todas las medidas sanitarias, porque las considero no sólo inútiles, sino perjudiciales, y más perjudiciales que la misma enfermedad. No hay más que una medida sanitaria, que es proporcionar dinero, socorro de médico y medicinas a los enfermos. A esto creo que deben ceñirse todas las medidas sanitarias de todos los establecimientos que existen”.

⁷² MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 100.

⁷³ GRANJEL, “Legislación”, 265-266.

⁷⁴ DSCP, 29 de agosto de 1834, 108-116.

⁷⁵ DSCP, 5 de febrero de 1835, 1447 ss.

A pesar de esta opinión tan contundente, el procurador Ferrer subraya que “la necesidad de un nuevo código sanitario es evidente, y ya se reconoció así en las Cortes pasadas, donde lo formó una comisión, y resultó una ordenanza que no me corresponde elogiar ni criticar, porque en este punto de sanidad acaso no hay dos personas que piensen idénticamente... La gran cuestión sobre contagio o no contagio no está todavía resuelta... Soy de opinión que no se deben suprimir del todo las medidas y reglas sanitarias. En consecuencia, desearía se activase la conclusión de ese reglamento de que se ha hablado”.

Acaecidos los sucesos de La Granja y recuperada la vigencia de la Constitución de 1812, un Decreto de la Reina Gobernadora de 8 de septiembre de 1836 restablece en todo su vigor la normativa de 1822, “deseando que la beneficencia pública se arregle en su ejercicio del modo más adecuado y capaz de llenar los grandes objetos que la humanidad y la justicia reclaman”⁷⁶.

La sesión de las Cortes de 22 de febrero de 1837 levanta acta del traslado de un problema irresoluto a lo largo de las diversas etapas de vigencia de la Constitución gaditana. La Cámara manda “pasar a la comisión de Sanidad, que se nombraría, el índice y expediente promovido en varias épocas, y especialmente en las constitucionales, sobre el arreglo de tan importante ramo, que de Real orden remitía el Sr. Secretario del Despacho de la Gobernación de la Península, a fin de que las Cortes resolviesen en este punto lo que más conviniera al servicio del Estado”⁷⁷.

En esta línea, una Real orden de 28 de agosto de 1837 restablece el art. 4 del Decreto de 23 de junio de 1813 relativo a la formación de Juntas municipales de Sanidad del Reino⁷⁸. Pero la guerra carlista exige la adopción de medidas y una Real orden de 12 de enero de 1838, inserta la del Ministerio de la Guerra de 24 de diciembre, sobre que en los puntos donde no haya hospitales militares se admitan en los civiles a los enfermos y heridos militares. La guerra contra los carlistas requiere medidas eficaces para mantener el esfuerzo bélico⁷⁹.

Junto a ello, o quizá precisamente por ello, la sanidad militar ocupa la atención de los miembros del Congreso de los Diputados⁸⁰. Los grandes proyectos en torno a la sanidad civil quedan relegados. De ahí que instituciones, como la Junta de Comercio de Málaga, soliciten a la cámara que de una vez por todas proceda a discutir el proyecto de ley de sanidad pública presentado por el Gobierno⁸¹.

Tras una intensa polémica doctrinal, el 28 de junio de 1838 queda aclarado normativamente que la hospitalidad domiciliaria es la regla y la pública -los establecimientos benéficos- la excepción. Para los partidarios del método domiciliar, “todos han de salir ganando: los enfermos, porque van a disfrutar del calor del hogar y sus familias; los facultativos, de una plaza dotada por la municipalidad; el gobierno, de

⁷⁶ MAZA ZORRILLA, *Pobreza*, 182.

⁷⁷ DSC, 22 de febrero de 1837, 1710.

⁷⁸ GRANJEL, “Legislación”, 266.

⁷⁹ Archivo de la Diputación provincial de Jaén, libro 2802/24.

⁸⁰ DSC, 13 de noviembre de 1837 al 17 de julio de 1838, *passim*.

⁸¹ DSC, 14 de abril de 1838, 1734.

ver neutralizados los peligros desestabilizadores; y hasta los viejos centros asistenciales, descongestionados de una indiscriminada clientela”⁸².

En la sesión regia de apertura del período de sesiones celebrada el jueves 8 de noviembre de 1838, la Reina Gobernadora dirige un discurso a los miembros de ambas cámaras legislativas en el que recuerda a los legisladores que “pendiente de la anterior legislatura existen varias leyes importantes que habrá necesidad de concluir para poner en armonía el régimen interior del Estado con la Constitución actual. Tales son las que se os presentaron para el arreglo definitivo de los ayuntamientos y Diputaciones provinciales, que volveréis a discutir ahora, y las relativas a la instrucción y beneficencia públicas”⁸³.

Durante este mismo mes de noviembre de 1838, la Junta Suprema de Sanidad eleva al Gobierno un *Proyecto de Ley de Sanidad*. Su principal redactor es Mateo Seoane quien solamente incluye las bases orgánicas generales, dejando el desarrollo reglamentario al poder ejecutivo. Logra presentar un texto de sólo veinte artículos que, dos décadas más tarde, elogiaría Pedro Felipe Monlau, principal seguidor de Seoane, en los siguientes términos: “Así debe ser una Ley de Sanidad: breve y puramente orgánica. El atender a la salud pública es atribución esencialmente administrativa; el poder legislativo puede intervenir anualmente en las operaciones de gobierno o de la administración y fiscalizarlas o promover su modificación, cuando se discuten los presupuestos”⁸⁴. Sin embargo, el proyecto no conduce a resultado efectivo alguno. Transcurren diez meses y el 19 de septiembre de 1839, un Real Decreto remite a las Cortes un *Proyecto de ley orgánica de Sanidad*. La llegada del general Espartero al poder deja el proyecto en la papelera⁸⁵.

⁸² MAZA ZORRILLA, *Pobreza*, 32-33.

⁸³ DSC, 8 de noviembre de 1838, 1-2.

⁸⁴ LÓPEZ PIÑERO, *Mateo Seoane*, 22.

⁸⁵ GRANJEL, “Legislación”, 271.

LA LEY GENERAL DE BENEFICENCIA DE 1849

En los inicios de la década de los cuarenta, comienza a adquirir relevancia el debate mantenido entre los partidarios de un modelo de salud pública centralizado (de inspiración francesa) y los defensores de un sistema descentralizado (de origen británico)¹. Esta tensión late en la discusión sobre el proyecto de Ley de ayuntamientos que tiene lugar en la sesión del Congreso de los Diputados del domingo 3 de mayo de 1840².

En ella, toma la palabra el diputado Cortina, en defensa de las enmiendas presentadas al proyecto. Su posición de partida crítica es clara: “El sistema establecido por este proyecto de ley dejaba a los ayuntamientos reducidos a la nulidad. Que el verdadero ayuntamiento era el jefe político [de la provincia]. Si se agrega a esto, señores, el que, como ya demostré el último día que hablé, el Gobierno o sus agentes son los que forman las listas electorales, las de elegibles, quien decide las reclamaciones, quien tiene la facultad de suspender y disolver, ya a un ayuntamiento en masa, ya alguno o algunos de sus individuos, ¿no es una mentira decir que quedan ayuntamientos en España?. Dígase de una vez que se quiere que el Gobierno mande exclusivamente en todas partes, que lo haga todo, y no se moleste a hombres que valen algo en los pueblos y son dignos de consideración para que hagan cosas que, en último resultado, quien las hará ha de ser la autoridad superior de la provincia. Hágase así, francamente, y dígase: No se quieren ayuntamientos”.

Por lo que toca al ramo sanitario, este diputado critica el tenor del proyecto al disponer que los ayuntamientos “no podrán deliberar sobre otros asuntos que los comprendidos en la presente ley, ni hacer por sí, ni prohiar, ni dar curso a exposiciones sobre negocios políticos, como tampoco acordar medidas u otorgar peticiones en semejantes materias. Todo bajo la pena de suspensión o disolución, y sin perjuicio de la responsabilidad a que hubiere lugar con arreglo a las leyes”.

Apunta nuestro protagonista que esta prohibición puede llevar anejas serias complicaciones. Por ejemplo, “¿se habla en ella nada de lo relativo a sanidad? Y si en un pueblo ocurre una epidemia, ¿estará imposibilitado el ayuntamiento, en el caso de

¹ LÓPEZ PIÑERO, *Mateo Seoane*, 23.

² DSC, 3 de mayo de 1840, 1383 ss.

que le ocurra alguna idea favorable, de exponerla al jefe político y al Gobierno? Déjese pues reducida la prohibición a lo que es conveniente que se prohíba, a saber: que se puedan mezclar en asuntos políticos. Yo lo deseo ardientemente, pero no nos metamos en una cosa que puede traer males de trascendencia”.

A finales del mes de mayo, en la sesión del día 30, el diputado Lasagra critica el proyecto de regulación municipal, en particular, la ausencia de mención alguna a las facultades de los ayuntamientos en materia de beneficencia, preterición que atribuye a la intención que tiene el Gobierno de “centralizar el ramo de beneficencia y darle una dirección puramente gubernativa, en lo que a mi ver procede muy bien; pero sin embargo, en esto han de intervenir las autoridades municipales de un modo o de otro. Han de atender a los vecinos reunidos en unidad política, a las necesidades del pueblo; habrán de contribuir con fondos, y cuando todas las leyes municipales que conozco hablan de atribuciones de beneficencia relativamente a los ayuntamientos, no sé por qué en la española no se dice una palabra. La ley francesa es bien conocida y habla de esto... La belga muchísimo más, porque hay más atribuciones de beneficencia que en la francesa”³.

A todo ello, continúa el sempiterno problema: la financiación de los establecimientos. En la sesión de 2 de julio de 1840, el diputado Duque de Gor recuerda la evidencia de la falta de recursos que asola los establecimientos benéficos, “porque carecen de lo que antes sacaban del diezmo, no sólo directa, sino indirectamente, por la parte de las pensiones sobre mitras, del fondo pío benéfico, de las limosnas de los preladados, etc., y es preciso venir al socorro de estas necesidades. Como estaban casi enteramente sostenidas por la Iglesia y por algunas fundaciones piadosas de particulares, es menester que el Estado se haga cargo de ellas y las remedie”⁴.

A juicio de este diputado, lo natural sería que los ayuntamientos corriesen con esta atención, “pero sabiendo cómo están los propios, es claro que debe atenderse a él por medio de derramas o arbitrios, para cuya imposición es indispensable se obtenga la autorización de las Cortes, sin cuyo conocimiento no se puede cobrar contribución ninguna”.

2.1.- El discutido papel de la Junta Suprema de Sanidad

En este camino ya iniciado hacia una posición más centralizadora, un Decreto de 18 de noviembre de 1840 otorga a la Junta Suprema de Sanidad las atribuciones de ordenación y gobierno de la política sanitaria del reino, superando las meras competencias del “ramo de sanidad marítima y terrestre como ha estado hasta aquí”⁵. Con anterioridad, sus funciones primordiales pivotaban en torno a la “prevención de los contagios y epidemias”. A partir de la publicación de esta norma le competen también el gobierno y dirección de la policía sanitaria del reino y “de todo lo perteneciente al ejercicio de la ciencia de curar”.

³ DSC, 30 de mayo de 1840, 2076.

⁴ DSC, 2 de julio de 1840, 2942.

⁵ *Gaceta de Madrid*, nº 2223, 19 de noviembre de 1840.

Asimismo, una Real orden de 9 de junio de 1841 aprueba el reglamento e instrucción para su gobierno, y distingue dos secciones: la primera, de sanidad general y, la segunda, de gobierno y policía médica⁶. Pero esto no arregla el problema financiero y una Real orden de 31 de julio de 1841 dispone que a los facultativos de medicina y cirugía se les satisfagan los honorarios que les correspondan cuando se les emplee en asuntos del servicio y que, en su defecto, procuren valerse para asuntos del servicio de los facultativos que ya tienen sueldo del erario⁷.

Mientras tanto, el sistema sigue huérfano de una normativa general para el sector sanitario. En la sesión del Congreso de los Diputados del 19 de abril de 1841, la cámara recibe “con agrado, y mandó que se archivase, el ejemplar que D. Pedro Joaquín Vergara presentaba del opúsculo que había impreso sobre los vicios de que adolecía el sistema de sanidad vigente y medios para proceder a su reforma, suplicando que el Congreso se sirviese fijar su atención sobre tan importante asunto”⁸.

En todo caso, el sistema habrá de hacer frente a las nuevas necesidades surgidas a raíz del proceso desamortizador. Y es que, como consecuencia de la desamortización, numerosos desvalidos quedan privados del socorro provisto por la beneficencia particular, lo que requeriría una rápida y necesaria intervención estatal⁹.

Tampoco corren aguas tranquilas para los organismos ministeriales. En la sesión del Congreso celebrada el 2 de julio de 1842, a la hora de discutir el presupuesto del Ministerio de Gobernación, el diputado Collantes propone suprimir la Junta suprema de Sanidad. Las razones son varias: Entorpece la acción administrativa, “los negocios que están sometidos a su inspección y vigilancia son en corto número. Sus vocales también son individuos de alta categoría y que no gozan de ningún sueldo ni emolumento por razón del trabajo extraordinario a que se los llama como individuos de la Junta suprema... por la edad avanzada que tienen muchos de ellos, por tenerse que ocupar de otros negocios muy importantes, y por consideraciones que no se ocultarán al Congreso, hay dificultades en la reunión de esa Junta suprema, y se puede decir que está el negociado encomendado exclusivamente a la secretaría”¹⁰.

Por si fueran pocas estas razones, “habiendo Juntas provinciales de sanidad, Juntas que tienen sobre su vigilancia las Juntas municipales, que son las que verdaderamente administran fondos de alguna importancia, ha creído, digo, la comisión, que era bastante la vigilancia que ejercen estas Juntas para que dependiendo directamente del Gobierno reciban de él sus órdenes y el servicio público quede bien desempeñado”.

En la misma sesión, el diputado Otero manifiesta su apoyo a la continuidad de esta Junta suprema de Sanidad, que lleva sobre sus espaldas “cuidar o vigilar sobre toda

⁶ GRANJEL, “Legislación”, 261, 266-268.

⁷ Archivo de la Diputación provincial de Jaén, libro 2375.

⁸ DSC, 19 de abril de 1841, 487.

⁹ M. RODRÍGUEZ GIL, “¿La beneficencia estatal consecuencia de la desamortización? El sentir de una época: Concepción Arenal”, *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense*, 88 (1997), 233.

¹⁰ DSC, 2 de julio de 1842, 3891 ss.

la sanidad general del Reino, está encargada también de poner en ejecución las leyes y reglas de sanidad que el Gobierno adopte, en la de proponer a las autoridades los medios de atender a un objeto tan grandioso y, en fin, es ramo que en todas las naciones tiene una inspección facultativa... Si el Congreso adoptase la medida de suprimir la Junta suprema de Sanidad, que no cuesta más que 141.000 reales, resultaría abandonado el ramo, que costaría más y que se aumentarían los gastos”. En cuanto a las objeciones formuladas sobre sus componentes, pregunta este diputado “¿quiénes son los individuos que componen esta Junta? Allí hay militares condecorados, diferentes comerciantes, abogados, diplomáticos y profesores de la ciencia de curar, y las cuestiones que en ella se tratan son cuestiones de derecho internacional y cuestiones de comercio grandes y profundas, además de las puramente facultativas”.

Añade el diputado Otero que la mencionada Junta resuelve entre doscientos y trescientos expedientes anuales, en ella “se trabaja con asiduidad y constancia”. Además, “las Juntas provinciales y municipales son dependencias de ésta y, cesando la Junta suprema, que es la cabeza, perecen esas otras Juntas, que son ramas de ese tronco. Las Juntas municipales y provinciales serán útiles en su puesto, pero son dependencias de esa Junta suprema”.

Y concluye el diputado opinante que “todas las naciones cultas, aquellas que nos complacemos siempre en imitar, aunque sólo debiéramos hacerlo en lo bueno, todas tienen en el ramo sanitario los hombres más eminentes y que más se distinguieron en la beneficencia pública... Yo, señores, abogo por la humanidad, por ese elemento principal de la asociación que, hermanado con el amor a la patria, marca el grado más o menos elevado de la cultura de los pueblos. ¡Ay de nosotros si por un momento olvidamos siquiera los deberes que hemos contraído de procurarles su bienestar, su felicidad y protección”.

Ante esta intervención, participa el diputado Faustino Rodríguez, postulando la supresión del organismo desde un planteamiento general: “Es una fatalidad que desde que se ha establecido en España el sistema representativo siempre hemos de empezar el edificio por la cúspide, por el campanario y esto me recuerda a un pueblo de mi país cuya iglesia tiene la torre de piedra y el cimiento de tierra. Su ruina es infalible. Aquí no se trata más que de alimentar, de sostener a los habitantes de la corte, cabeza monstruosa sobre un pueblo miserable. ¿Y para qué? Para que haya Direcciones y más Direcciones, sueldos y más sueldos de cincuenta y sesenta mil reales, que gozan dos o tres docenas de hombres que ostentan un lujo incompatible con la mayoría de una Nación desdichada bajo todos conceptos. ¿Cómo he de dejar yo de hablar contra esa Junta suprema de Sanidad y contra todas las Direcciones, cuando estoy persuadido que la mejor sanidad para un pueblo es mantenerle y no privarle de su alimento preciso?”.

Abunda este diputado en su perspectiva general del modelo al apuntar que “se dirá que todo queremos vaya a los Ministerios, sí señores, porque hasta en esto queremos un sistema de centralización, y el que rige hoy en este particular es de excentralización, porque aquí los Ministros hacen lo que aquel Papa que cuando le dijeron iba a ser nombrado no hacía más que llorar, y luego que lo fue, al ver desempeñado su alto ministerio con solo firmar lo que sus secretarios le presentaban, advirtió era muy fácil lo que imposible le parecía. Aquí siempre con la rutina de *Informe*

la Dirección de estudios, Informe la Dirección de caminos, Informe la Junta de sanidad; Como lo dice la Dirección A o B, etc., sin salir jamás de un paso y de una misma corruptela”.

En la misma línea parece estar el diputado Pita al señalar que la comisión de presupuestos “si hubiera habido tiempo hubiera propuesto la supresión de todas las Direcciones generales, pues ha sido uniforme la opinión de que lejos de contribuir al mejor servicio público, no son más que ruedas que lo entorpecen, pero, entretanto, se propone que se suprima la Junta suprema de sanidad, porque es la que menos utilidades trae, es un resto del antiguo régimen del gobierno absoluto... Desde que se ha establecido el Ministerio de Gobernación, esta Junta es enteramente inútil, es perjudicial, no obra por sí, no ejerce autoridad directa, tiene que consultarle todo con el gobierno, es un trámite más... Es mucho más expedito entenderse directamente el Gobierno con las autoridades de las provincias y viceversa, que no valerse del cuerpo intermedio de la Junta de Sanidad”.

Interrumpida la sesión, en la celebrada al día siguiente, 3 de julio de 1842, el Congreso aprueba que subsista la Junta Suprema de Sanidad dentro del presupuesto destinado al Ministerio de la Gobernación¹¹.

2.2.- Llega una nueva Constitución

La Junta Suprema de Sanidad no agota las preocupaciones gubernativas. De ahí que una Real orden de 2 de noviembre de 1844 pida varias noticias en orden a regularizar la administración de los establecimientos de beneficencia¹², o que otra Real orden de 16 del mismo mes disponga que tan pronto como se presente en una provincia cualquier enfermedad que pueda en general afectar la salud pública se dé conocimiento a la Junta Suprema de Sanidad¹³.

La aprobación del nuevo texto constitucional del año 1845 determina la necesidad de adaptar la normativa sanitaria. El signo centralizador del pensamiento político-jurídico triunfante en este momento tiene su reflejo en el art. 74 de la Constitución, al disponer que “la ley determinará la organización y atribuciones de las Diputaciones y de los Ayuntamientos, y la intervención que hayan de tener en ambas corporaciones los delegados del Gobierno”. Esta remisión legal vacía de contenido la posibilidad de atribuir competencias a los entes locales con normativa de rango constitucional. Estas atribuciones de las corporaciones vendrían dibujadas en virtud de Ley de 8 de enero de 1845.

Ello no hace mucho por mejorar la situación de la beneficencia. En la sesión del Congreso de los Diputados celebrada el 14 de abril de 1845, con motivo de la discusión del presupuesto del Ministerio de la Gobernación, el diputado Varela Montes plantea que la cantidad inicialmente asignada a las atenciones de beneficencia, consistente en 1.800.000 reales, implica “intentar dejarle en un completo abandono. En una nación en

¹¹ DSC, 3 de julio de 1842, 3910.

¹² Archivo de la Diputación provincial de Jaén, libro 2374.

¹³ *Ibidem*.

donde no hay hospitales; en una nación donde no hay hospitalidad domiciliaria; en la que no hay casas de expósitos, pues que las inclusas son cementerios; en una nación en que no hay casas de maternidad, fijar en esta nación 1.800.000 reales es una de dos cosas, o suponer los establecimientos en su mayor engrandecimiento, o tratar solo de sostenerlos en el abandono en que en el día se hallan”¹⁴.

Responde a estas alegaciones el diputado Puche y Bautista, miembro de la comisión que ha informado los presupuestos, para señalar que, en efecto, con ese importe asignado en la partida, “los establecimientos de beneficencia en España no pueden ciertamente mantenerse con esa cantidad, y en esto tiene razón su señoría”. Sin embargo, Puche aclara que estos fondos están pensados para complementar los recursos propios de los establecimientos en calidad de indemnización por los ingresos que han perdido en los últimos años como consecuencia de decisiones legislativas y gubernativas auspiciadas al calor de las reformas del ramo¹⁵.

La supresión del diezmo había constituido un duro golpe para las instituciones benéficas. En la sesión del Congreso de los Diputados de 27 de febrero de 1846, el diputado Viñas recuerda que “hace ocho años que se andan buscando [arbitrios] para el culto y clero y para los hospitales y hospicios, y el clero perece de hambre, los hospicios se cierran y los hospitales no tienen medios para sostener sus enfermos”¹⁶.

Añade el diputado que “por esta misma razón yo he votado el diezmo en 1840... no fue por espíritu reaccionario, como se nos acusó en aquella época, no, sino por un respeto sincero y muy sincero a la Constitución. Ésta dice en uno de sus artículos que sea previa la indemnización cuando se despoje a alguno de su propiedad, y esta indemnización no será nunca buena ni eficaz si no es previa; por eso se pone esta palabra en todas las Constituciones. Yo veía entonces que ni al Gobierno se le indemnizaba de lo que perdía por razón de diezmos, ni al clero, ni a los hospicios, ni a los establecimientos públicos se les indemnizaba tampoco”.

Por si fuera poco, asevera nuestro diputado: “Niego la exactitud de que esos derechos estén garantidos en la ley actual de presupuestos: 1.800.000 reales es la suma que para toda la beneficencia general de España está destinada en el presupuesto último, y por cierto, que en el presentado para este año por el Ministerio anterior se rebaja esta suma haciendo una economía de 100.000 reales, economía que desde ahora anuncio no votaré”.

A su juicio, la razón para oponerse a este recorte es clara, pues “vienen siempre a recaer nuestras economías sobre las clases pobres, como sucede con esa y con la otra del 20 por 100 a los jubilados y cesantes. Y esta cantidad de 1.800.000 reales que se ha consignado en el presupuesto anterior para beneficencia pública, ¿representa la renta indemnizable de los establecimientos de esta clase que tienen derecho a serlo? No, señores”.

¹⁴ DSC, 14 de abril de 1845, 2066 ss.

¹⁵ El diputado Diego Llorente había recordado días antes que “algunas casas de beneficencia percibían una parte de los diezmos, pero éstos ya no existen, y por consiguiente estos establecimientos... carecen de los recursos necesarios para sus propias y perentorias necesidades” (DSC, 1 de marzo de 1845, 1610).

¹⁶ DSC, 27 de febrero de 1846, 704 ss.

En la misma sesión, el diputado Carramolina expone su parecer contrario a la indemnización a los establecimientos por medio de efectos del Estado, pues “ha habido establecimientos de un determinado ramo muy pingüe del Estado que gozaban hace años muchos millones en papel, y que hoy, por desgracia, no los posee el Estado; que de manos muertas han pasado a manos vivas, y tan vivas que han dejado más muerto al que estaba ya muerto por sí mismo... Es peligroso que las corporaciones y los establecimientos manejen por sí capitales tan deleznable, tan fugaces, tan peligrosos como los que consisten en efectos del Estado, porque puede haber en su administración manos muy celosas, muy morales, pero puede haber otras descuidadas e inmorales... pues no es dado al hombre el don de ser constantemente justo”.

Fruto de toda esta labor centralizadora y favorecedora de las competencias de los órganos unipersonales, que ya ha sido apuntada, son las Reales órdenes de 3 de abril y 28 de septiembre de 1846, que incluyen normas para la clasificación de las instituciones asistenciales, así como todo lo relativo a su régimen económico y funcionamiento interno¹⁷. La orden de 3 de abril levanta acta de cómo la normativa de 1822 encargaba la dirección de la beneficencia pública a las Juntas municipales, en calidad de auxiliares de los ayuntamientos. Esta situación es incompatible con la normativa de 8 de enero de 1845, pues ésta encomienda la dirección de los establecimientos municipales de beneficencia a los alcaldes, “variación esencial y conveniente por cuanto separa de los cuerpos colectivos la gestión administrativa, y la coloca en las manos de autoridades unipersonales”¹⁸.

De ahí que la norma encomiende a los jefes políticos de las provincias que procedan a una reordenación de los establecimientos benéficos en su demarcación, de conformidad con los principios y criterios dispuestos en la normativa, teniendo en cuenta que “el jefe de los establecimientos municipales de beneficencia debe ser el alcalde, quedando las Juntas como cuerpos consultivos” de la máxima autoridad municipal (arts. 5 y 10).

Esta íntima relación con la administración provincial y municipal queda patente cuando, en la sesión del Congreso de 18 de febrero de 1847, la Presidencia del Consejo de Ministros comunica a la cámara la división del Ministerio de Gobernación de la Península en “dos distintos, de los cuales, el uno de Gobernación del Reino y, el otro, de Comercio, Instrucción y Obras públicas, tengan una existencia propia e independiente”.

Para justificar la permanencia del ramo de beneficencia en el Ministerio de Gobernación, el Presidente advierte que “los establecimientos de beneficencia a cargo de las municipalidades o de las provincias entran por mucho en su administración, que se enlazan con ella íntimamente, que no podrían ser considerados como una creación aislada, sin entorpecimientos y dificultades que es preciso evitar; y de aquí, si no la absoluta necesidad, a lo menos la conveniencia de que permanezcan como hasta ahora a cargo del Ministerio de la Gobernación, del cual depende también la administración de las municipalidades y de las provincias”¹⁹.

¹⁷ MAZA ZORRILLA, *Pobreza*, 183; Archivo de la Diputación provincial de Jaén, libro 2374.

¹⁸ *Gaceta de Madrid*, nº 4220, 4 de abril de 1846.

¹⁹ DSC, 18 de febrero de 1847, 452.

2.3.- La Junta Suprema de Sanidad cae

En línea con la tendencia centralizadora predominante, que conlleva la reducción de órganos consultivos, la Junta Suprema de Sanidad es suprimida por medio de un Real Decreto de 17 de marzo de 1847, lo que propicia la integración total en la estructura ministerial de las competencias hasta entonces asumidas por dicha Junta. Sus funciones ejecutivas pasan a la Dirección General de Sanidad, mientras que las consultivas lo hacen al Consejo de Sanidad del Reino, órganos creados por este Real Decreto y que aparecen integrados en el Ministerio de la Gobernación. De este modo, lo ejecutivo queda encomendado a un órgano unipersonal, mientras que lo consultivo aparece residenciado en un órgano colegiado²⁰.

Este Real Decreto también suprime, coherente con su centralismo, todo el organigrama provincial y local ejecutivo dependiente de la Junta Suprema de Sanidad. La norma comienza subrayando que “si hay alguna parte de la administración pública que merezca por su importancia llamar de un modo más constante y especial la atención del Gobierno, lo es sin duda el servicio de sanidad, pues de su buen o mal desempeño pueden resultar grandes beneficios o numerosos e irremediables males”²¹.

A continuación, lanza un lastimoso informe sobre el estado legislativo de la cuestión, al señalar que “por desgracia, a pesar de los continuos y poco interrumpidos esfuerzos hechos desde los primeros años de este siglo hasta el día para conseguir aquel objeto; a pesar de haberse ocupado en preparar la reforma de la sanidad los hombres más distinguidos por sus conocimientos en esta materia durante los últimos sesenta años; a pesar de que sobre ningún otro punto de la administración pública se han redactado tantos ni tan importantes trabajos, y a pesar, en fin, de que se han ido acumulando sin cesar las más poderosas razones para hacer una completa reforma en este servicio, han sido tan grandes las dificultades que se han ofrecido en todas épocas para poner en ejecución los ardientes deseos de llevarla a cabo, mostrados por todos los Gobiernos, que aún subsiste la legislación de las diversas partes del servicio de sanidad casi en el mismo estado que ha sido causa de continuas y fundadas reclamaciones desde el último tercio del siglo pasado... no haciéndose nada por quererse hacer demasiado”.

Entre los remedios para reformar este estado de cosas, la norma propone la centralización, pues “no hay parte alguna de la administración pública que exija más imperiosamente las ventajas de la centralización que la sanidad, porque en este ramo más que en otro alguno pueden producir inmensos males e inutilizar las más acertadas resoluciones la pérdida de tiempo producida por la acción de autoridades intermedias, la falta de unidad en las disposiciones gubernativas... y sobre todo la demora en las resoluciones de asuntos, muy a menudo importantísimos, y casi siempre de la mayor urgencia... pues aun cuando sea casi un delito dar a las obligaciones del ramo de salud pública un colorido político, no es por desgracia este ramo el que menos ha sufrido entre nosotros de los vaivenes de la política”.

²⁰ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 102-103.

²¹ *Gaceta de Madrid*, nº 4574, 24 de marzo de 1847.

Como ya apuntamos, este Decreto confía las funciones ejecutivas a una Dirección General de Sanidad ubicada en el Ministerio de la Gobernación. En cuanto a las funciones consultivas (“ninguna parte de la administración pública necesita reunir tantos y tan variados conocimientos para ilustrar los negocios que la pertenecen como la sanidad”), crea un Consejo de Sanidad formado por trece vocales y con atribuciones en las cuatro grandes áreas previstas para el sistema sanitario²²:

- La “organización y servicio de la policía sanitaria exterior, y en especial de la marítima”.
- El “establecimiento de un sistema ordenado de policía sanitaria interior”.
- El “ejercicio de los diversos ramos de la ciencia de curar”.
- La “elaboración y venta de las sustancias venenosas y medicamentosas”.

Este Decreto Orgánico de Sanidad del año 1847 residencia en los jefes políticos de las provincias la “dirección superior del servicio de Sanidad... bajo la inmediata dependencia del Ministerio de la Gobernación” (art. 13). A partir de este punto de partida, prevé el establecimiento de “Juntas provinciales de Sanidad, agregadas al gobierno político, en cada capital de provincia; Juntas de partido, en cada capital de partido; y Juntas municipales, en los puertos de mar que no sean capitales de provincia o de partido” (art. 14). Las atribuciones de estas Juntas son meramente consultivas, “residiendo en sus presidentes la dirección y gobierno de todo lo perteneciente al ramo de Sanidad” (art. 22). Completan esta estructura unos agentes sanitarios, “delegados de la Administración central para cumplir determinadas funciones en el espacio territorial propio de los entes locales... los llamados Subdelegados de Sanidad”²³.

2.4.- La discusión del proyecto de Ley de Beneficencia

El 15 de diciembre de 1848, la Reina abre el nuevo período de sesiones de las Cortes²⁴. En el discurso que dirige a sus miembros, Su Majestad apunta que “no obstante la infelicidad de los tiempos [Europa sufre los sucesos revolucionarios del 48], poco a propósito ciertamente para el desarrollo de la pública prosperidad, todavía se han hecho considerables mejoras en las diversas partes de la administración del Estado, y se están actualmente completando otras no menos importantes, así en los ramos que dependen de los Ministerios de Gobernación y Marina, como los que están a cargo del de Instrucción y Obras públicas. Mi Gobierno os informará de todo más por menor y os presentará las leyes necesarias para llevar a cumplido efecto lo que se propone”. Entre estas leyes estaba la destinada a regular el ramo de la beneficencia.

Al poco tiempo, en la sesión de 26 de enero de 1849, el diputado Gonzalo Morón proclama: “Señores, yo felicito ante todo al Gobierno de Su Majestad porque terminada la contestación al discurso de la Corona, porque concluida esa gran discusión

²² LÓPEZ PIÑERO, *Mateo Seoane*, 23-24, 213-217.

²³ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 106.

²⁴ DSC, 15 de diciembre de 1848, 2.

política, se haya apresurado a presentarnos una multitud de proyectos de ley que tienen relación más o menos directa con puntos muy importantes de la Administración pública”²⁵.

Sin embargo, añade: “Yo tengo, señores, la desgracia de disentir de casi todos los proyectos presentados”. Las razones de tal disenso son de hondo calado. Tres defectos de fondo encuentra el diputado entre los proyectos, dentro de los cuales figura el atinente a los establecimientos de beneficencia.

El primer defecto radica en que “ni se recomiendan por la unidad de miras, ni se recomiendan por un plan, ni por un sistema, ni por una concepción elevada, ni se recomiendan, en una palabra, por ninguna de aquellas cosas que pueden recomendar a un proyecto en la región científica, ni tampoco por el estudio de los hechos, de las necesidades locales del país, por ese estudio práctico, único que puede recomendar a un proyecto en la cuestión práctica... Esos proyectos, a mi modo de ver, incompletos, defectuosos en la región teórica, vienen a ser nulos, ineficaces y estériles en la región práctica”.

El segundo problema estriba en que “el Gobierno, empeñado desgraciadamente en un camino funestísimo, cada vez con menos recursos, con menos elementos para ocuparse en la prosperidad material del país, exagera sin embargo cada día más ese principio de la centralización administrativa, principio funestísimo aplicado de la manera que el Gobierno lo comprende. El Gobierno, a mi modo de ver, ha creído que reformaba esos puntos importantes de la administración, que podía sacar esos ramos del estado de desorden y abandono en que se encuentran sin más que dos cosas: declarar que el Gobierno dirigía, administraba, tenía el derecho de dirigir y administrar única y universalmente esos ramos, y crear una falange de funcionarios públicos especial y determinada para cada uno de ellos”.

Como tercer defecto, añade nuestro diputado, no es de menor importancia que el “Gobierno cree que reformando, por decirlo así, a priori, que estableciendo cuatro teorías generales y articulándolas en tres o cuatro disposiciones que vienen a aumentar el catálogo inmenso de las leyes y reglamentos, que ya tenemos, se mejora realmente la administración pública”.

¿Cuáles son los efectos de tales errores? Asevera el interviniente que “la consecuencia inmediata y necesaria es que este sistema conduce a dos cosas igualmente perjudiciales: o el Gobierno se empeña en llevar a todo trance a efecto las leyes y disposiciones presentadas, que no son más que una traducción y una copia de leyes y teorías generales de otros países, sin un estudio profundo y detenido de las necesidades del nuevo... y en ese caso todo se desquicia y se desordena. O el Gobierno no muestra esa actividad, como generalmente sucede entre nosotros, y entonces esas leyes, esos reglamentos y esas disposiciones generales no harán más que acrecentar el cúmulo inmenso de nuestras leyes, de nuestros reglamentos inútiles e ineficaces”.

²⁵ DSC, 26 de enero de 1849, 376.

Las consecuencias para la eficacia reguladora del Derecho son cruciales, pues “las autoridades administrativas y los ciudadanos particulares continuarán haciendo alarde de despreciar, de conculcar, de no ejecutar esas leyes, entrando de hecho en el camino peligroso de la anarquía y de la arbitrariedad administrativa; y esos proyectos de ley vendrán en último resultado a aumentar esa arborescencia de leyes de cuyo enorme peso se quejaba ya uno de los más distinguidos juristas y publicistas de nuestro país”.

¿Cuál sería la solución, a juicio de nuestro protagonista? Bien sencilla, pero no fácil: “El Gobierno, si quiere adelantar en estas cuestiones, lo que necesita, más que leyes y teorías generales, es estudiar de una manera detenida y concienzuda el estado de todas estas cosas en las diferentes provincias de España. Ver en cada una de esas provincias los recursos, los elementos, la diferencia de medios que hay para mejorar dichas cosas. Hacer que los jefes políticos no sean sólo una máquina electoral, sino unas autoridades que comprendan la administración... Cuando todo esto se haya hecho... aun queda al Gobierno una gloriosísima misión que desempeñar: Cuando el Gobierno esté enterado, no por teorías generales, como he dicho, sino por el conocimiento local de todos esos ramos, entonces es el caso de que el Gobierno proponga esas leyes, de que proponga esos reglamentos, estableciendo reglas generales en todo lo que sea susceptible de ellas, y dejando cierta latitud en todo aquello que no puede ni debe someterse a reglas generales e inflexibles. De esta manera se evitará también esa funesta y perjudicial tendencia de la sociedad moderna y del Gobierno a buscar en todos los ramos de la administración pública una especie de unidad material que destruye, señores, la unidad moral, y muchas veces la equidad, la justicia y la conveniencia pública”.

En la sesión de 6 de febrero de 1849, es presentado el dictamen de la comisión sobre el proyecto de ley de beneficencia y la enmienda interpuesta al mismo, entre otros, por los diputados Gonzalo Morón y Polo²⁶. El dictamen de la comisión empieza de un modo contundente: “Pocos asuntos eran más dignos de la solicitud del Gobierno que la organización de los establecimientos de beneficencia, tan multiplicados en España por la proverbial piedad de sus moradores, como desatendidos y casi abandonados generalmente por los mismos a quienes los testadores habían confiado su dirección. Apenas habrá un pueblo en la Península, y puede decirse en sus vastas y antiguas posesiones ultramarinas, en que no exista algún establecimiento benéfico dotado hasta con profusión a veces por la generosidad de sus fundadores; pero serán también muy pocos los que hoy conserven íntegros sus bienes, y menos todavía los que los hayan aumentado con una celosa y entendida administración”.

A juicio de la comisión, la principal causa de tan lamentable estado de cosas radica en “la independencia con que han manejado aquellos establecimientos, ya los patronos, ya los ayuntamientos de los pueblos, ya finalmente algunas Juntas especiales en las que, como acredita la experiencia de muchos siglos, predominan frecuentemente los intereses privados”, mal que el proyecto de ley pretende atajar.

La enmienda de los diputados disconformes con el dictamen de la comisión plantea que “el proyecto de ley presentado por la comisión no satisface las verdaderas

²⁶ DSC, apéndice primero al número 28, 551-555.

necesidades de la caridad pública, ni puede mejorar el estado de los establecimientos de beneficencia”. Los enmendantes pretenden una determinación más detallada de los que son “establecimientos de caridad”, también que quede claro que “ni el Gobierno ni sus agentes asalariados se mezclan ni intervienen en su administración interior ni ordinaria”, salvo en los establecimientos “generales” de caridad, los colegios de sordomudos y las casas de locos.

En general, los enmendantes propugnan una descentralización de la gestión ordinaria de los establecimientos a favor de los alcaldes y de las juntas de caridad municipales. No obstante, advierten que “las facultades ordinarias concedidas en la presente ley a las autoridades locales para administrar y dirigir los establecimientos de caridad provinciales, municipales y de patronato familiar no impiden en cualquier tiempo y caso la inspección extraordinaria del Gobierno”.

Asimismo, reconocen que “en virtud de este derecho, los jefes políticos podrán pedir de oficio las noticias y datos que estimen convenientes sobre el estado de las casas de caridad, excitar a las Juntas la variación del reglamento e introducción de las reformas convenientes y, en caso necesario, podrán ejercer una inspección extraordinaria sobre los citados establecimientos de caridad”. También añaden que “no deberá hacerse uso de estas facultades sino con causas justas y formando el oportuno expediente gubernativo, en que consten los fundamentos de cuantas medidas adoptasen” y que los jefes políticos “deberán oír en estos casos a los patronos, administradores o juntas de caridad, y sus providencias, para ser definitivas, deberán someterse a la aprobación del Gobierno, con remisión del expediente original y oyéndose previamente al Consejo Real”.

En orden a aclarar el panorama legislativo, los enmendantes proponen que “la presente ley será considerada como la fundamental de la caridad pública y quedan en su virtud derogadas todas las leyes anteriores”. Asimismo, como cláusula de cierre, prevén que “las dudas que ocurrieren en la ejecución de esta ley serán resueltas interinamente por el jefe político y, definitivamente, por el Gobierno, hasta que éste pueda publicar con entero conocimiento de los efectos y resultados de esta ley, las aclaraciones y reglamentos que estime necesarios”.

En la sesión del día siguiente, 7 de febrero de 1849, seis diputados, encabezados por Borrego, presentan una enmienda al proyecto de ley para que incluya el siguiente contenido: “La beneficencia pública es una obligación del Estado, el cual la ejercerá en la medida de sus recursos, socorriendo a los ancianos, a los enfermos, a los impedidos, a los párvulos y a los pobres que no tengan medio alguno de proporcionarse el sustento diario, siempre que los arbitrios municipales y provinciales no sean bastantes para cubrir esta sagrada atención”²⁷.

El lunes 12 de febrero de 1849 comienza la discusión sobre la totalidad del dictamen de la comisión relativo al proyecto de ley de beneficencia²⁸. Comienza tomando la palabra el diputado Gonzalo Morón. En primer término, felicita al Ministro de la Gobernación por presentar este proyecto, dado que “nada, señores, hay

²⁷ DSC, 7 de febrero de 1849, 582.

²⁸ DSC, 12 de febrero de 1849, 686 ss.

verdaderamente en estado más lamentable, nada hay verdaderamente más ignominioso para esta Nación eminentemente católica que el estado de ruina y de desolación en que se encuentran hoy los establecimientos de piedad. La legislación que hoy existe acerca de esta materia, legislación producto de sistemas enteramente diferentes y opuestos sobre la administración de este país, puede decirse que es una verdadera anarquía, un verdadero caos. Urgía, pues, poner remedio; era necesario que el Gobierno y las Cortes se ocupasen de esta importantísima materia”.

Esta entrada cortés no hace sino anticipar la pregunta crucial: “¿Ese proyecto va a remediar real y positivamente el estado verdaderamente lamentable en que se encuentran hoy en España los establecimientos de piedad?”. A juicio del interviniente, la respuesta es negativa, porque la comisión no ha analizado las verdaderas causas de este estado de cosas, centrándose única y exclusivamente en responsabilizar a “la independencia de las Juntas, la independencia de los ayuntamientos, la independencia de los patronos, en los cuales, dicen los dignos individuos de la comisión, que dominan los intereses privados, intereses que yo llamaré ilegítimos, intereses bastardos, porque ésta es su verdadera calificación”.

En cambio, para nuestro protagonista, la verdadera causa del lamentable estado de los establecimientos de beneficencia, “es necesario decirlo, por más que nos sea doloroso a las personas que profesamos ciertas doctrinas, la verdadera causa de esta ruina son las leyes revolucionarias... En las leyes revolucionarias que abolieron los diezmos, en las leyes revolucionarias que hicieron imposibles las grandes pensiones de las mitras, y buscadlas sobre todo en ese principio exclusivo y tiránico de la desamortización, que privó a los establecimientos de beneficencia, como a las manos muertas, de aquellos grandes recursos con que se habían sostenido siempre y con que la piedad de los fieles los había dotado”.

Esta decadencia de los establecimientos tiene lugar precisamente “cuando por una parte la guerra civil, cuando las reformas políticas, cuando la abolición de los conventos y las convulsiones y trastornos sociales aumentaban el número de los desgraciados, de los pobres y de los dementes. Cuando más se necesitaba de los recursos de la caridad pública, es cuando se prohibía a los establecimientos de caridad adquirir bienes raíces”.

Al mismo tiempo, este diputado niega las causas alegadas por la comisión, atinentes a la excesiva independencia de los organismos inferiores y a la falta de mecanismos para la acción del gobierno central. Para ello, recuerda a la comisión que, desde el año 1845, la legislación es claramente centralizadora y faculta a los jefes políticos para “revocar, para modificar todos los acuerdos de todas las corporaciones” dependientes del Ministerio. Asimismo, esta legislación declara a los jefes políticos “presidentes natos de todas las corporaciones de cualquier clase que ellas sean, ya sean dependientes de uno o de otro Ministerio”.

Por si fuera poca capacidad de maniobra para los delegados del Gobierno en las provincias, la normativa les otorga “el derecho omnímodo, universal, absoluto de inspeccionar todos los ramos de la administración pública”. En suma, “si la ruina de los establecimientos de beneficencia consiste en la falta de acción y de medios que el

Gobierno tiene, según vemos, acusad al Gobierno, acusad a la Administración, acusaros a vosotros mismos que sois altos dignatarios de ella... No culpéis, señores, no habléis de la independencia de las Juntas y los Ayuntamientos. No habléis de los patronos, no os quejéis en todas partes de falta de acción del Gobierno. No, señores. Si en esto consiste, acusad al Gobierno, acusaos a vosotros mismos”.

Al día siguiente, martes 13 de febrero de 1849, continúa la discusión del proyecto en el Congreso, y en el uso de la palabra el diputado Gonzalo Morón²⁹. Cuando retoma su discurso, recuerda que está “íntima y profundamente persuadido de que el recurso principal de los establecimientos de piedad está en la caridad de los fieles, está en la facilidad de adquirir bienes raíces”.

A continuación, señala que la comisión responsable del proyecto ha sido consecuente con su diagnóstico de la situación y, por ello, ha dado “una gran importancia, una gran influencia a la acción del Gobierno. Así es que la acción de éste, en lugar de limitarse respecto a los establecimientos provinciales y municipales, en lugar, digo, de limitarse como yo creo que debe hacerse, a una acción extraordinaria, a una acción puramente dirigida a corregir los abusos cuando ellos realmente existan, la comisión ha querido darle una inspección, una acción ordinaria en la administración de los establecimientos de piedad”.

En esta línea, el interviniente denuncia “ese empeño decidido y resuelto a centralizar en todos los ramos de la administración pública, así se refieran a los intereses generales del país, como a los provinciales y particulares... Ese empeño a centralizar de la manera más perjudicial, que es avocando a sí o a sus delegados el nombramiento de los empleados”.

Y pone un ejemplo claro: “El día en que deis a los jefes políticos el derecho de nombrar individuos de las Juntas, sucederá una de dos cosas: o el jefe político es bastante imparcial y sensato que difiere a las indicaciones de los ayuntamientos, y entonces le es inútil la facultad que le dáis, o los nombrará él por sí, y los cargos de las Juntas de beneficencia se buscarán con el deseo de vanidad o con otro deseo, lo cual trae gravísimos perjuicios e inconvenientes, que el Gobierno y la comisión no han tenido presentes”.

En última instancia, “¿por qué, señores, negar a las localidades, por qué negar a los pueblos el derecho de administrar, el derecho de cuidar de los establecimientos de piedad?... Dejad que esas poblaciones que han fundado esos establecimientos de piedad, que los han dotado con sus bienes, que los continuarán dotando y sosteniendo con sus recursos, dejad que administren esos establecimientos. Reservaros la acción que debéis reservaros, que es la inspección extraordinaria, el derecho de acudir el Gobierno donde debe, el derecho de corregir los abusos, de contener los excesos”.

Otro defecto achacable al proyecto radica en que “ha secularizado completamente la beneficencia pública, y en esta parte el proyecto de ley presentado por el Gobierno moderado es más pagano, permítaseme la expresión, que la ley del año 22.

²⁹ DSC, 13 de febrero de 1849, 695 ss.

La ley del año 22, que yo creo perjudicial, que ha sido perjudicialísima a los establecimientos de piedad, pues en el momento que se ha puesto en ejecución ha sido la señal de decadencia y de ruina de los establecimientos de piedad. Esa ley que destruyó de un golpe la organización especial que tenían los establecimientos de piedad en España. Esa ley que estableció esos cuerpos llamados Juntas municipales, cuya organización no es ni puede ser conveniente a los establecimientos de piedad, según se hallan establecidos. Esa ley que atacó la dotación de esos establecimientos acordando la centralización de fondos”.

Como alternativa frente a la posición sostenida por el proyecto, este diputado plantea que “para sacar a los establecimientos de beneficencia del estado en que hoy se encuentran no se necesita más que dos cosas: facilitar por todos los medios que estén a nuestros alcances la dotación de estos establecimientos (arruinados por el déficit que han sufrido a consecuencia de las leyes revolucionarias) y organizar de tal manera el personal que se quiere colocar al frente de estos establecimientos que él sea una garantía verdadera de que los fondos de dichos establecimientos se administrarán con aquella piedad religiosísima, con aquella severa probidad con que pueden y deben administrarse”.

Pero, frente a estas soluciones, “el proyecto presentado por la comisión es completamente manco, no dice nada respecto de la dotación de los establecimientos de piedad, y este es el punto más importante de que podríamos ocuparnos”. Junto a ello, la comisión “ha secularizado completamente la beneficencia y ha descartado el principio de la caridad, el principio religioso, que es el que ha sostenido los establecimientos de piedad, y el único que puede conservarlos”.

A los ataques del diputado preopinante, responderá el diputado Vahey, miembro de la comisión que avala el proyecto. Nuestro nuevo protagonista niega que las leyes centralizadoras de 1845 hayan tenido el efecto esperado, pues “¿ignora el Sr. Morón cuántos han sido los Ministros de la Gobernación en estos cinco años? ¿Ignora Su Señoría que es muy difícil reorganizar una administración cuando está mal dirigida, que es muy difícil hacerse obedecer cuando son tan variables los nombramientos de los jefes de esa administración?”.

Asimismo, Vahey apunta a los abusos en la administración de los establecimientos como principal origen de la necesidad de intervención gubernativa, pues “si el Gobierno ve esos abusos, si para corregirlos presenta esta ley que comprende, no sólo los establecimientos municipales, sino los provinciales y hasta los generales, claro es que ha de desear una intervención directa en ellos”.

Añade el diputado que “haciendo una visita de inspección este último verano se han encontrado con un establecimiento de beneficencia que porque tenía pocos fondos y no podía tener enfermos, había dicho su administrador *Pues lo mismo es tener camas que decir misas*, y aplicaba los productos a decir misas. Y es cosa muy buena, cuidado, que no me opongo a ella, y quizá en esto procedía con talento, porque si hubieran venido enfermos se hubieran tal vez curado, pero como no iban, se morían. De manera que el administrador aplicaba por sus almas lo que no podía hacer por sus cuerpos”.

En esa misma sesión de 13 de febrero de 1849, el diputado Polo ataca frontalmente el sistema centralizado que apoya el proyecto, pues “en política la exagerada centralización administrativa es opuesta de una manera directa, violenta, a las tendencias, a las necesidades, a la verdadera naturaleza de los gobiernos liberales, de los gobiernos representativos. En política, la exagerada centralización administrativa falsea, inutiliza los derechos, las garantías, las instituciones constitucionales. ¿Y en administración, señores? En esta parte lo que hace, lo que produce de una manera inevitable es que la administración sea inconveniente, mala, costosísima”.

Es más, añade el diputado Polo, “donde, existiendo un gobierno representativo, existe a la vez una exagerada centralización administrativa, hay antagonismo, grande antagonismo entre las leyes políticas y las leyes administrativas. Apartan éstas a los ciudadanos de la vida pública, los llevan aquéllas, quieren las leyes políticas que los ciudadanos resuelvan acerca de los negocios generales del país, y les prohíben arreglar, administrar los del pueblo en que viven y los de la provincia a que pertenecen”.

Para el interviniente, la clave radica en que “tuviera otra base la vida política, acostumbrándose a ella los ciudadanos, administrando, mejorando, haciendo bienes positivos en sus pueblos y provincias, y la política tendría otra dirección más conveniente si ella se dirigiera a satisfacer las necesidades y los intereses del país, y no las necesidades e intereses de los partidos”. Lo contrario convierte a los gobiernos en “gobiernos bastardos que no tienen de libre más que las apariencias, esos gobiernos que con las formas liberales son más despóticos que los de las monarquías absolutas, nunca podrán hacer la felicidad de los pueblos, nunca podrán tener el prestigio, la influencia, el acierto necesario para darles sólida paz y para mejorar su suerte”.

En esta línea, el efecto administrativo más evidente de la centralización acaece porque “desde el momento en que el gobierno quiere hacerlo, dirigirlo todo por sí, necesita un personal numerosísimo, nunca bastante, nunca suficientemente retribuido... nunca tiene brazos, agentes bastantes, nunca tiene bastantes medios, bastante dinero para poder atender a ello. Auméntanse los impuestos, multiplícanse los gastos, es en vano. A pesar de ello, siempre parecen pocos los agentes del Gobierno y escasas, no bastantes, sus dotaciones”.

Con todo, lo peor no es sólo eso, sino que “convertida [la Administración] en medio político sirve sólo a los intereses de partido, no a los del país; se trata de servir al partido, no al país... Conocido es esto de todos, sabido de todos qué hacen, en qué se ocupan, a qué objeto se dirigen los jefes políticos, jefes de la administración, administradores omnímodos según el estado actual de las cosas. La política es su ocupación, su objeto ganar las elecciones, la administración un medio solo de llegar a este objeto: los intereses de los pueblos, su buena administración, nada, por lo general, ante el conseguir este objeto”.

Sin embargo, el diputado Polo no deja de pertenecer al partido moderado, y manifiesta bien a las claras que no quiere “volver a las Diputaciones y ayuntamientos tales como existían en el tiempo de los progresistas, yo no quiero que estas corporaciones con el uso y por el abuso de la ley se conviertan en corporaciones omnipotentes”.

¿Cuál es la alternativa? Bien sencilla: “Que el Gobierno, después de tener la dirección y la completa administración de los negocios generales del Estado, tenga respecto a la de las provincias y pueblos la dirección suprema, para que su administración tenga la conveniente, aunque sólo la conveniente unidad; la inspección para conocer y remediar sus defectos, la vigilancia para que nunca puedan ilegal o indebidamente resistirle las corporaciones que los administran. Después de esto, aún quiero más: Quiero que estas corporaciones no se ocupen de política, y que el ocuparse de ella sea un crimen que las señalen y castiguen de una manera irremediable. Todo esto supuesto, yo daría a estas corporaciones mucho poder, mucha vida administrativa, dejándolas como regla ordinaria administrar por sí, sujetándose a las reglas y leyes generales, y siendo lo extraordinario el intervenir el Gobierno fuera de esa inspección y vigilancia de que antes he hablado”.

A continuación toma la palabra el Ministro de Marina, marqués de Molins, quien comienza lamentando la división que percibe entre las filas de los miembros del partido moderado. Seguidamente ataca el discurso del diputado Polo, y subraya que “ha sido un gran ataque a la ley de beneficencia sin nombrar la ley de beneficencia”. El marqués echa de menos la “centralización moral” que en otros tiempos propició el poder de España, “esta gran unidad moral... mantenida por el principio monárquico y por el principio religioso”. Ausente este sentimiento en la actualidad, propone que “compensemos lo que falta de centralización moral con la centralización administrativa”.

Avisa el responsable ministerial que “si algún peligro hay en España no viene de la centralización... el peligro aquí es el contrario... En España las revoluciones se hacen con Juntas... la resistencia al extranjero se hace, no agrupando la Monarquía, sino haciendo cien Monarquías, habiendo una Junta en Gijón, otra en Alicante, otra en Cádiz. La tendencia, pues, de España, para el bien como para el mal, es la excentralización”.

Aprovecha la ocasión para evidenciar las contradicciones del pensamiento descentralizador desde el liberalismo, pues supondría “establecer un no sé qué de feudalismo constitucional, unos bajalatos pequeños, y nosotros, que queremos que se rijan todas las provincias por unas mismas leyes, que protestamos contra el mandato imperativo, que renunciamos al título de diputados por distritos y nos llamamos Diputados de la Nación, nosotros vamos a establecer la influencia de los particulares en los negocios privados de las villas. ¡Excelente adelanto sería éste en el gobierno representativo!... Venimos a levantar la voz como Diputados de la Nación, y cuando volvemos luego al distrito queremos que el Gobierno apoye allí nuestra influencia como diputado particular. Al ir al distrito vamos con la carta del Ministro, y aquí venimos con la carta del elector”.

Concluye su posición el marqués alabando el carácter centralizador del proyecto, que “creo que es bueno, porque las influencias generales anulan las influencias de localidad y las influencias todavía más pequeñas de personas, y deja el campo libre a pasiones más grandes, que no son de localidad, sino de la Nación, y no de la Nación,

sino de Europa y del mundo todo”. Después de una tensa discusión entre los diputados intervinientes, concluye la sesión y queda pendiente la cuestión.

Al día siguiente, 14 de febrero de 1849, toma la palabra el diputado Esteban Collantes y pone de manifiesto lo complejo del debate, pues es compleja la misma materia objeto del proyecto, dado que “la beneficencia pública es un ramo especial y es un ramo excepcional también de la administración. Es un ramo especialísimo y excepcional porque en cada provincia, en cada localidad presenta un aspecto, si bien igual en el fondo, diverso en la forma, diverso en la administración y dirección. Es especial y excepcional, porque como depende en su origen de la varia voluntad de los fundadores de obras pías, es tan diverso como lo son los caprichos y la voluntad de los hombres en sus últimas disposiciones testamentarias. De aquí nace que en unas partes esté mejor que en otras: de aquí nace esa inmensa confusión que se advierte y que es casi el carácter distintivo de la beneficencia en la actualidad”³⁰.

Esta circunstancia lleva aparejado otro efecto añadido, y es que, a la hora de discutir sobre medidas a emprender, “cada cual no tiene delante de sus ojos más que los establecimientos de su pueblo. Y si por casualidad éstos se hallan en buen estado, quiere que nadie sea osado para revocarlos. Y si están en decadencia, quiere que todos se arreglen por el modelo que ellos hayan concebido”. Frente a esta visión microscópica, “la comisión ha tenido que ver la cuestión en conjunto y en globo, no puede descender a minuciosidades, ni a las exiguas proporciones de una localidad”.

Este diputado niega las acusaciones de centralización exagerada evacuadas en sesiones anteriores y entiende que el proyecto avalado por la comisión “da la intervención al pueblo con el Gobierno, porque este es un prudente sistema de centralización que nadie puede rechazar”. Además, apunta los males que las experiencias pasadas han demostrado en torno a un exceso de descentralización, pues “¿no han administrado los pueblos exclusivamente sus ayuntamientos y sus diputaciones provinciales? ¿Y qué han hecho hasta aquí? ¿No lo hemos visto? ¿Para qué hemos de volver a esa situación, a la administración malamente llamada popular? Lo primero que se exige aquí, y que continuamente se está pidiendo al Gobierno, son cuentas. Pues yo pregunto: Los ayuntamientos y Diputaciones provinciales que han tenido el omnímodo poder en la administración de los pueblos por mucho tiempo, ¿cuántas cuentas han presentado?... Los pueblos nunca han rendido cuentas, porque como se llaman soberanos, no tienen necesidad de dar cuentas a nadie”.

Asimismo, frente a la acusación de que el proyecto no dota los establecimientos benéficos, apunta el diputado que “nosotros los dejamos con sus rentas actuales, con los bienes propios que actualmente tienen, y además les asignamos todos aquellos que tienen obligación de darles los pueblos y, en su caso, el Gobierno”. Pero, a partir de este punto, aclara que “no tanto hace falta dotarlos, como examinar previamente lo que ahora tienen, y para eso es para lo que quiero yo la acción gubernativa del Gobierno, para que examine dónde hay ocultaciones de estos bienes, los saquen de las manos que los disfrutaban malamente y los apliquen a los pobres para quienes se dejaron. ¿Cómo han

³⁰ DSC, 14 de febrero de 1849, 726 ss.

de hacer eso los pueblos, ni los ayuntamientos, si son quizá los más interesados en estas ocultaciones, porque se están aprovechando de sus bienes?”.

También interviene durante esta sesión el mismo Mendizábal, al objeto de defender las bondades de la desamortización frente a los males achacados en la intervención del diputado Morón. Sus palabras son claras: “Yo creo, señores, que no hay nadie, nadie absolutamente que pueda negar que la desamortización es uno de los grandes bienes que nosotros tocamos, es una de las grandes conquistas que el país ha hecho... La verdadera conquista que hemos hecho es la supresión del diezmo, la abolición de los derechos señoriales y la desamortización civil eclesiástica”.

Al día siguiente, 15 de febrero de 1849, comienza la discusión de las enmiendas presentadas a artículos concretos del proyecto³¹. En este punto, el diputado Borrego defiende su propuesta tendente a que la ley recoja explícitamente “el principio de la obligación que el Estado tiene a atender a las clases menesterosas... Desde la infancia hasta lo último de la vida el Estado debe cuidar de los pobres, de los desamparados, de los ancianos, de los menesterosos, en fin, de todas las clases que se encuentren en el caso de tener que recurrir a la conmiseración pública”.

En rechazo a esta enmienda, tercia el Ministro de la Gobernación, conde de San Luis, quien apunta que excede al objeto de esta ley, dado que el proyecto está “encaminado únicamente a reglamentar las casas que existen de beneficencia, a darles la debida dirección, y a que los bienes con que están dotados esos establecimientos sean legítimamente invertidos”.

Pero el Ministro aprovecha su turno de palabra para apuntar a cimas más altas: “Señores, que la beneficencia pública es un objeto a que debe atender el Estado, el Gobierno, es una verdad harto conocida, una verdad innegable; pero una cosa es eso y otras cosa es consignar en la ley el principio... Desde el momento en que ese principio se consigna lo explotan, señores, los transtornadores de las masas, y de uno en otro paso se viene a parar en lo que han parado las cosas en París [alude a los sucesos revolucionarios del año 1848]”.

En su respuesta, el diputado Borrego afirma que el efecto es precisamente el contrario y recuerda que hacía ya años que había advertido en la cámara que en Francia e Inglaterra “se han creado dos intereses mortalmente enemigos, dos campos contrarios que no han encontrado término hábil de ajustar paces. La propiedad y los capitales, signos exclusivos de riqueza y de goces, operando para abaratar el trabajo; y los jornaleros, los pobres, la masa proletaria que no posee conocimientos ni instrucción especial, ni más agente productor que la fuerza bruta y material, reducida casi a la condición del indigente. Ésta es la parte de pueblo sobre la que funda aún esperanzas el partido revolucionario, la que espera arrastrar un día contra los intereses constituidos para apoderarse del gobierno de la sociedad... Ese día llegó, señores, y llegó porque en esos países no se ha considerado con bastante cuidado la gran cuestión a que el Sr. Ministro de la Gobernación aludía”.

³¹ DSC, 15 de febrero de 1849, 736 ss.

La discusión prosigue el viernes 16 de febrero de 1849³² y el sábado 17 de febrero³³, versando, entre otros puntos, en torno a las Juntas de beneficencia. En la segunda de esas sesiones, nuestro conocido diputado Gonzalo Morón critica el funcionamiento defectuoso de estas Juntas hasta ese momento. Para remediar tal estado de cosas, el diputado Morón propone que “las Juntas que estén al frente de esos establecimientos no sean cuerpos de inspección y consulta; es necesario que sean cuerpos verdaderamente administrativos a cuyo cargo esté la dirección de estos establecimientos; es necesario que haya en ellos agentes asalariados cuando los recursos y la importancia de éstos lo exija; pero es necesario también que haya una junta especial para cada establecimiento, porque solo de esta manera puede ejercerse la inspección continua, diaria, de todas las horas, de todos los instantes que es indispensable si han de estas bien montados”.

Durante esta misma sesión, el diputado Vázquez Queipo defiende la necesidad de centralizar el régimen administrativo, y pone como ejemplo la formación de datos estadísticos, “cuando en todos los demás ramos, a fuerza de gran trabajo, de gran constancia de la Administración, tenemos estadísticas más o menos completas, en el ramo de beneficencia no hemos podido todavía arrancar ni un simple resumen de los administradores de esos establecimientos de los bienes con que cuentan para sostener sus obligaciones. Y si hoy tenemos algunos datos, aunque imperfectos, ¿a quién se los debemos? A los agentes de la Administración, a esos inspectores, a esos desgraciados inspectores contra cuyos sueldos tanto se reclama, que en la última visita que han hecho a las provincias han reunido los poquísimos datos que tenemos, tomándolos de los mismos archivos, porque no han podido conseguir que se los den los administradores”.

Añade este diputado que “el Gobierno presentó esta ley porque reconoció que en el estado que tenían los establecimientos de beneficencia era necesario poner remedio a los abusos que había y obligar a patronos y empleados a entrar en la carrera del deber, pero esto no podría hacerlo sin una ley que le autorizase para ello. El haber presentado esta ley prueba el celo con que ha procedido ese Gobierno, a quien tanto se recrimina sobre este particular... Las personas pasan y las instituciones quedan, y que por lo mismo en éstas es donde hemos de buscar las garantías contra los abusos. Indudablemente, si las personas fueran todas buenas, no necesitábamos leyes; pero porque no lo somos es por lo que las necesitamos”.

Continuamos en plena discusión sobre el proyecto de ley de beneficencia, y en la sesión del Congreso de 23 de febrero de 1849, el Ministro de la Gobernación, conde de San Luis, deja claras cuáles son las limitaciones del Gobierno³⁴. El diputado Borrego había defendido la necesidad de que la ley consigne exactamente, “precisa y detenidamente”, cuáles son las obligaciones del Gobierno en esta materia. Plantea el ministro que “las obligaciones del Gobierno son, según la medida de sus recursos, atender a las necesidades públicas, atender a los pobres, atender a los dementes, atender a los expósitos. Esa es la obligación del Gobierno, y esa no es menester que se inscriba en un Código. Si se inscribe con intención inocente, en ese caso se incurre en el principio... de que todos los españoles sean justos y benéficos, diciendo que el

³² DSC, 16 de febrero de 1849, 759 ss.

³³ DSC, 17 de febrero de 1849, 791 ss.

³⁴ DSC, 23 de febrero de 1849, 851.

Gobierno sea benéfico y que ayude a los pobres, a los menesterosos, a todos aquellos que están huérfanos y desvalidos en la sociedad, de los cuales es el padre común y tutor natural. Pero si no es eso lo que quiere el Sr. Borrego, si lo que quiere es que se consigne aquí como una obligación, esto, además de imposible, es altamente peligroso; es querer el socialismo, y el socialismo puro”.

Este mismo día, el diputado Campoy interviene en torno a la previsión del proyecto sobre el establecimiento de suplementos en los presupuestos provinciales y municipales para cubrir los déficits en que incurran los establecimientos benéficos. El diputado pregunta: “¿Qué podrá esperar la beneficencia de los suplementos tomados de esos presupuestos, cuando vemos que aun lo que se consigna para el clero en los presupuestos generales es efímero, que el clero está desatendido porque el Gobierno tiene que atender con esos fondos a otras obligaciones? Pues si esto sucede con respecto a una consignación que se pone en los presupuestos generales para el clero, ¿qué sucederá con los establecimientos de beneficencia que son mucho más desvalidos?”.

Añade este diputado que “desde la abolición del diezmo fue preciso señalar en los presupuestos provinciales una cantidad para compensar lo que del diezmo recibían los establecimientos de beneficencia... Hay Gobiernos políticos [de las provincias] en que se han pasado tres y cuatro años sin recibir un maravedí para los establecimientos provinciales, ni los de beneficencia, ni ningunos otros... porque los productos con que debía haberse atendido a ellos se destinaban a otras atenciones. Y si no hubiera sido por la caridad de algunas personas verdaderamente benéficas, hubieran tenido que cerrarse los hospitales, los hospicios y las casas de maternidad”.

Intentando centrar la cuestión, en la sesión del Congreso que tiene lugar el 24 de febrero de 1849, el diputado Álvarez Arenas recuerda que “la beneficencia, señores, no es una teoría, no está ligada ni reñida con ningún sistema, la beneficencia apenas puede sujetarse a reglas ni a preceptos. La beneficencia es el destello más puro, más hermoso, más espontáneo del corazón humano. Pero, en la práctica, no puede producir resultados si es que no cuenta con suficientes medios”³⁵.

En este momento, sigue en plena discusión el proyecto de ley sobre beneficencia. En la línea ya apuntada, el diputado Álvarez Arenas subraya que “se habló mucho y muy bien de centralización y excentralización, de la clasificación de estos establecimientos, de las personas que deben componer sus Juntas y de otros varios puntos que son sin duda de interés, pero muy subalternos respecto al que nos ocupa”, es decir, “la dotación de los establecimientos de beneficencia”.

El interviniente era, a su vez, diputado provincial. Y a partir de su experiencia en este cargo no tiene más remedio que reconocer que “nunca ningún hospital tendrá el carácter de provincial y que nunca los diputados [provinciales] votarán con gusto el presupuesto para él, porque por más que tenga el nombre de provincial un hospital, no es posible que todos los enfermos de la provincia vayan a él, y no irá ninguno de los puntos lejanos. Una casa de expósitos podrá ser provincial, porque podrán enviarse a ella los niños abandonados. Una casa de dementes también podrá ser hasta general. Pero

³⁵ DSC, 24 de febrero de 1849, 862 ss.

un hospital donde se recojan los enfermos no puede ser nunca provincial en la verdadera acepción de la palabra, en la acepción de dispensar sus beneficios a toda la provincia”.

¿Cuál sería la solución, a juicio de nuestro diputado? Bien sencilla: “Sería mejor clasificarlos de municipales, formando grupos de ayuntamientos y creando tantos hospitales como hay partidos judiciales en la provincia, porque, por lo demás, el hospital de la capital no podrá prestar auxilios a todos los enfermos de la provincia”.

Finalmente, después de este tortuoso y denso *iter* parlamentario, el proyecto de ley sobre establecimientos de beneficencia presentado por el Gobierno resulta aprobado por el Congreso de los Diputados el 27 de febrero de 1849, momento a partir del cual es remitido al Senado para su toma en consideración por la cámara alta³⁶.

El 11 de mayo de 1849, el Senado devuelve el proyecto de ley con las modificaciones introducidas por la cámara alta³⁷. Las modificaciones son sustanciales. Entre las más señaladas, destaca que el párrafo del artículo 1 del texto de la cámara baja disponía que “son públicos todos los establecimientos de beneficencia del Reino”, mientras que el texto remitido por la cámara alta prescribe que “los establecimientos de beneficencia son públicos”.

Junto a ello, el texto del Congreso señala en su artículo 4 que “la dirección de beneficencia pública se ejercerá precisamente por el Ministerio de la Gobernación del Reino”, mientras que su homólogo del Senado dispone que “la dirección de la beneficencia corresponde al Gobierno”. Asimismo, el texto de la cámara alta crea una Junta general de beneficencia con sede en Madrid y cuyo objeto consistirá en “auxiliar al Gobierno en la dirección de la beneficencia”.

Además, donde el texto del Congreso únicamente habla de “cuerpos colectivos de inspección y consulta” (artículo 5), el texto homólogo del Senado habla claramente de la mencionada Junta general, de Juntas provinciales y de Juntas municipales, disponiendo también la composición concreta y pormenorizada de cada una de estas Juntas (artículos 5 a 8), con presencia de eclesiásticos en todas ellas, determinaciones éstas que en el texto del Congreso quedaban al arbitrio del poder ejecutivo, mediante su regulación en “reglamentos generales dados por el Gobierno, previa consulta del Consejo Real” (artículo 9).

También aprovecha el texto del Senado para regular la existencia de Juntas de señoras establecidas por las Juntas provinciales para cuidar de las casas de expósitos (artículo 12) y de Juntas subalternas de socorros domiciliarios instituidas por las Juntas municipales y a cuyo frente “habrá por regla general un eclesiástico, que nombrará el alcalde a propuesta de la Junta municipal” (artículo 13).

El texto enmendado por la cámara alta dibuja un régimen económico-financiero más flexible y abierto a favor de los establecimientos de beneficencia, sin perjuicio de su inspección y control por el Gobierno, y deja claro que la “supresión de cualquier

³⁶ DSC, 27 de febrero de 1849, 921-922.

³⁷ DSC, 14 de mayo de 1849, 2941-2943.

establecimiento de beneficencia, público o particular, supone siempre la incorporación de sus bienes, rentas y derechos en otro establecimiento de beneficencia” (artículo 16).

Finalmente, el texto del Senado incorpora una disposición recomendada por la técnica legislativa y en beneficio de la seguridad jurídica al señalar que “quedan derogadas las leyes, Reales decretos, órdenes e instrucciones que se opongan a la presente ley” (artículo 21).

Al haber introducido enmiendas el Senado, procede la constitución de una comisión mixta, formada por diputados y senadores, que emita un dictamen sobre el proyecto. Este dictamen es aprobado el 28 de mayo de 1849, documento que mantiene incólume el espíritu y el sentir del texto remitido por el Senado³⁸. El 4 de junio de 1849 el Congreso da su aprobación al texto, el 8 de junio la cámara alta hace lo propio y la ley es sancionada por Su Majestad el día 16 de junio³⁹.

2.5.- Y llega la Ley General

La nueva gran Ley reguladora de la beneficencia ve así la luz. Su reglamento tardará aún algún tiempo en ser aprobado, tres años, un 14 de mayo de 1852. Dentro de este marco normativo, son consideradas instituciones de beneficencia los establecimientos o asociaciones permanentes destinados a la satisfacción gratuita de necesidades intelectuales o físicas como escuelas, colegios, hospitales, casas de maternidad, hospicios, manicomios, y otros análogos, así como las fundaciones sin áquel carácter de permanencia, aunque con destino semejante, conocidas comúnmente como patronatos, memorias, legados y obras pías⁴⁰.

La Ley de 1849 declara públicos todos los establecimientos de beneficencia, con la excepción de aquellos que cumplan con el objeto de su fundación, sean costeados exclusivamente con fondos propios donados o legados por particulares y cuya dirección y administración esté confiada a corporaciones autorizadas por el Gobierno o a patronos designados por el fundador. Únicamente los establecimientos que reúnan estos requisitos serán considerados como particulares⁴¹.

En cuanto a la organización territorial, la Ley de 1849 pivota en torno a la provincia, de modo que Carasa Soto ha subrayado “el protagonismo efectivo provincial, la escasa relevancia estatal y la dispersión municipal... Esta concentración urbana vendría subrayada aún por la consideración de que en cada capital haya también un hospital municipal al menos; y se trata habitualmente del establecimiento más descollante”⁴².

Las casas de maternidad y expósitos, y las de huérfanos y desamparados tendrán la consideración de establecimientos provinciales. Pero siempre queda claro que

³⁸ DSC, 29 de mayo de 1849, 2483-2485.

³⁹ DSC, 18 de junio de 1849, 2747-2749.

⁴⁰ *Gaceta de Madrid*, nº 5398, 24 de junio de 1849; GARCIA SÁNCHEZ, *La organización*, 20.

⁴¹ MAZA ZORRILLA, *Pobreza*, 184.

⁴² *El sistema sanitario*, 52.

corresponde la dirección de la beneficencia al Gobierno, que la ejerce por medio del Ministerio de la Gobernación y con auxilio de una Junta General de Beneficencia y de Juntas provinciales y municipales, presididas por los responsables gubernativos correspondientes⁴³.

Por su parte, el Reglamento de 1852 (que analizamos más adelante) detalla la consideración como establecimientos de beneficencia generales de los manicomios y los centros para el refugio de indigentes, sordomudos, ciegos, impedidos y decrepitos. Confirma la consideración como provinciales de los hospitales para enfermos comunes, las casas de misericordia, maternidad, expósitos, huérfanos y desamparados. Mientras, el ámbito municipal atiende preferentemente a la beneficencia domiciliaria y a las casas de refugio y hospitalidad pasajera⁴⁴.

El Reglamento de 1852 detalla previsiones acerca de los hospitales, como la unión de los establecimientos de maternidad y de expósitos, así como las de los de huérfanos y desamparados, el establecimiento del límite máximo de trescientas camas para cada hospital, la separación entre enfermos contagiosos y los restantes, la distinción entre zonas para convalecencias distintas de las de enfermos y, sobre todo, la completa separación entre ambos sexos dentro de los establecimientos⁴⁵.

Sin embargo, la profusión legislativa y reglamentaria no puede ocultar el problema de fondo: el dinero. En la sesión del Congreso de los Diputados de 15 de enero de 1850 el diputado Cándido Nocedal interviene acerca de la autorización al Gobierno para aprobar los presupuestos⁴⁶. Alega el parlamentario que “el estado de la Hacienda no mejorará porque nosotros votemos esta autorización, no; el estado de la Hacienda es cosa que mata al Gobierno, que le ahoga, que dará con él en tierra. Pues qué, porque votemos la autorización, ¿desaparecerá el enorme, el horrible déficit que resulta?... ¿habrá el Gobierno de hacer creer al país que estarán mejor atendidas las obligaciones del Estado? No, que el país sabe instintivamente lo contrario. No, que el país sabe que se cobrarán las contribuciones y no se harán importantes economías. No, que el país sabe que se logrará arruinar a los pueblos, pero no se pagará a los empleados. El país sabe que continuarán muriéndose de hambre a fuerza de contribuciones los labradores de los pueblos pequeños, y sin embargo seguirán en la miseria las viudas, jubilados y cesantes... El país sabe que aunque se vote la autorización y se cobren las contribuciones de esta manera que se llama legal, seguirán desatendidas las importantes atenciones de nuestra Marina, completamente arruinadas nuestras plazas de armas y el material de guerra, descuidadas las obras públicas y la beneficencia”.

El diputado Martínez de la Rosa (ex presidente del Consejo de Ministros) vuelve a poner el dedo en la llaga en la sesión del Congreso del 8 de julio de 1851, cuando recuerda que al acabar con el diezmo, “esa contribución inmensa, base del sistema económico y administrativo de España, [se hizo] sin haber preparado absolutamente nada para reemplazarla. Ni siquiera se sabía cuánto producía. Más es, ni siquiera se

⁴³ GRANJEL, “Legislación”, 277.

⁴⁴ *Ibidem*, 278.

⁴⁵ *Ibidem*, 278-279.

⁴⁶ DSC, 15 de enero de 1850, 919.

sabía lo que tomaba la Hacienda bajo varios conceptos... Se quitó el diezmo y ¿qué resultó? Que faltaron sesenta y cuatro millones para el Estado, faltó para el culto, faltó para el clero, para los establecimientos de beneficencia, para los hospitales, para las inclusas; faltó para las Universidades, para los establecimientos de enseñanza, para las escuelas. Porque, repito que todo nuestro sistema económico estaba fundado por espacio de siglos sobre esa prestación. Así es que de una plumada se destruyó ese sistema”⁴⁷.

A cambiar este estado de cosas no ayuda el hecho de que la beneficencia constituya un instrumento recurrente en la pugna electoral. Así lo denuncia el diputado Sánchez Silva en la sesión de 7 de noviembre de 1851 cuando recuerda que “los comisionados y autoridades, la amortización, los comisionados de pósitos, comisionados de montes, cuantas cosas hay relativas a beneficencia, todo se pone en juego, con todo se amenaza, todo se concede o todo se niega según el candidato es progresista o moderado”⁴⁸.

2.6.- Y llega el Reglamento

Un Real Decreto de 14 de mayo de 1852 aprueba el Reglamento general para la ejecución de la mencionada Ley. Como valoración de conjunto, a juicio de Ortiz Díaz, el Reglamento de 14 de mayo de 1852 incluye, bajo la rúbrica de beneficencia, servicios claramente hospitalarios⁴⁹. La estructura de la norma aparece dividida en cuatro títulos, conforme al siguiente plan de materias⁵⁰:

- El primero de ellos aparece dedicado a los establecimientos benéficos y su clasificación (públicos o particulares; los primeros divididos en generales, provinciales y municipales), con especial detalle del tipo de centros que pertenece a cada grupo, su número, situación, derechos y obligaciones (artículos 1 al 28).
- El título II regula el gobierno de las instituciones benéficas. Subraya el control superior en manos gubernamentales (a través del Ministerio de la Gobernación) e incluye una exhaustiva relación de competencias. Fija las atribuciones y responsabilidades de la Junta General (auxiliar del Gobierno en la dirección de los establecimientos generales) y las de las Juntas provinciales y municipales para concluir con su estructuración interna en tres secciones: gobierno, administración y estadística (artículos 29 al 45)⁵¹.
- El título III aborda la administración económica de la beneficencia, tanto en lo que toca a sus bienes y fondos, como en lo que atañe a sus presupuestos y contabilidad (artículos 46 al 87).

⁴⁷ DSC, 8 de julio de 1851, 813 ss.

⁴⁸ DSC, 7 de noviembre de 1851, 1429.

⁴⁹ “Hacia una reordenación de la sanidad pública española: el problema hospitalario”, *RAP*, 51 (1996), 158.

⁵⁰ MAZA ZORRILLA, *Pobreza*, 186.

⁵¹ En clave centralizadora, una Real Orden de 30 de noviembre de 1849, insiste en el carácter puramente consultivo de las Juntas de Sanidad, que deben limitarse a proponer o consultar medidas a los delegados gubernativos en la provincia, “quienes resolverán por sí lo conveniente” (MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 111).

- El título IV recoge una serie de disposiciones generales (artículos 88 al 94) y transitorias (artículos 95 al 100) donde inserta recomendaciones a los servicios asistenciales, así como los trabajos urgentes que deberán acometer las Juntas para la aplicación inmediata y desarrollo de esta normativa legal. Continúa en vigencia la opción preferente a favor de la asistencia y socorro domiciliarios (art. 90).

Sin embargo, el gobierno moderado languidece poco a poco. El período de sesiones del Congreso de los Diputados abierto el día 1 de diciembre de 1852 sólo dura un día. Constituida la cámara el primer día del mes, al día siguiente, 2 de diciembre, es disuelta por Su Majestad⁵². Es sólo un pequeño botón de muestra de la inestabilidad del partido moderado que, al poco tiempo, abrirá la puerta a la asunción del poder por parte del partido progresista.

⁵² DSC, 1 de diciembre de 1852 al 2 de diciembre de 1852.

LA LEY DE SANIDAD DE 1855

El breve paréntesis del bienio progresista será suficiente para dar a luz una nueva Ley Orgánica de Sanidad, sancionada por Isabel II el 28 de noviembre de 1855. Por lo pronto, el Real Decreto de 7 de agosto de 1854 había restablecido la vigencia de la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias de 3 de enero de 1823, como muestra del nuevo signo gubernamental¹. El Real Decreto era la respuesta al “ardiente deseo que tenían los pueblos de verse libres de una centralización exagerada, la necesidad universalmente reconocida de dar más ensanche al principio municipal”.

En la misma línea, este Real Decreto también ordena que “continúe en su fuerza y vigor la ley de beneficencia de 20 de junio de 1849”². Precisamente, esta decisión supone algunas críticas al Ministro de Gobernación por parte de diputados que entienden que supone respaldar la normativa moderada y que sostienen que lo adecuado hubiera sido restablecer la normativa de beneficencia del trienio liberal, más acorde con el espíritu de la ley para el gobierno provincial que había sido restaurada en su vigor³.

Frente a esta objeción, el Ministro recuerda que “el Gobierno tenía que atender a la situación del país. Respecto de la beneficencia, el Congreso sabe que la ley de 1822, que era la que regía, como la de 3 de febrero de 1823, dejaba la beneficencia a cargo de las municipalidades. Después vinieron nuevas leyes que crearon establecimientos provinciales y generales, poniendo unos a cargo de las provincias y otros a cargo del Gobierno. Pues bien... si al restablecer la ley de 3 de febrero restablecíamos también la ley de beneficencia y decíamos al ayuntamiento de Madrid: *Carga con todos estos establecimientos de beneficencia...* ¿Qué hubiera sucedido? ¿Era esto posible? Esta es la razón por la que el Ministro de la Gobernación se vio en la necesidad de sostener la legislación relativa a beneficencia, porque de otra manera los ayuntamientos se hubieran visto con una carga que no podían sostener, y la consecuencia hubiera sido que los establecimientos de beneficencia hubieran quedado abandonados”.

Pero ahora le toca el turno a la sanidad. Constituidas las nuevas Cortes Constituyentes, y abiertas sus sesiones, en la reunión del 20 de enero de 1855 el

¹ *Gaceta de Madrid*, nº 584, 8 de agosto de 1854.

² DSC, 2 de diciembre de 1854, 354.

³ DSC, 13 de diciembre de 1854, 611.

Ministro de la Gobernación admite que “el Gobierno conoce los perjuicios que se causan a nuestro comercio y también al de los extranjeros que vienen a nuestros puertos con el rigor de las leyes sanitarias, y mucho más dependiendo su aplicación de las disposiciones de las Juntas de sanidad, que por ser diferentes no obran con toda la uniformidad que fuera de desear”⁴.

Ante tal estado de cosas, el Ministro anuncia que el Gobierno “está formulando una ley de sanidad, no sólo marítima, sino también terrestre, en la que se tendrán presentes todas las dificultades que haya, pues es uno de los más importantes ramos de la administración pública. No creo que tarde mucho en venir esa ley. Entonces en ella verán los señores diputados si se encuentran satisfechos sus deseos, que son efectivamente justos, estando como todos estamos interesados en que se remedien esos males”.

3.1.- El proyecto gubernamental

Poco más de tres meses después, el 27 de marzo de 1855, el Ministro de la Gobernación firma el proyecto de Ley Orgánica de Sanidad presentado a las Cortes Constituyentes en una intervención pública del máximo responsable gubernativo ante la cámara celebrada dos días después⁵.

La exposición de motivos del proyecto aduce que la expansión de las comunicaciones y del comercio internacionales demandan la “necesidad de un sistema de sanidad internacional, tan semejante como sea posible al de las demás naciones... La sanidad de los pueblos vino a ser en la época presente asunto internacional de la mayor importancia, por manera que en lo sucesivo habrá necesidad de proceder siempre de acuerdo y en mancomún para introducir variaciones en el sistema sanitario o, en otro caso, resultará una perturbación mercantil muy perjudicial a los intereses de cada país”.

Para alcanzar ese objetivo no es adecuada la situación normativa, “nuestra legislación, obra de diferentes tiempos y de diversas circunstancias, formada si se quiere a pedazos, sin trabazón ni armonía, se ha enmarañado de tal suerte que imposible es de todo punto continuar ya por más tiempo en tal estado”.

En cuanto al Consejo de Sanidad para el reino, plantea que “es menester dar en él a las ciencias médicas la preferencia que la naturaleza misma de la institución reclama, dando al propio tiempo entrada a individuos de la carrera diplomática o consular, del comercio y de la marina, a ingenieros y arquitectos, como peritos en las transacciones mercantiles y cuestiones internacionales y en distintos ramos que influyen mucho en la sanidad de los pueblos”.

En un nivel organizativo inferior, apunta que “las Subdelegaciones de Sanidad, según están organizadas, no es posible que llenen las miras de una buena administración. Como el principal deber de los subdelegados sea vigilar atenta e incesantemente para que se cumplan las disposiciones superiores, así por los

⁴ DSC, 20 de enero de 1855, 1506.

⁵ DSC, 29 de marzo de 1855, 3371-3386.

facultativos en la parte que les comprenda, como por las autoridades y funcionarios, mal podrán desempeñar sus deberes si no gozan de la suficiente consideración e independencia, a la par que de la protección necesaria para el libre y expedito ejercicio de aquellos... [dado que] el cargo que desempeñan suele acarrearles frecuentemente la antipatía, cuando no la odiosidad”.

Esta mejora previsible en la consideración de los subdelegados también propiciará que aspiren al cargo “profesores bien acreditados por sus estudios y por su buena opinión facultativa, circunstancia no la menos influyente para elevar el cargo de Subdelegado de Sanidad a la categoría que por las funciones que le son conexas le corresponde, con beneficio de la salud y con ventaja de la administración pública”.

3.2.- Las reacciones al proyecto

Pronto aparecen las objeciones al proyecto. En la sesión de 18 de abril de 1855 pasa a la comisión que estudia la propuesta una exposición remitida por varios profesores de cirugía “pidiendo a las Cortes que respetasen los derechos que aquellos tenían adquiridos en concepto de tales profesores, y de los cuales se veían despojados en el proyecto de ley de sanidad”⁶. También, entre otros colectivos e incluso particulares, la Real Academia de Medicina y Cirugía hace llegar sus observaciones al proyecto⁷.

La comisión encargada de dictaminar sobre el proyecto de ley emite el dictamen el 7 de mayo de 1855, y comienza lamentando que “no exista una ley general de sanidad a que se atengan todos los pueblos de la Monarquía”⁸. A juicio de la comisión, esta única razón “sería poderosísima para que las Cortes reconocieran, como lo acaba de reconocer el Gobierno, lo urgente y oportuno que es ocuparse de hacer una ley que, estando en armonía con los adelantos de la ciencia, ofrezca a los pueblos la garantía de un servicio sanitario perfecto... Si en cualquier época una ley sanitaria sería conveniente, en las críticas circunstancias que nos rodean es no sólo necesaria, sino absolutamente indispensable”.

No obstante, la comisión reconoce sus límites, sobre todo los de índole presupuestaria, pues “un sistema completo de sanidad interior y marítima abraza tantos extremos, provee a tantas necesidades, enlaza la mancomunidad de tantos intereses, que su exquisita regularización, llevada a la perfección apetecida, ocasionaría al Estado sacrificios reproductivos y beneficiosos, sí, pero casi imposibles de verificar actualmente”.

De ahí que la comisión, “abarcando todo lo necesario en provecho del servicio público, se ha visto obligada a restringir cuanto le ha sido posible la latitud de su pensamiento, aminorando en escala proporcional los gastos que ocasionen los servicios sanitarios hasta aproximarlos o hacerlos tal vez inferiores a los ingresos que ha de proporcionar al erario el planteamiento de esta ley”.

⁶ DSC, 18 de abril de 1855, 3880.

⁷ DSC, 23 de abril de 1855, 4048.

⁸ DSC, 7 de mayo de 1855, 4537-4547.

Un pensamiento tiene también la comisión para la atención sanitaria de los más desfavorecidos al aseverar que “la salud pública de los pobres queda a cubierto de la exposición a que pudiera verse reducida si estuviera a merced de la riqueza egoísta o de la indiferencia mundana. Sin atender en nada a los derechos de las municipalidades, se prescribe la existencia de facultativos titulares para las familias indigentes de todas las poblaciones, dejando en libertad a los vecinos acomodados de ponerse en manos de los profesores que más confianza les inspiren y cuya remuneración les incumbe”.

En el plano organizativo, la comisión alude primeramente a los Subdelegados, a quienes toca “la vigilancia del cumplimiento de las disposiciones sanitarias... bajo la inmediata subordinación de las autoridades civiles”. En cuanto a las Juntas, apunta la comisión que “para que el Gobierno en sus resoluciones proceda con todo acierto, y para que los pueblos tengan la debida representación en todas las cuestiones que se rozan con esta ley, se crean los cuerpos consultivos necesarios para hacer las aplicaciones convenientes, y en quienes están representados todos los intereses sociales al lado de los auxilios de la ciencia. Así, las Juntas municipales, las provinciales y el Consejo que se crean, con el enlace inmediato a las respectivas autoridades locales, en dependencia de la Dirección General de Sanidad y del Ministro del ramo, completan el servicio sanitario marítimo e interior, capaz de llenar todas las necesidades públicas en las épocas normales y las extraordinarias a que estamos abocados”.

Sin embargo, la tramitación es demasiado lenta. En la sesión de 10 de mayo de 1855, el diputado Batllés, médico de profesión, advierte a la presidencia de la cámara que “está presentado en la mesa ese proyecto [de ley de sanidad pública], y urge su discusión, pues tenemos el cólera encima”⁹. El Vicepresidente del Congreso le impide continuar en el uso de la palabra al no estar previsto reglamentariamente, lo que excita la interpelación del diputado Alonso Navarro, quien señala: “Yo había pedido la palabra con el mismo objeto que ha indicado el señor Presidente, y ya nada tengo que decir”.

Al día siguiente, el diputado Iñigo insiste en la necesidad de que la ley se someta a discusión, dado que “la importancia de esta ley es mucha, porque si bien hay otras muy importantes... antes que todo es la salud”¹⁰. Al concluir la sesión, el Presidente de la cámara señala para el día siguiente la discusión sobre el dictamen de la comisión en torno al proyecto de ley orgánica de sanidad.

3.3.- El debate en el pleno del Congreso de los Diputados

En efecto, la discusión comienza en la sesión de 12 de mayo de 1855. El proyecto supera el primer posible escollo, al no constar ninguna enmienda a la totalidad¹¹. La primera dificultad sería acaecer con motivo de la discusión en torno al Consejo de Sanidad agregado al Ministerio de la Gobernación. Al respecto, el diputado Gómez de la Serna arguye que “esos Consejos agregados al Ministerio deben ser Consejos que den dictámenes sobre los puntos que el Gobierno les someta. Y, agregados al Ministerio, parece que son una dependencia del Ministerio y que están para

⁹ DSC, 10 de mayo de 1855, 4631.

¹⁰ DSC, 11 de mayo de 1855, 4691.

¹¹ DSC, 12 de mayo de 1855, 4722 ss.

determinar las órdenes y no para auxiliarle con su consejo”. Esta reflexión determina que la locución “agregado al Ministerio” sea sustituida por la expresión “dependiente del Ministerio” y así sea aprobado el artículo cuarto del proyecto.

En cuanto a la composición del Consejo de Sanidad, el mismo diputado Gómez de la Serna objeta que la presidencia recaiga en el Ministro, pues “el sistema de los Ministros presidentes de los Consejos trae malas consecuencias, y entre ellas es una la de que en último resultado viene a producir el efecto contrario: se reputa que los Consejos quedan bajo cierta dependencia que no es conveniente. Yo he pertenecido a una de esas Juntas o Consejos, y puedo decir que en los años que llevo no he visto una sola vez que haya presidido el Ministro. Si, pues, esta presidencia no sirve de nada, si el Ministro no sabe siquiera cuándo se reúne el Consejo... ¿para qué establecer esa presidencia?”.

Por parte de la comisión, el diputado Iñigo responde que no observa razones de importancia para negar la presidencia del Ministro y que, dada la importancia de este Consejo “en circunstancias dadas convendrá que esté presidida esa asamblea por el Señor Ministro... Ningún riesgo ni entorpecimiento hay en que el Ministro presida el Consejo, que más bien es una presidencia de categoría que real y efectiva”. El artículo fue aprobado sin modificación.

El martes 15 de mayo de 1855 continúa la discusión con la presentación de varias enmiendas particulares al proyecto de ley¹². La aceptación de varias de estas enmiendas determina que el Diario de Sesiones de las Cortes Constituyentes correspondiente al 18 de mayo publique el “dictamen de la comisión que entiende en el proyecto de sanidad, modificando varios artículos del presentado anteriormente”¹³. Ello no evita que continúen presentándose enmiendas de diversa naturaleza al texto articulado¹⁴.

En el fondo subyace aún el debate, suscitado ya durante las Cortes del Trienio Liberal, entre contagionistas y anticontagionistas. Para estos últimos son inútiles cualesquiera medidas y esfuerzos personales y presupuestarios tendentes a evitar el contagio, en la medida en que entienden que no está demostrada la extensión de las enfermedades por contacto.

Esto lleva al diputado Porto a exclamar: “Ha dicho otro señor diputado, y en esto trato de ser lo más breve posible, que no existe ciencia, que no hay medicina y que los médicos son inútiles. Yo, señores, tengo a mucha honra el haber ejercido por espacio de bastantes años la medicina y, por lo tanto, conozco lo extenso de su campo y la parte de oscuridad que aún se advierte en algunos de sus cánones. Pero, sin embargo de toda esa oscuridad que hay y de la inutilidad de la ciencia que su señoría cree, es bien seguro que en cuanto se encuentre su señoría enfermo buscará médico. Y no puede ser otra cosa, pues la incredulidad en medicina es igual a la falta de creencias en materias religiosas, que no puede producir ningún buen resultado. Es verdad que la naturaleza de un gran

¹² DSC, 15 de mayo de 1855, 4768 ss.

¹³ DSC, 18 de mayo de 1855, 4905 ss.

¹⁴ DSC, 24 de mayo de 1855, 5077 ss.

número de enfermedades no se conoce, pero ¿acaso puede negarse la ventaja de los auxilios que presta el médico en esas mismas enfermedades?”¹⁵.

Esta posición le lleva a concluir que “he dicho lo suficiente para que se pueda convencer al Congreso de que es una cosa probada que no hay duda en que existen enfermedades contagiosas, y que en tanto que la ciencia no haya dicho de un modo positivo y matemático que no existen, es preciso que se adopten medidas para, si es posible, evitar el contagio”.

En este punto, el diputado Figuerola pone los puntos sobre las íes al subrayar que “la existencia del mismo proyecto da a entender que se considera como un principio demostrado, o a lo menos como un hecho, que hay enfermedades contagiosas, pues de no haberlas, la consecuencia lógica sería el no haber ley de sanidad”.

Por parte de la comisión, el parlamentario Iñigo reflexiona sobre “¿cómo, señores, la comisión había de venir hoy a constituirse a decidir una cuestión de esta naturaleza, cuando las Academias de París, ni de Londres, ni las de Alemania, ni ninguna en el mundo hasta el día se ha creído juez competente para determinar si la enfermedad del cólera es contagiosa o no lo es? ¿Cómo los individuos de la comisión, por muchos que sean los títulos que reúnan para ser apreciados como conocedores de la ciencia... cómo habrían de tener, digo, tan excesivo amor propio que fueran a enseñar a las corporaciones más grandes que tiene la ciencia? Pues si estas aspiraciones no tiene la comisión, si se trata precisamente de una cuestión que la ciencia no se ha atrevido a resolver aún, porque tantos casos se presentan favorables al contagio como se le oponen; si todas son probabilidades, y nada más que probabilidades, el Gobierno ni la comisión ¿podían hacer más que presentarse como precavidos, podían hacer más que proponer las medidas de precaución necesarias para evitar las complicaciones de la transmisión de esa enfermedad? La comisión, señores, no podía presentarse de otra manera, pues de haberlo hecho se la tacharía de imprudente, de incauta”¹⁶.

Llegados al plano organizativo, en la sesión de 8 de junio de 1855, el diputado Figuerola interviene en relación con las Juntas de sanidad municipales y provinciales, para indicar que “esos engranajes de juntas y más juntas tanto como agradan la vista del que lee esa combinación, perjudican la pronta expedición de los negocios. Allí donde no haya una capital de provincia, justo es que haya una Junta de sanidad que intervenga en estos negocios; pero en una capital de provincia donde el gobernador puede rodearse de los hombres más ilustrados en todos los ramos, ¿a qué la Junta municipal? Esto sólo producirá más complicación, y que los asuntos se detengan o se dilaten teniendo que pasar los expedientes de Junta en Junta para la resolución. Tengan las Juntas provinciales para el servicio de la localidad de la capital el carácter de locales o municipales, y se ahorrarán muchos pasos y mucho tiempo”¹⁷.

Frente a esta posición, el parlamentario Maestre recuerda a quien le antecedió en el uso de la palabra que las atribuciones de las Juntas provinciales y de las municipales “son muy diferentes, y lo que ocupa a la municipal no debe ocupar a la provincial, y

¹⁵ DSC, 24 de mayo de 1855, 5057 ss.

¹⁶ DSC, 4 de junio de 1855, 5874.

¹⁷ DSC, 8 de junio de 1855, 5487 ss.

viceversa. Así, pues, la cuestión está reducida a si el Sr. Figuerola reconoce o no la Junta superior de la provincia, y reconociéndola no debe oponerse a la Junta municipal, porque las funciones que ésta ha de desempeñar no pueden desempeñarlas las Juntas provinciales, cuyas atribuciones son muy distintas”.

El diputado Calvo Asensio abunda en este argumento, pues de seguir el razonamiento del enmendante, “donde hay Diputaciones provinciales no debiera haber ayuntamientos, porque aquéllas resuelven las dudas que ocurren a éstos. Así como las atribuciones de las municipalidades son distintas de las de las corporaciones provinciales, del mismo modo, las Juntas provinciales de sanidad tienen distintas facultades que las locales y deben, por lo mismo, estar separadas”.

Por lo que toca a la composición de las Juntas, el diputado Pérez Zamora lamenta “el espíritu que reina en esta ley, pues aunque no haya sido esa la intención de los señores de la comisión, se favorece muchísimo a la clase médica”. Le responde el diputado Iñigo para indicarle que “cuando se trata de una ley de sanidad y se da la preferencia a las personas más competentes en la aplicación de esta misma ley, no sé por qué hay que extrañarse... ¿qué cuestiones han de debatirse en las Juntas de sanidad? ¿No son las relativas al estado sanitario de la provincia o del municipio? ¿No son éstas cuestiones especiales de la ciencia de curar? Pues que se eche mano de las personas inteligentes, de las que poseen especialmente esos conocimientos, nada tiene de extraño”.

El diputado Pedro Bayarri abunda en los argumentos planteados por Pérez Zamora, al señalar que, en cuanto a la composición mayoritaria de facultativos, “creo que será muy bueno para cuando se trate de evitar un contagio o de tomar medidas para contener una epidemia; pero cuando se trate de que la Junta de sanidad decida los pueblos en donde ha de haber médicos titulares y deba entender en la separación de facultativos... no creo que debemos consentir que en una Junta de sanidad prepondere una influencia que puede ser perniciosa... Estas corporaciones tienen grande influencia en las cuestiones entre los facultativos y los pueblos... Nosotros estamos aquí para establecer una administración esencialmente popular, no que favorezca a una clase, porque ante los intereses públicos nada valen los intereses de clase”¹⁸.

Bayarri concluye su alegato con el ruego a los diputados de que “teniendo presentes las consideraciones que he expuesto antes, y los grandes intereses que están encomendados a las Juntas de sanidad, hagan que en ellas no prepondere otro interés que el interés del país, que no haya ninguna influencia de clase que prepondere, y que si la comisión quiere que predomine el número de los facultativos, que limite sus atribuciones a las meramente sanitarias, y no les dé atribuciones que no pueden corresponderles de ningún modo. No pueden, pues, las Cortes, ni deben permitir el que las Juntas de sanidad se compongan de la manera que quiere la comisión”.

En el lado contrario, el diputado Batllés defiende la postura de la comisión, dado que “cuando se trata de una Ley de Sanidad cuyos individuos tienen que dedicarse a casos prácticos, a casos especiales que exigen conocimientos en la ciencia, necesario es

¹⁸ DSC, 21 de junio de 1855, 5840 ss.

que sean competentes. Se trata, señores, de una ley relativa a adoptar medidas de precaución para evitar al pueblo los males que son consiguientes en una epidemia, y claro es que no se está en el caso de poner al frente de esas Juntas personas incompetentes, personas que no tengan los conocimientos que se requieren”.

Para Batllés, “lo que sucede, como iba diciendo antes, es que cuando se hace un bien por un facultativo, cuando todo el mundo le alaba y espera su visita con la mayor impaciencia, cuando a todo el mundo se le hace tarde su llegada y se le abre la puerta no habiendo para él etiqueta, porque va a hacer un grandísimo servicio al enfermo, después que le ha curado, después que por su ciencia, adquirida a fuerza de muchos años de estudios, ha prestado un servicio a la Humanidad, ¿quién se lleva la gloria? Se la lleva la Virgen del Carmen, se la lleva el santo tal o cual a quien se han encendido luminarias. Mientras el mal urge y el peligro es inminente, todas son cortesías para el facultativo; luego viene la curación del enfermo y se le dan las gracias a la Virgen, y al pobre médico, o se le paga mezquinamente, o a veces la paga suele ser cero”.

El diputado Calvo Asensio echa más leña al fuego, al reconocer que “es una verdad que las clases médicas no gozan hoy de todo el prestigio que debieran... Aquí las consideraciones se guardan a proporción del sueldo que se disfruta, y no se pregunta generalmente qué es lo que vale una persona, sino qué destino ha desempeñado y qué sueldo cobra. Compréndase ahora si después de esto será fácil cegar el raudal cada vez más creciente de la empleomanía, donde sólo se necesita favor y osadía para gozar de ciertas posiciones, al mismo tiempo que se desdeña a los hombres de ciencia. Así se explica que aquí se ridiculice por los ignorantes al hombre de profesión científica conocida; así se ve que algunos pretenden señalar como sambenito la posesión de un título científico. Es verdad que esto sólo lo hacen los que no teniendo carrera alguna no pueden temer ser censurados por conocimientos ni títulos que no han adquirido”.

Este choque entre facultativos y no facultativos también salta en la sesión de 25 de junio de 1855 cuando es cuestionada la necesidad de imponer a los ayuntamientos la obligación de asistir médicamente a los pobres¹⁹. En defensa del dictamen de la comisión interviene el diputado Calvo Asensio, quien revela que la comisión “ha querido que las clases pobres no quedasen completamente confiadas a los impulsos del buen corazón, a los sentimientos más o menos humanitarios del rico, que es el que tiene obligación de auxiliar al pobre, sino que ha querido que los pueblos supieran desde luego que tenían el deber de sostener a los infelices de su jurisdicción”.

De no llegar a buen puerto los deseos de la comisión, “las clases pobres quedarían completamente olvidadas, y lo que sucederá, admitiéndose el artículo de la comisión, será que con una pequeñísima asignación pagada de los fondos municipales por reparto entre todos los vecinos acomodados de los pueblos, se proporcionará el imprescindible socorro a los pobres, que de otra manera morirían abandonados sin recursos de ningún género”.

Frente a esta postura, el diputado Alfonso defiende dos razones fundamentales que operan en contra del parecer de la comisión. En primer lugar, que “generalmente en

¹⁹ DSC, 25 de junio de 1855, 5952 ss.

las poblaciones grandes hay asociaciones de beneficencia que atienden a la asistencia de los pobres, asistencia facultativa y de otra naturaleza, y en los pueblos pequeños generalmente están contratados los facultativos. De suerte que, de un modo o de otro, los pobres no carecen de asistencia médica”.

En segundo lugar, asevera el enmendante que “antes que la asistencia médica necesitan los desvalidos asistencia de otra naturaleza. Necesitan tener una alimentación regular, necesitan tener cama en que acostarse, ropa con que cubrirse, una habitación medianamente sana siquiera. Y todo esto para el pobre y necesitado es mucho más conveniente, más urgente, más fundamental que la asistencia médica. Porque con médicos y sin médicos se mueren siempre los hombres, y no está demostrado que se hayan muerto menos ni más cuando no ha habido médicos, porque pueblos hay que han vivido largos siglos sin haber admitido el ejercicio de la facultad médica. Pero sin alimentación, sin cubrir sus carnes, sin viviendas medianamente sanas, sin eso sí, vuelvo a decir, que no se puede vivir. Al contrario, se acorta la vida extraordinariamente”.

Este diputado pone sobre la mesa que “en vez de proponer [la comisión] la asistencia médica obligatoria, estableciese la asistencia obligatoria no médica, no facultativa, sino la asistencia del desvalido... Pero esto yo no lo extraño. La comisión se compone de facultativos... Antes que la asistencia médica debía haber atendido a la asistencia de los desvalidos, aun antes de estar enfermos, y aun para impedir que llegasen a estarlo en muchos casos... Del alimento, del vestido, del abrigo, ¿quién puede prescindir? Esas obligaciones son anteriores, son las más importantes, y muchas veces evitan las enfermedades”. Finalmente, esta enmienda es apoyada por cincuenta y nueve votos a favor, frente a veintinueve diputados que sostuvieron el parecer de la comisión.

La aceptación de esta enmienda provoca la necesidad de modificar el resto del articulado afectado por la misma, lo que implica un nuevo trabajo de la comisión para redactar los artículos correspondientes, cuyo resultado es publicado como apéndice al diario de sesiones del 14 de julio de 1855²⁰. Finalmente, el diario de sesiones de las Cortes Constituyentes del 9 de noviembre de 1855 publica el proyecto de Ley Orgánica de Sanidad aprobado definitivamente²¹.

3.4.- Y llega la Ley

En cuanto a su filosofía de acción, la Ley de 28 de noviembre de 1855 parte del principio de que la Administración pública atiende los problemas sanitarios que afectan a la colectividad como conjunto, con un carácter fundamentalmente preventivo. En consecuencia, queda fuera de su ámbito la función asistencial y la atención a los problemas de salud individuales²².

²⁰ DSC, 14 de julio de 1855, 6655 ss.

²¹ DSC, 9 de noviembre de 1855, 8091 ss.

²² “Ley sancionada por Su Majestad, y publicada en las Cortes, sobre Sanidad” (DSC, 30 de noviembre de 1855, 8713-8719).

En esta línea, prevé que “las Juntas provinciales de Sanidad invitarán a los ayuntamientos a que establezcan la hospitalidad domiciliaria, y a que creen, con el concurso y consentimiento de los vecinos, plazas de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares, encargados de la asistencia de las familias pobres, teniendo también los facultativos el deber de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios, en cuanto diga relación con la policía sanitaria” (art. 64).

Esta invitación puede devenir en obligación para los ayuntamientos si así lo dispone el Gobernador civil, de acuerdo con la Diputación provincial, oída la Junta de Sanidad (art. 65), pudiendo disponer la asociación de varios pueblos a los efectos de garantizar la asistencia a los pobres en localidades de escasos recursos o corto vecindario (art. 66). El nombramiento de los facultativos titulares debe ser aprobado por la Diputación provincial (art. 69).

En el ámbito puramente organizativo, la Ley dispone que la Dirección General de Sanidad “reside en el Ministerio de la Gobernación” y que corresponde a los gobernadores civiles la “dirección superior del servicio de Sanidad en sus respectivas provincias, bajo la dependencia del Ministerio de la Gobernación” (arts. 1 y 2). Con atribuciones puramente consultivas, instituye un Consejo de Sanidad dependiente del Ministerio de la Gobernación (art. 3). Asimismo, crea una Dirección especial de Sanidad marítima en cada puerto habilitado (art. 12).

En las capitales de provincia establece Juntas provinciales de Sanidad, mientras que en los pueblos cuya población exceda de mil almas existirá una Junta municipal, bajo la presidencia respectiva del Gobernador civil y del alcalde (arts. 52 a 54). La reglamentación de estas Juntas provinciales y municipales corresponde al Gobierno, quien actuará una vez “oído el Consejo de Sanidad” (art. 55).

Además, en cada partido judicial, prevé la existencia de tres Subdelegados de Sanidad nombrados por los Gobernadores civiles para cada uno de los ramos de medicina y cirugía, farmacia y veterinaria. La reglamentación de sus deberes y atribuciones corresponde al Gobierno (arts. 60 a 62).

El mantenimiento de esta figura saca a la luz una cierta paradoja. La creación de los Subdelegados tuvo lugar en pleno período moderado, dentro de una línea centralizadora del régimen administrativo. Y ahora, en puridad, la legislación de 1855 queda enmarcada en el bienio progresista, “cuando por doquier se alzaban las voces de los políticos y se aunaban los esfuerzos en pos de una descentralización del sistema anterior”. Sin embargo, estos progresistas mantienen a los Subdelegados, como “muestra de la incongruencia que muchas veces se manifiesta entre los principios básicos de un sistema y su instrumentación práctica”²³.

Entre las disposiciones adicionales, incluye esta Ley la autorización al Ministerio de la Gobernación para “suplir del Tesoro público, a falta de suficientes

²³ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 109.

ingresos por los derechos sanitarios, las cantidades indispensables que haga preciso el servicio sanitario que se establece por esta ley” (art. 101)²⁴.

En opinión de Muñoz Machado, esta Ley de 1855 “sería una norma deficiente y escasa en reglas, que se preocuparía casi exclusivamente de los aspectos orgánicos del sector, recogiendo las innovaciones acaecidas en los años inmediatamente anteriores. Lejos de servir de marco básico para la futura ordenación de la materia, no fue sino el ficticio apoyo para que se produjera una auténtica explosión de euforia normativa de la Administración, que dictaría supuestos reglamentos de ejecución sobre temas que ni siquiera había tocado la referida ley”²⁵.

Para este autor, ésta es una más de las ocasiones desperdiciadas para que “un número no despreciable de establecimientos que dependían de la organización administrativa de la beneficencia pública hubieran pasado a depender y ser gestionados por la Sanidad nacional, sin perjuicio de que en ellos se atendiera a los indigentes a título gratuito por quedar inmersos en el campo de las prestaciones asistenciales del Estado”²⁶. Esta decisión hubiera tenido un doble efecto deseable, pues permitía “abrir los hospitales que gestionaba la beneficencia a todos los ciudadanos que lo necesitaran, fueran o no pobres y, por otra parte, proporcionar a los indigentes una asistencia gratuita en estos hospitales en las mismas condiciones que la recibieran los enfermos de pago”.

No obstante, reconoce este administrativista que el balance general de la Ley de 1855 “creo que puede afirmarse que fue positivo... La evolución institucional de nuestra Sanidad pública casi se detiene en 1855... No hay ya en todo el siglo otro replanteamiento de las estructuras del calibre del recién comentado”²⁷.

Esta carencia de cambios sustanciales obedecería a que “mejorar las condiciones sanitarias del país era una labor poco lucida políticamente... Las actuaciones sanitarias públicas seguían un curso rutinario, sin intentar su acondicionamiento a las nuevas necesidades, tampoco la legislación se hacía eco de las nuevas técnicas sanitarias que la ciencia iba aportando. Cuando se generalizaba alarmantemente una enfermedad infecciosa, suceso harto frecuente por aquellos tiempos, todo se volvían deseos de reforma y perfeccionamiento, se aumentaban las cantidades que el presupuesto dedicaba a Sanidad y se iniciaba la redacción de nuevos textos legales. Pasada la emergencia, la rutina volvía a dominar y todo retornaba a su estado anterior”²⁸.

3.5.- El panorama después de la Ley

En este punto, a juicio de Granjel, en lo que resta de siglo XIX, el panorama legislativo está presidido por las siguientes líneas fundamentales: “[a] La aprobación de la Ley de Sanidad hace definitiva la vinculación de los organismos rectores de la

²⁴ En torno a los distintos intentos frustrados para modificar la Ley de Sanidad entre los años 1857 y 1899, vid. GRANJEL, “Legislación”, 286-288.

²⁵ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 47.

²⁶ *Ibidem*, 103-104.

²⁷ *Ibidem*, 119-121.

²⁸ *Ibidem*, 121-122.

política sanitaria al Ministerio de la Gobernación, por intermedio de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad; [b] perdura asimismo, si bien con periódicas modificaciones, el Consejo de Sanidad, siempre como organismo consultivo; [c] en los niveles provincial y municipal la presidencia de las Juntas de Sanidad, la autoridad decisoria por tanto, sigue atribuida a Gobernadores civiles y Alcaldes”²⁹.

Como es sabido, una cosa es dictar una ley y otra bien distinta cumplirla, o hacer que sea cumplida. La sesión del Congreso de los Diputados del sábado 12 de febrero de 1859 puede ser una buena muestra de ello³⁰. Pregunta el parlamentario González de la Vega a la comisión de peticiones de la cámara baja si “está en vigor la Ley de Sanidad”. Por parte de la comisión, responde el diputado Calvo Asensio de un modo que puede parecer sorprendente. Afirma este representante: “Debo decir que la Ley de Sanidad no es una de esas leyes en que el Gobierno tiene interés inmediato en que se cumpla... y por eso no extrañarán los señores diputados que esa ley sea una disposición escrita, pero no cumplida en ninguna de sus partes. Esto es lo que sucede con infinidad de leyes de las que los Gobiernos, que debieran ser sus más celosos guardadores, no necesitan para asegurarse en el mando, porque no les proporcionan subsidios, ni les dan fuerza material para robustecer el principio de autoridad, de que es tan frecuente abusar en España. Así es que, para saber si las leyes se cumplen en nuestro país, no hay que atender a otra cosa sino a si inmediatamente favorecen a los hombres del poder”.

Revela este diputado que desde la entrada en vigor de la Ley “ni un reglamento se ha publicado, ni se han nombrado las Juntas provinciales de sanidad con arreglo a esta ley, ni se respeta nada de lo que se refiere a la conservación de la salud pública”. La respuesta ofrecida por el Ministro de la Gobernación, Posada Herrera, no deja lugar a dudas: “No se han dado los reglamentos referentes a la Ley de Sanidad porque el Gobierno tiene trabajada una ley, aunque no completamente examinada, que traerá a las Cortes, reformando la Ley de Sanidad hecha por las Cortes Constituyentes”.

En la sesión de 9 de noviembre de 1859, el Ministro aporta más datos en torno a esta materia³¹. Reconoce que “al entrar en el Ministerio encontré suspendida la ejecución de esa ley. No sé ciertamente cuál fue la razón que ha habido para su suspensión. Sin duda, los grandes aumentos que en ella se imponen al presupuesto del Estado u otras consideraciones fueron la causa de la suspensión de la ley. En general, yo estoy conforme con su letra y con su espíritu, y pienso formar y publicar los reglamentos necesarios para su desenvolvimiento; en una palabra, cumplir con ella, porque creo que es una ley del Reino y no hay motivo para que deje de cumplirse”.

Por ello no es de extrañar que, cuando en el año 1860 la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas premia una memoria presentada por Concepción Arenal en torno al estado actual de la beneficencia, salga a la luz un panorama desolador³². En resumen, señala que “el estado de nuestra beneficencia es deplorable: la palabra parece dura, pero tiene una triste exactitud. Los medios de la sociedad antigua no existen, los

²⁹ “Legislación”, 288.

³⁰ DSC, 12 de febrero de 1859, 1206 ss.

³¹ DSC, 9 de noviembre de 1859, 4358.

³² Reproducida por MAZA, *Pobreza y beneficencia*, 129-155.

de la nueva no están organizados, y la humanidad doliente y desvalida sufre cruelmente de este fatal interregno”.

Arenal resalta que “el enfermo pobre halla un mal hospital o no halla ninguno... Diseminados por los campos o las pequeñas poblaciones, los enfermos pobres sufren y mueren faltos de todo auxilio y en el abandono más cruel”. Y apunta que “en todos los establecimientos y conforme a lo que la ley dispone, se sigue el fatal sistema de contratas, por el cual la codicia de los contratistas defrauda a la pobreza, la explota y compra la impunidad con el fruto del crimen”.

La conclusión a la que llega Concepción Arenal choca de frente con el estado de la legislación. Dice la autora: “Conclusión: Si partiendo de los principios que hemos sentado, estudiamos la legislación vigente sobre beneficencia, nos convenceremos de que tiene grandes errores y vacíos. No dispone lo necesario. No garantiza el cumplimiento de lo que dispone. No señala recursos para proveer a los gastos que han de originarse en el caso de que se cumpla lo que manda”.

A su juicio, “si la Ley de Beneficencia, como las otras, se presenta por el Gobierno, pasa a una comisión, se discute y se sanciona, será siempre incompleta y defectuosa. No puede formularse con acierto por hombres que, aunque ilustrados en otras materias, carecen en ésta de conocimientos especiales. Es preciso haber vivido mucho con los desvalidos, haber sentido sus males, haber estudiado los medios de aliviarlos, haber oído a los que una larga experiencia pone en estado de dar consejo, haber presenciado hasta qué punto la maldad humana puede agravar la suerte de los infelices, y todo lo que es capaz de hacer la virtud para consolarlos; esto no se aprende en las cátedras ni en los libros, se aprende en los hospitales... En nuestro concepto, no hay ninguna ley más difícil de formular que la Ley de Beneficencia”.

Dos años más tarde, la situación no parece haber cambiado sustancialmente. Con motivo de la discusión del presupuesto del Ministerio de la Gobernación, en la sesión de 26 de febrero de 1862, el diputado Barroeta recuerda que “la beneficencia... está hoy en un estado deplorable”. Para este parlamentario, quizá la causa principal es financiera, aunque admite que “no seré yo quien critique que se hayan vendido los bienes de beneficencia, pero sí censuraré que no se le haya dotado de lo necesario para que se cumpla este servicio cual corresponde, ya que se le han quitado todos sus recursos”³³.

No obstante, añade que “en España se han dado varias leyes de beneficencia. En unas más claramente, y en otras de una manera menos clara, se ha reconocido el principio de que es obligación del Estado atender al desvalido, al desgraciado”. A pesar de este reconocimiento legal, “lo mismo la cuna del expósito que la cama del hospital son a veces escalones para la tumba”.

Transcurre el tiempo y un hecho significativo acaece cuando, en el año 1865, la Dirección General de Beneficencia y Sanidad queda desglosada en dos organismos independientes. Por un lado, la Dirección General de Beneficencia y, por otro lado, la

³³ DSC, 26 de febrero de 1862, 1207.

Dirección General de Sanidad. Sin embargo, esta división sólo dura hasta la revolución de septiembre que estalla tres años después³⁴.

Sin embargo, a pesar de los pesares, la Ley de 1855 permanece incólume en sus cimientos, hasta una reforma operada por Ley de 24 de mayo de 1866, que afecta fundamentalmente a la sanidad marítima en lo atinente a puertos y lazaretos, pero que no toca los caracteres generales de la normativa orgánica³⁵.

Tampoco importaba mucho. A juicio del diputado Méndez Álvaro, expuesto en la sesión del Congreso del 22 de febrero de 1868, “hay una ley que no se cumple... esta misma ley tiene treinta artículos, que no se han cumplido jamás, sin que a ningún Gobierno se le haya ocurrido nunca el venir a proponer su modificación. Creo que con esta excitación, que por cierto no será muy eficaz, porque no espero que dé los resultados que apetezco, podía bastar para que el Gobierno llegue a penetrarse de la necesidad en que está de cumplir la ley, derogarla o modificarla. Buena falta hace en todos conceptos, pero no sé qué obstáculo se opone a la modificación de una ley bajo muchos aspectos tan defectuosa”³⁶.

3.6.- Y llega la Revolución

En plena Revolución Gloriosa, un Decreto del gobierno provisional, dictado el día 4 de noviembre de 1868, acaba con la Junta General de Beneficencia, a la vez que deroga una serie de artículos del Reglamento de 14 de mayo de 1852 en vigor (arts. 35 al 37). De esta forma todas sus funciones directivas y administrativas –dentro de una política global descentralizadora-, pasarán a ser competencia de la Dirección General, las Diputaciones y los ayuntamientos, conforme a las leyes orgánicas de régimen local³⁷.

La exposición de motivos de la norma tacha a la Junta General de Beneficencia del Reino como “uno de los muchos cuerpos innecesarios creados durante la dominación anterior, sin más objeto que aumentar las infinitas ruedas administrativas que embarazan y dificultan la acción del Gobierno, produciendo además un gravamen para el Tesoro público, sin resultar de ello beneficio alguno que lo justifique”³⁸.

El ministro que propone el Decreto, adelanta que “se ocupa ya de la formación de un proyecto de ley, más en armonía con el espíritu descentralizador de la revolución, que dará vida propia y desahogada a las corporaciones provinciales y municipales en lo relativo a este importante ramo de la administración pública”. Esta reforma también ha de tener como eje el “hacer que desaparezca todo lo que no tiene razón de ser, y que los

³⁴ GRANJEL, “Legislación”, 288.

Esta división ocasiona enconados debates en el seno del Congreso de los Diputados durante las legislaturas 1864-1865 y 1865-1866 (v. gr. DSC, 9 de marzo de 1866, 507 ss).

³⁵ *Gaceta de Madrid*, nº 146, 26 de mayo de 1866.

³⁶ DSC, 22 de febrero de 1868, 268-269.

³⁷ MAZA, *Pobreza*, 187.

³⁸ *Gaceta de Madrid*, nº 310, 5 de noviembre de 1868.

gastos del erario sean los absolutamente precisos para la buena y económica administración del país”.

Posteriormente, otro Decreto de 18 de noviembre de 1868, firmado por el ministro de la Gobernación, y aclaratorio del anterior (“habiéndose cometido algunas omisiones al publicarse”³⁹) disuelve el Consejo de Sanidad (porque “se duplica el trabajo por la tramitación de los expedientes, se detienen los negocios y a veces se originan divergencias que en más de una ocasión suelen reflejarse en las alteraciones infundadas de los reglamentos, instrucciones o acuerdos”), que es sustituido por una Junta superior consultiva adscrita a la Dirección General y presidida por el ministro (arts. 1 a 10)⁴⁰. Las Juntas provinciales de sanidad constituirán otras tantas secciones consultivas en los gobiernos de provincia, mientras que las Juntas municipales de sanidad pasan a los ayuntamientos como consultivas (art. 11).

Este Decreto insiste en considerar que “uno de los servicios más importantes de la Administración es, sin duda alguna, el ramo sanitario, con los diversos y complejos que comprende la higiene pública”. La norma alude a la Ley orgánica de 28 de noviembre de 1855 que no pudo cumplir el “propósito de darle estabilidad y desarrollo en beneficio de los pueblos”. Las razones radicaron en que “por una parte se centralizaba cada vez más el servicio... por otra, lo numeroso del cuerpo superior consultivo, y hasta cierto punto, su misma organización impedían o dificultaban la deseada facilidad y rapidez por la falta de un positivo engranaje con el centro ministerial encargado de la dirección, iniciativa y ejecución de los asuntos del ramo”.

A ello hay que sumar, según el Decreto, el vicio de que lejos de considerar los establecimientos “como un servicio, se les ha considerado como una renta, y en tal concepto, ni han sido organizados en bien de los pueblos”. En suma, “errores económico-administrativos de esta naturaleza vienen al fin a reflejarse de un modo negativo en la riqueza general y en el progreso del país. Los negocios eternizados en expedientes voluminosos, los pueblos sin reglamentos de higiene a qué atenerse y convertidos en focos de insalubridad... todo, en fin, sometido a una Administración rutinaria y costosa, que ya es tiempo de modificar, si se han de obtener las mejoras que reclama la época y que son propias de un pueblo culto”.

El 21 de octubre de 1868 había visto la luz la normativa dedicada al gobierno provincial, lo que determina que un Decreto dictado el 17 de diciembre acabe con las juntas provinciales y municipales de beneficencia y todas las leyes y reglamentos a ellas referidas (art. 1)⁴¹. Sus funciones pasan a ser desempeñadas por las Diputaciones y los ayuntamientos (art. 2), corporaciones que nombrarán los “empleados que juzguen necesarios para el despacho de los negocios de beneficencia” (art. 4).

Mientras tanto, los ánimos en la cámara legislativa parecen impacientes. En la sesión de 9 de marzo de 1869, el diputado La Rosa recuerda al Gobierno que “la Ley Orgánica de Sanidad fue modificada por un decreto del Gobierno provisional, en cuyo decreto parecía comprenderse que se debía esperar una ley completa. Yo no sé si el

³⁹ *Gaceta de Madrid*, nº 326, 21 de noviembre de 1868.

⁴⁰ GRANJEL, “Legislación”, 289.

⁴¹ *Gaceta de Madrid*, nº 353, 18 de diciembre de 1868.

Gobierno va a presentar esa ley, y si la va a presentar muy pronto, o si espera que de la iniciativa de los señores diputados parta una proposición sobre ese particular. Deseo únicamente saber qué hay sobre esto, para en el caso de que el Gobierno hubiese de tardar en traer esa ley, tomar la iniciativa los diputados que debemos interesarnos especialmente en ello”. El Ministro de la Gobernación le contesta que el Gobierno “se está ocupando en la preparación de los trabajos que han de dar por complemento esa Ley de Sanidad. Es un asunto de estudio que necesita mucho cuidado; pero espero tener muy pronto la honra de presentar el proyecto a las Cortes Constituyentes”⁴².

La nueva Constitución llegará un 6 de junio de 1869. A pesar de la proclamada voluntad descentralizadora, ésta no alcanza el nivel de la protección que merece la normativa constitucional, y el nuevo texto vuelve a relegar a la correspondiente Ley la determinación de las atribuciones, competencias y facultades de Diputaciones y ayuntamientos (art. 99).

Más aún, un Decreto de 9 de julio de 1869 aumenta las medidas de control e intervención sobre los establecimientos benéficos, en especial de los privados⁴³. Alega la exposición de motivos que “la dirección y administración de las fundaciones, cuyos pingües beneficios y rentas con destino a la beneficencia debieron haber aumentado el patrimonio de los establecimientos de esta índole, han adolecido de vicios, cuyos perniciosos efectos se han dejado sentir a medida que las perturbaciones de los tiempos han ofrecido pretextos a la tibieza de la caridad, ocasiones al fraude e incentivos a la codicia y a las malas pasiones... Las ocultaciones, el desconcierto, la disminución de los fondos y los consiguientes perjuicios causados a la beneficencia crecieron en estos últimos años, a punto de hacer indispensables medidas extraordinarias”⁴⁴.

Dentro de estas medidas, cita la norma la “supresión del protectorado que venían ejerciendo los gobernadores, a la sombra del cual se habían creado, en algunas provincias, secciones, inspecciones y otras oficinas, cuyas costosas y estériles tareas sólo han servido para cohonestar descuidos y para dar formas de legalidad a viciosas corruptelas y punibles abusos”.

En orden a “preparar sobre sólidas bases una reforma en el importante ramo de la beneficencia”, la normativa establece que la Dirección General de Beneficencia asuma el control de “cuantos valores procedentes de aquellas fundaciones existan liquidados o para liquidar en la Dirección General de la Deuda o en la del Tesoro, hállese o no ocupados por el Estado” (art. 1), amén de ordenar a los Gobernadores la recolección de datos que permitan disponer de la información suficiente para afrontar la necesaria reforma de los establecimientos y “conocer el verdadero patrimonio de la beneficencia, recobrando su integridad en lo que proceda de patronatos, memorias y obras pías, para aplicarle fielmente a los objetos que se propusieron los fundadores” (art. 5).

Pero aún falta un marco general. En la sesión de las Cortes de 17 de febrero de 1870, el diputado Cervera llama la atención sobre la necesidad de que “venga aquí la

⁴² DSC, 9 de marzo de 1869, 395.

⁴³ GRANJEL, “Legislación”, 295.

⁴⁴ *Gaceta de Madrid*, nº 191, 10 de julio de 1869.

Ley de beneficencia y de sanidad, para que tenga lugar una amplia discusión acerca de ella. El Gobierno de la revolución, yo se lo indico con la mayor lealtad, debe tener en sus manos, con las leyes de beneficencia y de sanidad, auxilios poderosos con que dulcificar grandes males sociales, y las clases conservadoras son las primeras interesadas en que dichos males tengan un remedio legítimo”⁴⁵.

A pesar de lo que pudiera parecer por sus palabras, en opinión de Cervera, “la beneficencia no corresponde, no debe ser atribución del Estado. Éste no tiene que intervenir para nada en el directo socorro del desvalido, huérfano o enfermo. Móviles de otra índole, sentimientos del orden moral son los que dan vida vigorosa a la beneficencia, que arranca en su origen y no reconoce más fuentes que la caridad y la filantropía”.

En tal contexto, las Leyes provincial y municipal de 20 de agosto de 1870 dibujan un panorama ciertamente descentralizado⁴⁶. El artículo 67 de la Ley municipal residencia en los ayuntamientos la exclusiva competencia sobre la gestión, gobierno y dirección de los intereses peculiares de los pueblos y, “en particular, cuanto tenga relación con... instituciones de beneficencia e instrucción y servicios sanitarios”.

Por su parte, el artículo 46 de la Ley provincial reconoce también como “de la exclusiva competencia de las Diputaciones provinciales la gestión, el gobierno y dirección de los intereses peculiares de las provincias, en cuanto, según esta ley o la municipal, no correspondan a los ayuntamientos, y, en particular, lo que se refiere a los objetos siguientes:... Establecimiento y conservación de servicios que tengan por objeto la comodidad de los habitantes de las provincias y el fomento de sus intereses materiales y morales, tales como... Establecimientos de beneficencia”.

3.7.- Y llega la I República

Con el advenimiento de la I República, un Decreto de 22 de abril de 1873 avala una Instrucción remodeladora de los centros benéficos nacionales (generales) ante “la necesidad de imprimir orden y regularidad en los servicios”⁴⁷. El objetivo fundamental del Decreto radica en llenar el vacío normativo existente en torno a cargos anejos a la administración de los establecimientos, por lo que busca “definir dónde comienza y concluye la autoridad de los empleados económicos y facultativos; cuál es la órbita de sus deberes y atribuciones, enlazando al propio tiempo estos cargos, mediante la intervención e inspección más severas, a la responsabilidad legal”⁴⁸. La definición del primer artículo del Decreto es clara: “Los colegios y establecimientos de beneficencia general son públicos, costeados con fondos de la Nación y con bienes donados o legados por la caridad”.

En el ámbito organizativo, un Decreto de 22 de mayo de 1873 disuelve la Junta Superior Consultiva y crea el Consejo Superior de Sanidad, cuyo reglamento es

⁴⁵ DSC, 17 de febrero de 1870, 5852.

⁴⁶ *Gaceta de Madrid*, nº 233, 21 de agosto de 1870.

⁴⁷ MAZA, *Pobreza*, 187.

⁴⁸ *Gaceta de Madrid*, nº 118, 28 de abril de 1873.

aprobado el 17 de julio. Presidido por el ministro de Gobernación, entre sus vocales predominan los facultativos⁴⁹. En su exposición de motivos, después de mencionar la creación del Consejo de Sanidad por la Ley orgánica de 28 de noviembre de 1855, el Decreto alude a la abolición del Consejo y su sustitución por la Junta superior consultiva el 18 de noviembre de 1868, para reconocer que, transcurridos cuatro años y medio, “es lo cierto que... siguen en la actualidad las cosas poco más o menos en el mismo estado”⁵⁰.

El Gobierno no acierta a descubrir las razones de tal situación, puesto que “bien sea por no haber llevado el oportuno correctivo al principio de centralización, bien consista en haber despojado igualmente de toda iniciativa a la Junta, dejándole el carácter exclusivamente consultivo, o ya dependa de la falta de una consignación remuneratoria”.

El resultado es descorazonador, dado que, “hoy como ayer, nuestra llamada legislación sanitaria es un abigarrado conjunto de disposiciones contradictorias, ineficaces muchas y opuestas casi todas al espíritu y a la letra de las instituciones a cuya sombra vive la moderna sociedad española. Y mientras la alta corporación sanitaria, tal vez a su pesar, consume sus fuerzas en la oscura tramitación de expedientes, transcurren los años sin verse los resultados que la reforma hiciera concebir”.

Las oportunidades perdidas son evidentes, pues “las mil y mil cuestiones que la ciencia social por excelencia, la higiene pública, toca y resuelve respecto a la salud de las masas obreras, así industriales como agrícolas, todo está esperando aún la primera palabra”. El Gobierno explica que no puede permanecer inactivo ante esta situación “que tanto afecta a todas las clases sociales, pero más especialmente a aquellas cuyo capital único es la salud”.

El Gobierno de la República no para aquí. En virtud de Decreto de 30 de septiembre de 1873, el protectorado del Gobierno sobre la beneficencia particular sufre un reajuste, de acuerdo con una política descentralizadora. El Gobierno manifiesta que “ha estudiado los medios más apropiados para hacer simpático el protectorado que ejerce sobre la beneficencia particular... llevando la descentralización hasta sus últimas consecuencias y limitando a lo inexcusable la intervención oficial”⁵¹. Uno de sus efectos será la resurrección de las Juntas provinciales y municipales de beneficencia, circunscritas a la beneficencia particular⁵².

No obstante, el Gobierno no oculta que “interesa impedir que el más leve cambio político afecte a una institución tan elevada y a un caudal tan sagrado y respetable bajo todas las situaciones”, además de que “conviene vedar que el favoritismo se mezcle en asuntos que exigen condiciones especiales de moralidad y de inteligencia”. Por último, advierte que “es necesario, en fin, aprovechar las lecciones de la experiencia para organizar un servicio administrativo que, si fue desconocido o

⁴⁹ GRANJEL, “Legislación”, 290.

⁵⁰ *Gaceta de Madrid*, n° 143, 23 de mayo de 1873.

⁵¹ *Gaceta de Madrid*, n° 277, 4 de octubre de 1873.

⁵² MAZA, *Pobreza*, 187-188.

estuvo olvidado antes de la revolución, hoy merece las atenciones preferentes del Gobierno de la República”.

En el último año de la República, un Decreto de 11 de marzo de 1874 sustituye el Consejo Superior de Sanidad por un Consejo Nacional de Sanidad. Con el mismo presidente, su composición prácticamente no varía, aunque exige una mayor cualificación para los médicos que formen parte de él⁵³.

El Decreto aduce como causas del cambio que “necesario es confesar... que este alto cuerpo consultivo, a pesar de las muchas reformas de que fue objeto, nunca ha satisfecho por completo las esperanzas que en él se habían fundado; y ya sea por defecto de su organización, ya por la poca estabilidad en los Gobiernos, ya porque en su seno se infiltró el cáncer roedor de la política que todo lo envenena, o por todas estas causas a la vez, es lo cierto que su iniciativa y reconocida ilustración no correspondieron a la necesidad imperiosa que demanda la reforma de la legislación sanitaria, si hemos de estar a la altura de las demás naciones, en el adelantamiento y perfección de este importante servicio administrativo”⁵⁴.

Apunta también el Gobierno un problema de legalidad hasta ahora soslayado. Y es que la Ley vigente en ese momento continúa siendo la aprobada el 28 de noviembre de 1855, cuyos preceptos de naturaleza legal no pueden ser modificados por una norma de inferior rango como el Decreto. Los objetivos de la reforma son varios:

- Dotar al Consejo en pleno de competencia para proponer de *motu proprio* al Gobierno “cuanto juzgue provechoso al mejor servicio de los elevados fines que se encomiendan a su cuidado... y la formación de los proyectos de ley y reglamentos que tiendan a mejorar el servicio sanitario”.
- Crear una Comisión permanente dentro del Consejo, que “con atribuciones puramente delegadas, entienda en la resolución de aquellos [asuntos] sobre los cuales se haya formado jurisprudencia, o que por su pequeña importancia y por no afectar a intereses generales, no sea necesario oír al Consejo en pleno”.
- Apartar al Consejo “de las alternativas de la política para que en él figuren hombres notables por su reconocido saber e ilustración”.

3.8.- Y llega la Restauración

Con la restauración de la monarquía borbónica en la persona de Su Majestad Alfonso XII, en 1875 resurge de nuevo la división de la hasta entonces Dirección General de Beneficencia, Sanidad y Establecimientos penales en dos organismos separados, la Dirección General de Beneficencia y la Dirección General de Sanidad, conforme al modelo planteado diez años antes⁵⁵.

⁵³ GRANJEL, “Legislación”, 291.

⁵⁴ *Gaceta de Madrid*, nº 75, 16 de marzo de 1874.

⁵⁵ GRANJEL, “Legislación”, 288.

Por su parte, un Real Decreto de 23 de febrero de 1875, disuelve el Consejo Nacional de Sanidad y restaura el Real Consejo de Sanidad conforme a lo recogido en la Ley de 1855, ley sanitaria aún formalmente vigente⁵⁶. La norma apunta que, desde la creación de este órgano, “no ha habido en nuestra nación cambio político alguno de importancia que no haya en él puesto mano, que no haya decretado su disolución y su reorganización. Hecho general y constante que, tratándose de un Cuerpo ajeno en su esencia y en su objeto a las inestables exigencias del criterio político, prueba con harta elocuencia que hasta ahora no se ha logrado depararle las necesarias y propias condiciones exigidas por su alta misión, y aconsejadas por su trascendental cometido”⁵⁷. El Decreto concede un papel proactivo al organismo, cuyas atribuciones “no se limitan a responder a las consultas que el Gobierno le dirija, sino que a su vez podrá consultar a éste y proponer las mejores que estime convenientes” (art. 2).

Esta tendencia continúa cuando un Real Decreto de 27 de abril de 1875 restablece, con carácter centralizador, el protectorado e inspección del Gobierno en el ramo de beneficencia, por lo que dispone que “los servicios de la Administración central conocidos con las denominaciones de Beneficencia general y particular constituyan uno solo bajo el nombre genérico de Beneficencia, encomendado a la iniciativa y administración particular bajo la inspección y protectorado del Gobierno”⁵⁸.

Este Decreto aparece acompañado de una Instrucción que define los establecimientos de beneficencia general y particular, desarrolla el protectorado del Gobierno por medio de los niveles que comienzan en la cúspide del Ministerio de la Gobernación con su Dirección General, y que continúa con los Gobernadores civiles y las Juntas de beneficencia provinciales y municipales⁵⁹.

La exposición de motivos no ahorra elogios para la beneficencia particular: “De la gran España religiosa, guerrera, descubridora, artística, monárquica, resultó naturalmente una gran caridad nacional, un profundo amor al bien, un alto espíritu de protección al infortunio. La beneficencia particular ha sido el reflejo de nuestra civilización”. Lamentablemente, a juicio del ministro proponente de la norma, “el irreflexivo apasionamiento que ha resultado por desgracia en muchas de nuestras reformas políticas y administrativas, se ha dejado sentir también en aquella... Se lanzaron contra la benéfica los más rudos ataques”.

El panorama pintado por la norma es desalentador: “Los establecimientos de beneficencia general son pocos, mal distribuidos y de dotación escasa. Los provinciales y municipales carecen de toda tutela e inspección superior. Y unos y otros deben casi sin excepción su origen a la iniciativa particular, no siendo aventurado asegurar que acaso no se rigen y gobiernan de la manera más apropiada para atraer afectos y auxilios. En cambio, las instituciones particulares, siquiera hayan sido muy mal tratadas, conservan más recursos e interesan en su protección a la inteligencia y a la actividad privadas”.

⁵⁶ *Ibidem*, 291.

⁵⁷ *Gaceta de Madrid*, nº 55, 24 de febrero de 1875.

⁵⁸ *Gaceta de Madrid*, nº 118, 28 de abril de 1875.

⁵⁹ GRANJEL, “Legislación”, 295.

El objetivo de la norma radica en “la refundición de todos los servicios de beneficencia en una legislación común... Así, la beneficencia particular vendrá en obligado auxilio de la pública, y especialmente de la general, aliviando los presupuestos del Estado, y nunca más podrá distraerse de su sagrado destino la hacienda del pobre y del enfermo. Así también la beneficencia pública se organizará como la particular”.

Sin embargo, el problema financiero persiste. En la sesión de la cámara legislativa de 18 de mayo de 1876, con ocasión del debate presupuestario, el diputado Guirao recuerda que a los establecimientos de beneficencia “se les vendió completa y absolutamente sus bienes, recibieron a cambio inscripciones intransferibles, cuyos intereses estaba el Gobierno en la obligación imprescindible de pagar y satisfacer. Por el proyecto de presupuestos presentado al Congreso, estos intereses se disminuyen nada menos, señores, que en dos terceras partes. Los establecimientos, pues, de beneficencia, que estaban heridos de muerte, van a terminar por inanición”⁶⁰.

Dos años más tarde, el 6 de julio de 1878, el Congreso de los Diputados hace público el dictamen de la comisión encargada de examinar el proyecto de Ley de beneficencia presentado por el Ministro de la Gobernación⁶¹. El texto define a este ramo como “uno de los servicios públicos obligatorios” (artículo 1). Distingue establecimientos generales a cargo del Estado, establecimientos provinciales y municipales. Al Gobierno le corresponde la gestión de la beneficencia pública general, tocando al Ministro de la Gobernación el nombramiento de las Juntas central, provinciales y municipales, así como el de los empleados del ramo (artículos 2 y 5). Asimismo, le incumbe la inspección de los establecimientos benéficos provinciales y municipales, así como la de la beneficencia particular (artículo 4).

El dictamen es discutido en la sesión del 9 de julio de 1878, en la que el presidente abre la discusión sobre la totalidad del texto, y, con palabras expresivas por su ausencia, el diario de sesiones reza: “No habiendo quien pidiera la palabra en contra, se pasó a la discusión por artículo, y sin debate alguno fueron aprobados los once de que constaba el dictamen”⁶². Sólo años más tarde, un Real Decreto de 27 de julio de 1881 modifica la Instrucción de los establecimientos de beneficencia, sin cambios significativos por lo que a nuestro objeto de conocimiento respecta⁶³.

3.9.- Intentos malogrados de reforma

Llegamos así a principios del año 1883, cuando arriba al Congreso un proyecto de Ley sobre Sanidad Civil⁶⁴. Para este proyecto, su finalidad consiste en elevar “a preceptos legales los principios de la higiene y los administrativos, para que practicándolos, se conserve la salud de los individuos y de los pueblos, con aumento en la duración y bienestar de la vida y progreso de la especie humana” (artículo 1).

⁶⁰ DSC, 18 de mayo de 1876, 1523.

⁶¹ DSC, 6 de julio de 1878, apéndice primero.

⁶² DSC, 9 de julio de 1878, 2858.

⁶³ GRANJEL, “Legislación”, 295.

⁶⁴ DSC, 13 de enero de 1883, apéndice cuarto.

Esta propuesta coloca al Ministro de la Gobernación como “jefe superior del ramo” (artículo 4), auxiliado por el Consejo de Estado, el Consejo Superior de Sanidad y la Real Academia de Medicina como corporaciones consultivas (artículo 6). De acuerdo con el espíritu centralizador predominante, los gobernadores de provincia ejercen la administración provincial del ramo (artículo 7) auxiliados por los Consejos de Sanidad y las Academias de Medicina provinciales (artículo 9). En el nivel municipal corresponde el ejercicio de la administración sanitaria a los alcaldes, asistidos de inspecciones médicas, farmacéuticas y veterinarias, a la par que auxiliados por los Consejos de Sanidad municipales como corporaciones consultivas (artículos 10 y 12).

Dentro del nivel ministerial, el proyecto alude a una Dirección General de Sanidad (artículo 188), amén de a tres Inspecciones generales de salud pública (artículo 190). En el nivel provincial, regula Inspecciones de sanidad provinciales (artículo 210) como auxiliares inmediatos y representantes del Gobernador de provincia para los servicios del ramo, y siendo auxiliadas a su vez por tres Subinspecciones de sanidad provinciales en cada partido judicial (artículo 220).

Pasan más de tres meses y en la sesión del Congreso de 24 de abril de 1883, el diputado Aguilera recuerda que “hace algunos meses que está en la Comisión que nombró el Congreso el proyecto de Ley de Sanidad Civil... No solamente no se ha formulado dictamen, que tiempo suficiente, a mi juicio, ha transcurrido ya para formularse, sino que ni siquiera se ha podido discutir en la Comisión, porque, según de público se dice, aunque muchas veces proyecta reunirse la Comisión, muy pocas ha logrado realizarlo”

Intrigado por esta inexplicable tardanza, el parlamentario pregunta “cuáles son los motivos por los cuales una ley tan importante como la de Sanidad no se discute en el seno de la Comisión, y yo ruego al señor Presidente excite el celo de esa Comisión para que dé dictamen acerca de ese importante proyecto de ley”⁶⁵.

Uno de los miembros de la Comisión, el diputado García Ceñal, explica que la Comisión ha desarrollado ya trabajos y reuniones diversas en torno al proyecto, a veces con presencia del Ministro de la Gobernación, pero que hay que tener en cuenta que “la Ley se compone de cerca de trescientos artículos; en segundo lugar, introduce variaciones sustanciales que afectan al presupuesto y, en tercer lugar, hay muchos puntos de doctrina que es indispensable estudiar con gran detenimiento”.

No obstante, el interviniente reconoce que “no debo ocultar a su señoría que en el seno de la Comisión hay diferentes criterios, que aun dentro de la casa la ley tiene una atmósfera poco favorable... Ese es un motivo más para que la Comisión vaya con más pausa y con más cuidado en el examen de todas y cada una de las cuestiones que surgen de esta ley”.

A lo largo del debate suscitado, tercia el diputado Cañamaque para indicar que “la Comisión de sanidad, nombrada, a mi juicio en mala hora, aunque con muy buena voluntad, por la indicación del Gobierno, se compone de seis compañeros nuestros que,

⁶⁵ DSC, 24 de abril de 1883, 2130 ss.

la verdad sea dicha, apenas están conformes con lo sustancial de la Ley, con lo esencial de la Ley, con lo fundamental de la Ley”. Y así le fue.

Incólume aún la Ley, la vía de las reformas la marca el Gobierno en el uso de sus potestades normativas. De este modo, un Real Decreto de 27 de enero de 1885 varía la Instrucción para el régimen de los establecimientos de beneficencia general, esto es, los sostenidos por el Estado⁶⁶. La promulgación de la norma obedece a la necesidad de ordenar el panorama confuso de normativa dispersa y diversa que ocasiona “dudas y complicaciones en su ejecución”⁶⁷. La idea es publicar una nueva Instrucción general “que refunda y complete las disposiciones hoy vigentes, formando así un solo cuerpo de doctrina que satisfaga cumplidamente todas las necesidades de este importante ramo de la Administración pública”.

Lo que tampoco cambia es la Ley de Beneficencia. En la sesión del Congreso de los Diputados del 12 de marzo de 1885, el diputado Hernández Iglesias ruega al Ministro de la Gobernación que “sabe harto bien que la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849, vigente hoy, aunque no en todas sus partes, por esta circunstancia, y especialmente por la de que no engrana con la organización política y administrativa del país, merece seria reforma. Por otra parte, en esa Ley hay establecida una organización y unos procedimientos que no son los más apropiados para que el servicio benéfico sea todo lo económico y eficaz que es en la mayor parte de los países cultos. En vista de esto, yo me atrevo a rogar al Señor Ministro de la Gobernación que tan pronto como sus perentorias ocupaciones se lo permitan, traiga a la Cámara un proyecto de ley organizando debidamente este servicio”⁶⁸. El Ministro Romero Robledo le respondió que tan pronto esté culminada la reforma de la organización política y administrativa acometerá la correspondiente al ramo de la beneficencia.

Mientras tanto, la Ley de Sanidad permanece impasible. En la sesión del Congreso de los Diputados del 25 de mayo de 1885, el diputado Sastrón presenta a la cámara legisladora “una instancia que le elevan los dignos profesores de las ciencias médicas del partido de Calamocha, en la provincia de Teruel, solicitando una nueva Ley de Sanidad que supla las deficiencias de la vigente. Al cumplir encargo tan honroso, ruego al Congreso una vez más fije toda su atención en las justísimas reclamaciones de una clase tan acreedora a la consideración social, por la importancia de los sagrados oficios que ejerce”. La cámara acuerda que la solicitud pase a la comisión competente⁶⁹.

La aparición de casos de cólera en Tolon y Marsella había hecho saltar las alarmas desde el año anterior⁷⁰. El problema radicaba en que la vigente Ley de Sanidad, a juicio de algunos diputados, no permite el establecimiento general de cordones sanitarios, y el Gobierno los había ordenado en determinadas poblaciones sin solicitar autorización al Congreso, ni instando la modificación de la Ley en este punto, es decir, “violentando a todas luces el artículo 57 de la Ley de Sanidad vigente”.

⁶⁶ GRANJEL, “Legislación”, 296.

⁶⁷ *Gaceta de Madrid*, nº 36, 5 de febrero de 1885.

⁶⁸ DSC, 12 de marzo de 1885, 2866.

⁶⁹ DSC, 25 de mayo de 1885, 4448.

⁷⁰ DSC, 16 de junio de 1885, 5060.

La paciencia del diputado Sastrón parece agotarse en la sesión de 9 de julio de 1885, cuando recuerda a la cámara que en diecinueve ocasiones ha rogado al Gobierno “que se sirva traer a esta cámara un proyecto de ley que organice lo más completamente posible los importantísimos servicios de la sanidad terrestre y marítima... Como quiera que la legislatura termina, suspendiendo las Cortes sus tareas, y nuestro país está tan necesitado de una Ley de Sanidad, yo excito una vez más al Gobierno de Su Majestad a fin de que durante este interregno parlamentario se ocupe en la formación de esa Ley que tan provechosa ha de ser para los intereses generales de la Nación y para la salud pública”⁷¹.

Siguiendo el hilo de la cambiante política organizativa ministerial, un Real Decreto de 26 de febrero de 1889 recoge la existencia de una Dirección General de Beneficencia y Sanidad compuesta a su vez por tres secciones, siendo la tercera la Sección de Sanidad⁷².

Por su parte, otro Real Decreto de 14 de junio de 1891 aprueba el Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos, que regula el ejercicio del deber de los ayuntamientos de proporcionar asistencia facultativa gratuita a las familias pobres residentes en cada municipio, ejercicio que será desarrollado bajo la “constante vigilancia” de los gobernadores (artículo 33)⁷³.

En un intento de enmarañar aún más la compleja maquinaria administrativa, un Real Decreto de 20 de diciembre de 1892 suprime la Dirección General de Sanidad. Sus atribuciones serán objeto de una “notable dispersión... a diversos Ministerios y organismos”⁷⁴. La Dirección General de Sanidad será restablecida posteriormente por norma de igual rango promulgada un 13 de agosto, siete años después⁷⁵. A pesar de las apariencias, no dejará de ser un fantasma de lo que fue, pues tiene atribuidas “tan mezquinas funciones y elementos de vida, que más parecía un símbolo que una realidad. La mayor parte de los graves asuntos sanitarios y médicos de España no tenían dependencia ni relación alguna con ella”⁷⁶.

Y aparece un nuevo intento de reformar la Ley de Sanidad. Ahora la estrategia es distinta y, en lugar de que el Gobierno remita un proyecto a las Cortes, serán las cámaras legislativas quienes aprueben una ley de bases que abra la vía al Gobierno para desarrollar la reforma.

En esta línea, el 24 de enero de 1895 el Congreso de los Diputados acuerda que pase a la comisión correspondiente un proyecto de ley, remitido por el Senado, autorizando al Gobierno para presentar una Ley de Sanidad conforme a las bases que contiene⁷⁷. En su base decimotercera, el proyecto apunta que “el jefe superior de

⁷¹ DC, 9 de julio de 1885, 5776.

⁷² GRANJEL, “Legislación”, 289.

⁷³ *Gaceta de Madrid*, nº 167, 16 de junio de 1891.

⁷⁴ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 124.

⁷⁵ GRANJEL, “Legislación”, 289.

⁷⁶ TORRES SOTO, J. A., “Organización y régimen jurídico de la Sanidad española en el siglo XIX”, *BDSGT del Ministerio de la Gobernación*, 61 (1972), 23 (cit. por MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 125).

⁷⁷ DSC, 24 de enero de 1895, 1222 y apéndice primero.

sanidad, en todos los ramos y grados, es el Ministro de la Gobernación”, y, al mismo tiempo, divide la administración sanitaria en central, provincial y municipal.

La prevalencia de los órganos unipersonales y ejecutivos es clara cuando esta base dispone que “la administración central corre a cargo del director general de sanidad; la provincial a cargo de los gobernadores provinciales y la municipal a cargo de los alcaldes”. Corresponderá al texto de la Ley el determinar las atribuciones que incumban a cada una de estas autoridades y las relaciones entre ellas.

Por lo que toca a los órganos consultivos, la base decimosexta señala que su misión consiste en “aconsejar a las autoridades sanitarias”. Dibuja un esquema encabezado por el “Real Consejo de Sanidad para asesorar al Ministro de la Gobernación, un Consejo provincial al lado de cada gobernador y un Consejo municipal al lado de cada alcalde”. En cuanto al nombramiento de sus miembros, los componentes del Real Consejo de Sanidad serán nombrados por Real Decreto, los del provincial por el Ministro a propuesta de los gobernadores, mientras que los municipales lo serán por los gobernadores a propuesta de los alcaldes.

El proyecto de ley de bases distingue estos órganos consultivos de aquellos otros organismos que asesoran en “asuntos científicos relacionados con esta Ley”. Estos cuerpos de asesoramiento científico serán la Real Academia de Medicina de Madrid, para el Ministro, y las Academias de Medicina de distrito, para los gobernadores provinciales.

La comisión nombrada por el Congreso de los Diputados emite su dictamen sobre este proyecto el 28 de marzo de 1895, texto que incluye enmiendas de detalle a la propuesta de la cámara alta que no afectan a nuestro objeto de conocimiento y que únicamente persiguen conservar los “pensamientos fundamentales” y “los principios científicos contenidos en el proyecto del Senado y la precisión absoluta de no aumentar gastos al Tesoro público, ni a las corporaciones populares”⁷⁸. Al final, quedó pendiente su discusión.

El Gobierno tiene que seguir actuando al margen de las cámaras legislativas. Un Real Decreto e Instrucción de 14 de marzo de 1899 desarrollan el marco legal de la beneficencia particular en España. Merece especial mención el preámbulo de Eduardo Dato, ministro de la Gobernación, que no regatea alabanzas hacia el ámbito benéfico particular, “orgullo de nuestra patria, que ha logrado escapar de las vicisitudes políticas y, con el acierto del protectorado, recuperar su provechoso influjo”⁷⁹. Este Decreto continúa encomendando al Gobierno la inspección y protectorado sobre los servicios de beneficencia general y particular, ejercidos por el Ministro de la Gobernación y “la Dirección correspondiente” (artículo 1). Al mismo tiempo, deroga las disposiciones anteriores sobre esta misma materia (artículo 12).

Pero la realidad siempre termina llamando a la puerta. Una alarma epidemiológica proveniente de Portugal y la vuelta a casa de los soldados que habían combatido en la Guerra de Cuba, coloca de nuevo en la primera página de las

⁷⁸ DSC, 28 de marzo de 1895, apéndice trigésimo quinto.

⁷⁹ MAZA, *Pobreza*, 191.

prioridades la elaboración de una nueva Ley que dote al país de una organización y medios suficientes para luchar y prevenir las enfermedades transmisibles.

Al eco de estas preocupaciones, una Real Orden de 16 de marzo de 1899 vuelve a poner sobre la mesa la apremiante necesidad de una nueva Ley de Sanidad que incorpore “el progreso científico de la higiene pública, manifestado por los estudios acerca de la bacteriología, como medio de conocimientos de la etiología de las enfermedades infecciosas, contagiosas y epidémicas, por las nuevas doctrinas expuestas en las Conferencias Sanitarias Internacionales celebradas sucesivamente desde 1866 en Constantinopla, Viena, Washington, Roma, Dresde, París y Venecia, como igualmente los congresos y exposiciones internacionales de Higiene y Demografía y por el desarrollo material en diferentes órdenes de la actividad humana”⁸⁰.

En esta línea, el 28 de julio de 1899 vuelve al Congreso de los Diputados un proyecto de ley de bases para la formación de una Ley de Sanidad, remitido por el Senado, y tomando en consideración lo propuesto por el Gobierno⁸¹. En esta ocasión, el proyecto parte del principio de que “corresponde a la administración sanitaria la conservación de la salud pública y cuanto se dirija al mejoramiento de las condiciones de la vida física” (base primera).

En el ámbito organizativo, el proyecto de ley de bases establece que “la organización e inspección de todos los servicios sanitarios corresponden al Ministerio de la Gobernación. La administración central estará a cargo de un Director General de Sanidad, la provincial a cargo de los gobernadores de provincia y la municipal a cargo de los alcaldes” (base décimonovena). En lo restante, la organización es prácticamente coincidente con la dibujada por el proyecto elaborado cuatro años antes.

Tras cinco meses y medio, la comisión correspondiente emite su dictamen el 15 de enero de 1900, explicando antes que nada que ha actuado “ganosa del acierto, antes que de la rapidez... Ninguna consideración de extrema urgencia aconsejaba abreviar el estudio y precipitar la resolución de los graves problemas científicos, sociales, administrativos y económicos que necesariamente se encierran en el contenido de una ley sanitaria”⁸².

La comisión introduce algunas modificaciones de calado, “inspirándose en móviles ajenos a todo interés de partido y de clase, atenta sólo al interés supremo de la salud pública y sin perder de vista lo angustioso de nuestro presente estado financiero”, pero estas enmiendas no afectan a nuestro objeto de conocimiento (así, por ejemplo, aduce que “la libertad de las profesiones médicas, principio en el cual coinciden todos los diputados que pertenecen a la comisión, la ha movido a suprimir la colegiación obligatoria”).

Aprobado este dictamen por la unanimidad de los miembros de la comisión, en la sesión de 20 de febrero de 1900, el diputado Aguilera reitera que es “de urgente necesidad social la discusión de esta reforma, que ha traído el Señor Ministro de la

⁸⁰ *Gaceta de Madrid*, nº 76, 17 de marzo de 1899.

⁸¹ DSC, 28 de julio de 1899, apéndice primero.

⁸² DSC, 15 de enero de 1900, apéndice undécimo.

Gobernación, para que tengan las autoridades los medios necesarios para combatir esta clase de enfermedades y para ponernos en esto al nivel de todas las naciones”⁸³.

El debate en el pleno del Congreso de los Diputados comienza el 17 de marzo de 1900, y el diputado Herrero recuerda que “estas materias relacionadas con la sanidad han parecido durante larga época sustraídas al examen de los Parlamentos, al menos al de aquellos de sus miembros que no se encontraban investidos de un carácter técnico, indudablemente muy recomendable cuando se trata de estas materias, pero que no es el único que atribuye competencia para discurrir acerca de ellas. Una ley de sanidad no es una ley de medicina. Una ley de sanidad tiene un fondo social trascendentalísimo y directamente relacionado con problemas que afectan al conjunto de los intereses colectivos, en tal forma, que sólo con el concurso del jurisconsulto, del arquitecto, y el de todos aquellos, en suma, que se relacionan por sus funciones con la organización de los servicios públicos, pueden acertadamente resolverse apreciando los aspectos diferentes y complejos que de su examen desde el primer momento se deducen”⁸⁴.

En la sesión de 29 de marzo de 1900 aún continúa la discusión del pleno⁸⁵. La disolución de la cámara pondrá punto y final al debate y a la posibilidad de una nueva Ley de Sanidad en el tránsito finisecular.

⁸³ DSC, 20 de febrero de 1900, 4642.

⁸⁴ DSC, 17 de marzo de 1900, 5360.

⁸⁵ DSC, 29 de marzo de 1900, 5622.

EL REAL DECRETO DE 1904

A finales del siglo XIX, habíamos venido asistiendo a un proceso que incrementa el aprecio por la valoración hospitalaria, al mismo tiempo que comienza el deprecio de la asistencia asilar. Como apunta Carasa Soto, “desde ahora comenzará a valorarse la experiencia hospitalaria como más profesionalizada y científica y a rebajarse el aprecio del tratamiento en régimen de internado de los marginados sociales”¹.

Al propio tiempo, la inadecuación de la normativa del año 1855 era un clamor a voces, haciendo precisa una renovación profunda que la pusiera al día². En principio, la idea consistía en aprobar una nueva Ley. Ante los intentos frustrados en los últimos quince años del siglo anterior, en la sesión del Congreso de los Diputados celebrada el 28 de octubre de 1902, el parlamentario Moliner pregunta al Ministro de la Gobernación sobre cuál será la actuación del Gobierno “después de los hechos denunciados y relatados en la Memoria que leyó hace pocos días en el Anfiteatro de San Carlos el Director General de Sanidad. En esa memoria se consignan hechos que son verdaderamente desconsoladores. La prensa se hizo eco de ellos y se enteró el país. Ha sido repartida la memoria a todos los señores diputados y no podemos alegar ignorancia ni el país, ni nosotros, de la mortalidad tan espantosa que nos arruina y nos diezma por el abandono lamentable en que se encuentran las leyes sanitarias... Creo conveniente preguntar al Gobierno si está dispuesto a hacer algo en la reforma de las leyes sanitarias y en el remedio urgente de un mal tan bochornoso y tan grave”³.

El Ministro de la Gobernación, Moret, responde que “el haber denunciado el Director de Sanidad estos hechos significa el principio de una campaña que el Gobierno piensa emprender para ver si consigue que las disposiciones sanitarias, ya populares en otros países, lleguen a ser efectivas en España, donde no sólo es horrible la mortalidad, sino que hay otro detalle que verdaderamente produce tristeza en el ánimo, y es que la natalidad es aquí superior a la de otros países, de modo que no faltan las condiciones de vida, sino que sobran las condiciones de muerte”.

¹ *El sistema sanitario*, 1985, 47.

² MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 126.

³ DSC, 28 de octubre de 1902, 996.

Sin embargo, “el problema, como sabe su señoría, no es fácil de resolver. La legislación sanitaria es difícil de implantar y además un poco cara... Pienso traer la reforma de la legislación sanitaria y pedir modestamente, pero, en fin, de alguna manera positiva, los créditos bastantes para poder realizar una parte, por lo menos, de lo que yo considero indispensable para la sanidad en España”.

Un mes más tarde, el 26 de noviembre de 1902, el mismo diputado Moliner vuelve a la carga y recuerda la pregunta formulada el mes anterior y añade: “Desde aquel día a la fecha han aumentado los argumentos, por una razón muy sencilla: Ha transcurrido un mes y hemos perdido 15.000 hombres en este mes, no porque Dios haya querido, no porque la naturaleza haya querido... Esos 15.000 hombres los hemos perdido porque no hemos legislado, los hemos perdido porque no hemos querido ahorrar sus vidas, los hemos perdido porque no hemos procurado tener la legislación sanitaria de los demás países cultos, como la de los belgas, la de los ingleses, la de los italianos y hasta los turcos inclusive”⁴.

En consecuencia, Moliner ruega “al Señor Ministro de la Gobernación y al Señor Presidente de la Cámara que se pongan de acuerdo para que, a ratos perdidos, porque no cuesta nada, pues tan sólo tenemos que copiar, reformemos la legislación sanitaria en la medida que los recursos nos lo permitan, siquiera sea en aquellas leyes que no han de costar dinero”.

El Ministro de la Gobernación le responde para recordarle que el grueso de la reforma sanitaria exige dinero en obras costosas, así el saneamiento o garantizar la pureza de las aguas para el suministro. Y además, con eso sólo no basta. También requiere establecer penas para quienes incumplan sus obligaciones, “pero en el momento en que se hace uso de la penalidad se le califica a uno de reaccionario, porque no se entiende la libertad como yo la entiendo... La legislación sanitaria, como otras muchas, debe consistir en esto: Hacer tal cosa, y de no hacerla, el castigo”.

Y con esas premisas, tiende la mano al diputado para invitarle a “presentar proposiciones de ley con las que vaya formándose como un código sanitario, cosa fácil, porque, como su señoría ha dicho, no hay más que copiar... Ayúdenos su señoría en ese camino, que yo le ayudaré... Y la Cámara, al votar esas proposiciones, establecerá el compromiso de pagar los gastos que ellas traigan, y en ese caso el Gobierno marchará holgadamente y con gran desembarazo”.

Pero el problema también es de fondo, en la propia estructura gubernamental. En tal estado de cosas, el 18 de enero de 1903, quien desempeñase la responsabilidad del cargo de Director General de Sanidad, Ángel Pulido, no tiene más remedio que reconocer que “en la administración pública se obedecen o se desatienden las órdenes según convengan a los intereses y prejuicios de las autoridades que deben cumplirlas... Las órdenes emanadas de la superioridad son letra muerta, que no se aplica más que cuando conviene a fines políticos”⁵. No ayuda mucho a cambiar las cosas, por lo que

⁴ DSC, 26 de noviembre de 1902, 1462.

⁵ D. GARCÍA GUERRA Y V. ÁLVAREZ ANTUÑA, “Regeneracionismo y salud pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902)”, *Dynamis, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.*, 14 (1994), 39.

toca al ramo que nos ocupa, la evidencia que tiene nuestro protagonista de la “escasa ilustración sanitaria de nuestros políticos, quienes ni directa ni indirectamente suelen conocer la significación y trascendencia de estos problemas, considerados siempre de orden inferior”.

En la práctica, finalmente el Gobierno actúa y un Real Decreto de 12 de enero de 1904 aprueba la Instrucción General de Sanidad⁶. Para Muñoz Machado, esta norma “vino a representar el último impulso renovador serio que afectó a la Administración sanitaria española. No se apartó demasiado del sistema anterior, pero las innovaciones que aporta serían las últimas sustanciales que, de alguna forma, pasarían a ser recogidas o desarrolladas en textos posteriores”⁷. Por lo pronto, consciente o inconscientemente, pasaron inadvertidos los posibles problemas de legalidad que podía suponer el hecho de que un reglamento modificase las prescripciones de una ley.

Una de las ideas generales de la nueva norma consiste en apoyar la tendencia a la especialización de los órganos sanitarios, dotándolos de cierta independencia técnica frente a los órganos gubernativos. Eso sí, “sin desligarla... en cuanto puedan vigorizar su acción o evitar sus arbitrariedades... encaminados a evitar demoras, intromisiones y dificultades en la libre marcha de una función administrativa, cuyo carácter esencialmente técnico autoriza a esta confiada delegación”. La figura esencial a este respecto es la de las Inspecciones de Sanidad en provincias y municipios⁸.

Al frente de las provinciales actúa un inspector nombrado por oposición entre doctores en medicina y cirugía con más de ocho años de ejercicio profesional. Para comandar las municipales habrá un inspector en los municipios con más de cuarenta mil habitantes, ejerciendo el cargo el Subdelegado de Sanidad de Medicina o, donde no lo hubiese, por no ser pueblos cabezas de partido judicial, actuaría como tal el médico titular.

Estos inspectores “procederán y acordarán por sí mismos, excusando la intervención directa de las mencionadas autoridades gubernativas [gobernadores y alcaldes], mientras ella no sea necesaria por precepto especial de esta Instrucción, sus reglamentos u otras disposiciones legales, o no la requiera el pronto y efectivo éxito de las providencias. Del ejercicio de estas atribuciones delegadas, darán los inspectores cuenta, previa o simultáneamente, de su uso a la autoridad respectiva” (art. 58).

Esta Instrucción residencia en la sanidad provincial “la vigilancia, consulta y complemento de los cometidos asignados a la municipal” (art. 146). Además, le encomienda la higiene y régimen sanitario de los hospitales y asilos sostenidos con fondos provinciales, la vigilancia de los expósitos, etc. Un reglamento redactado por la Junta provincial de Sanidad, y aprobado por el Gobernador civil de la provincia, detallará el modo de cumplir estas obligaciones y servicios.

Asimismo, advierte la Instrucción que “las Juntas provinciales de sanidad procurarán en su reglamento concordar las prescripciones aplicables a los diferentes

⁶ *Gaceta de Madrid*, nº 23, 23 de enero de 1904.

⁷ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 127.

⁸ *Ibidem*, 128 ss.

municipios con las que éstos adopten en los respectivos reglamentos municipales; pero las relativas a enfermedades epidémicas, infecciosas y a los medios de combatirlas, serán las mismas para todos los pueblos y acomodadas a las disposiciones de esta Instrucción” (art. 147).

Para Muñoz Machado, esta permanencia de las Juntas de Sanidad no impide que fueran, a estas alturas, “órganos consultivos de escasa participación, a los que se podía desoír a placer, no obedeciendo su permanencia a mayores justificaciones de la que representa la necesidad de que los entes locales se sintieran partícipes en la gestión de unos asuntos que cada día más escapaban de su esfera y que, sin embargo, financiaban”⁹.

La aprobación de esta norma por el Gobierno tuvo su eco en el Congreso de los Diputados. En la sesión de 27 de enero de 1904, el diputado Muro pregunta si el texto finalmente aprobado por el Gobierno y publicado en la *Gaceta* ha respetado el informe emitido por el Consejo de Estado, para saber “hasta qué punto el Sr. Ministro de la Gobernación, en esa obra importante, se ha desviado de la opinión autorizada del Consejo de Estado o se ha conformado con ella; hasta qué punto su señoría se ha conformado con las observaciones luminosas de la prensa profesional y de las clases médicas”¹⁰. El Ministro de la Gobernación le responde que le remitirá el expediente para que el parlamentario juzgue por sí mismo.

Una vez que el responsable ministerial envía la información a la cámara, el diputado Alonso Castrillo, en la sesión de 20 de junio de 1904, le recuerda al Ministro que “diferentes centros, corporaciones y hasta particulares” han dirigido observaciones contra las normas que componen la Instrucción¹¹. A los efectos de poder contar con la mayor información posible, el parlamentario reclama que el ministerio remita el expediente completo con todos sus antecedentes, así como que el Consejo de Estado también envíe la documentación de que disponga al respecto. El Ministro de la Gobernación, Sánchez Guerra, le responde que no hay inconveniente en remitir esa documentación. Y, en efecto, llegó al Congreso el 3 de noviembre del mismo año¹².

Como valoración global de la norma de 1904, cabe apuntar que con ella “la normación de lo relativo a la Sanidad es ya, más que nunca, una función totalmente a cargo del Estado... No habrían de pasar muchos años para que la reglamentación indicativa de los asuntos propios de la sanidad municipal se convirtiera en reglamentación directa sin mayores rodeos. La evolución llevaba este camino insoslayable”¹³.

Cinco años más tarde, el 12 de marzo de 1909, ante la aparición de noticias alarmantes en torno al estado de la salud pública en la capital, el diputado Francos Rodríguez achaca al Gobierno que, para afrontar esta situación, “el ejército es aguerrido, numeroso y diestro, pero, sin embargo, no está en condiciones para combatir

⁹ *Ibidem*, 130.

¹⁰ DSC, 27 de enero de 1904, 3489.

¹¹ DSC, 20 de junio de 1904, 5264.

¹² DSC, 3 de noviembre de 1904, 774.

¹³ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 147.

el enemigo. Hay dos inspectores generales de Sanidad, cuatro subinspectores, una Junta provincial de Sanidad con el inspector provincial correspondiente, una Junta municipal de Sanidad con sus inspectores municipales correspondientes, una beneficencia general, una beneficencia provincial y una beneficencia municipal. La plana mayor del ejército no puede ser ni más completa, ni más lúcida, ni más numerosa. Pero, a pesar de eso, por entre las mallas de la organización nuestra, no diré del desorden, pero sí de la falta de orden que hay en todos estos elementos, se escapa la acción oficial, de tal suerte que ni el propio Ministro puede decir ahora el número de casos de tifus que hay en Madrid”¹⁴.

Llegamos así a la sesión regia de apertura de las Cortes celebrada el miércoles 15 de junio de 1910, donde el monarca anuncia que “por lo que se refiere a la salud pública, siguiendo la corriente iniciada en los países más cultos de Europa y América, en los cuales hállanse planteados los problemas que más importan a su existencia y bienestar en términos puramente higiénicos, de una higiene social antes desconocida, entenderán también las Cortes en una Ley de Sanidad de amplios horizontes, dirigida principalmente al saneamiento de las ciudades y los campos”¹⁵. La cámara celebró su última sesión del período el 24 de diciembre. La supuesta nueva Ley no vería la luz.

En la antesala del estallido de la I Guerra Mundial, durante la sesión celebrada el 19 de mayo de 1914, el diputado Moliner eleva un ruego al Ministro de la Gobernación para que ejecute “el verdadero remedio consistente en hacer una nueva Ley de Sanidad, porque la Ley de Sanidad que hoy tenemos, y que data del 55, se ha hecho imposible por lo anticuada y por lo caótica que la han hecho los varios malos remiendos que se han intentado. Con ella sólo tenemos una ficción, una sombra de ley sanitaria, y la prueba de que tenemos nada más que una ficción de ley sanitaria es que estamos pagando un tributo a la muerte que ya no se paga en ningún país culto... ¡250.000 hombres perdemos todos los años porque nuestra mortalidad no es la europea! ¿Valdrá la pena, si la cifra es tan espantosa, de que pongamos manos diligentes en reformar honda y radicalmente nuestra ley sanitaria?”¹⁶.

No obstante, la reforma de la ley es necesaria, pero no suficiente. En palabras del diputado preopinante: “Es preciso desengañarse, señores diputados, si ha de haber higiene pública en España, si ha de disminuir nuestra mortalidad, es preciso que destinemos a las atenciones sanitarias algunos millones, porque para todo es preciso el dinero... ¿Cómo se quiere tener vida y salud si no dotamos los presupuestos de sanidad debidamente?”.

A punto de acabar la Gran Guerra, en la sesión de 18 de julio de 1918, el diputado Van-Baumberghen reclama “con insistencia realmente machacona que el Gobierno, y especialmente mi ilustre jefe y amigo el Sr. Ministro de la Gobernación, intervengan para solucionar determinados problemas que afectan a la beneficencia y a la sanidad pública... No desconocen los señores diputados las relaciones estrechas, estrechísimas, que existen entre la beneficencia y la sanidad, ni que ha cambiado la orientación y el aspecto de ambas de un modo radical en los últimos años”¹⁷.

¹⁴ DSC, 12 de marzo de 1909, 3056.

¹⁵ DSC, 15 de junio de 1910, 4.

¹⁶ DSC, 19 de mayo de 1914, 728.

¹⁷ DSC, 18 de julio de 1918, 2662.

Por un lado, la beneficencia, “que empezó por tener carácter esencialmente privado... tomó después de las ideas sembradas en Francia por efecto de su revolución un carácter determinadamente oficial... La sociedad había de proporcionar al individuo el trabajo primero y la asistencia pública en todo momento”. Siendo ello así, en España “se ha desarrollado en forma enclenque la beneficencia pública, hasta el punto de que existen escasísimos establecimientos de carácter general a cargo del Estado, que la beneficencia provincial no tiene más que muy pocos o muy defectuosos establecimientos públicos, los cuales atraviesan una vida precaria, y, por último, que la beneficencia municipal no paga a los médicos titulares, a los que adeuda enormes cantidades”.

Por otro lado, la sanidad, en estrecha relación con la beneficencia, como lo prueba el precedente alemán, al que acude el diputado interviniente: “Desde el año 1881 se constituyeron en Alemania las primeras sociedades mutualistas, y desde aquella época... se han instituido en todas las naciones o en la generalidad, y así, unas veces a cargo de patronos, obreros y del Estado, y otras a cargo de dos de estas entidades, se han establecido una serie de seguros de la invalidez, de enfermedades, de la tuberculosis, de la maternidad y del paro forzoso involuntario. ¿Qué resultados se han obtenido con la socialización de la beneficencia?... Empezaron a construirse gran número de hospitales, asilos, dispensarios, sanatorios... A la vuelta de algunos años se ha hecho una obra sanitaria tal que la mortalidad ha decrecido en todas estas naciones en que se han implantado estos seguros de carácter obligatorio, en cantidad enorme, y en algunas de ellas, como Alemania, el decrecimiento ha llegado a más de una tercera parte de la mortalidad que sufría. Se ve, pues, cómo la beneficencia ha influido en la sanidad”.

A estas palabras responde el Ministro de la Gobernación, marqués de Alhucemas, que reconoce que España “se encuentra bastante retrasada en la materia”. Por ello, el Gobierno está “convencido de la necesidad de poner mano en estos asuntos” y están avanzados los trabajos para establecer seguros de retiros obreros. Asimismo, adelanta que tiene la intención de trabajar cuanto antes en una nueva Ley para las cuestiones sanitarias¹⁸.

Tres días después de la firma del armisticio que pone fin a la I Guerra Mundial, la sesión del Congreso de los Diputados del 14 de noviembre de 1918 asiste a la intervención del diputado Andrade y Uribe, quien encarece al Gobierno que “la Ley de Sanidad futura es urgentísima, es apremiante, es mucho más urgente y apremiante que la reforma del Senado y que todas las demás reformas democráticas que anunciáis, porque es antes la salud que la democracia. Es necesario, a todo trance, que se traiga esta Ley de Sanidad, porque en las provincias que han sufrido el azote de la epidemia recientemente, como la provincia de Burgos, donde ha hecho verdaderos estragos, están clamando para que no vuelva a ocurrir lo que ha sucedido... Es necesario, pues, que el Gobierno desde ahora tome toda clase de medidas”¹⁹.

¹⁸ En la sesión de 11 de abril de 1918, el diputado Gimeno había solicitado genéricamente la reforma de la Ley de Sanidad, dado que “vivimos, señores diputados, bajo un régimen sanitario de hace más de medio siglo, y yo creo es llegada ya la hora de que esto se reforme” (DSC, 11 de abril de 1918, 302).

¹⁹ DSC, 14 de noviembre de 1918, 3045.

El Ministro de la Gobernación, Silvela, le responde: “Es una verdadera vergüenza para España que se haya votado por las Cámaras españolas una ley de epizootias y no se haya votado una ley de epidemias... Estoy deseando tener el tiempo suficiente para redactar esta ley y traerla a la cámara, porque considero ha de ser un signo de cultura para mi querida patria”.

Las cosas no cambian. En la sesión del Congreso de los Diputados celebrada el 8 de agosto de 1919, el diputado Francos Rodríguez enfatiza que “de los asuntos sanitarios apenas se habla... En la última epidemia de gripe ha perdido España cincuenta mil personas. No ha habido en ninguna de las batallas de la pasada guerra un desastre parecido. Y todo esto, ¿por qué ocurre? Porque en España todo está organizado, o todo está en situación propicia de organizarse, excepto la Sanidad. Los Ministros de la Gobernación tienen muchas cosas en qué ocuparse, principalmente los asuntos políticos, y luego los sociales... Pues bien, Sr. Ministro de la Gobernación, yo ruego a su señoría que ponga su atención sobre este asunto... Desde el año 1904 hay una Instrucción sanitaria. Pues que se convierta en Ley esta Instrucción sanitaria, que no tiene fuerza más que de decreto”²⁰.

El Ministro de la Gobernación, Burgos, le responde: “Me propongo... estudiar este asunto durante los días que podamos tener de vacaciones parlamentarias, no ministeriales, para traer en el momento en que se abran las Cortes, traducida a proyecto de ley, con las modificaciones necesarias, lo que es hoy Instrucción de Sanidad”.

Al año siguiente, el 20 de enero de 1920, el diputado Van-Baumberghem ve publicada una proposición de ley dictando las bases para la creación de un Ministerio de Sanidad Social²¹. En la exposición de motivos de su propuesta, el parlamentario apunta que “en Sanidad todo está por hacer... La iniciativa parlamentaria puede decirse que no existe; la ministerial no acusa en su haber sino la aprobación de una ley sobre cementerios y la de Sanidad, de 1855 ambas... Vivimos, pues, en Sanidad en el año 1855, en que se promulgara nuestra vetusta ley orgánica”.

Por si el estado de cosas normativo no fuera lo suficientemente desesperanzador, resulta que “nada, nada absolutamente de cuanto allí se dice se cumple. Y no se cumple porque todo, absolutamente todo, se ha publicado para su deliberado incumplimiento, con apariencias que dieran la sensación del trabajo y de las preocupaciones de nuestros gobernantes, pero que en realidad cubrieran tan sólo la farsa de la intención con que se dictaran. Todas, todas nuestras disposiciones sanitarias adolecen del mismo defecto”.

Para solucionar el desaguado, el diputado propone la creación de un Ministerio de la Sanidad Social, organizado en las cuatro secciones que constituirían su ámbito competencial: Estadística, Sanidad, Trabajo, Asistencia y previsión social. Dentro del Ministerio, propone la actuación de un Consejo Superior de Sanidad cuyo informe sería preceptivo en todas las disposiciones ministeriales y “si la opinión de éste fuese contraria a su contenido o a su redacción, será ésta corregida o aquél modificado”. Asimismo, los miembros de este Consejo tendrá voz y voto en las discusiones parlamentarias sobre proyectos de carácter sanitario, “cual si fueran representantes de la

²⁰ DSC, 8 de agosto de 1919, 885 ss.

²¹ DSC, 20 de enero de 1920, apéndice cuarto.

Nación elegidos directamente”. En cada provincia actuaría una sección provincial del Consejo Superior de Sanidad. Los componentes de estos órganos son todos técnicos (médicos, ingenieros, arquitectos, farmacéuticos, veterinarios y abogados) nombrados todos ellos “por sus respectivos Colegios o Asociaciones”. Este mismo diputado repitió esta proposición de ley en los dos períodos de sesiones siguientes, sin éxito alguno.

Y así las cosas, empeoran. En la sesión de 31 de mayo de 1922, el diputado Encina pone encima de la mesa el agravamiento de la situación sanitaria del país. Subraya que “el problema de la sanidad en España, señores diputados, adquiere caracteres tan graves que las estadísticas demográfico-sanitarias se vienen cerrando con un aumento extraordinario de la mortalidad sobre la natalidad, y esto no ha ocurrido nunca en España hasta hace próximamente unos dos años”²².

Entre las causas que dan lugar a tal estado de cosas, el parlamentario apunta a la falta de organización sanitaria, no en cuanto a su personal, sino que “es falta de legislación porque, ¡admírense los señores diputados!, aquí donde tanto se legisla en materia sanitaria, estamos todavía a la altura de los conocimientos que había en 1855. La ley que rige en España es la del año 1855, y ya ha llovido desde entonces... Lo cierto es que organización sanitaria legal no tenemos en España”.

El remedio es claro: Aprobar una nueva Ley de Sanidad, “pues tengo la seguridad de que el mayor bienestar y beneficio que se puede prestar a España en estos momentos es que haya una organización sanitaria para combatir la verdadera vergüenza que representa el estado de la salud pública en nuestro país”.

La disolución de las Cortes decretada el 15 de septiembre de 1923 y la entrada en escena del Directorio Militar bajo la presidencia de Miguel Primo de Rivera no dio tiempo a más y la Ley de Sanidad de 1855 no fue sustituida por una nueva y esperada Ley de Sanidad a la altura del primer tercio del siglo XX.

4.1.- Y llega la II República

Como es sabido, el desenlace de unas elecciones municipales celebradas en abril de 1931 lleva a la proclamación de la II República. El nuevo régimen tardará en poner manos a la obra al reto legislativo sanitario, hasta que un 11 de julio de 1934 es sancionada la Ley de Coordinación Sanitaria²³. Esta ley crea unas Mancomunidades sanitarias obligatorias²⁴, donde confluyen las autoridades con responsabilidades en la materia en los distintos niveles territoriales por debajo del provincial²⁵. Están formadas por la totalidad de los municipios de cada provincia y una representación de la Diputación provincial. Aunque los diversos establecimientos continúan conservando su

²² DSC, 31 de mayo de 1822, 1980-1982.

²³ *Gaceta de Madrid: Diario Oficial de la República*, nº 196, 15 de julio de 1934.

²⁴ Con las excepciones de Madrid, de las capitales de más de ciento cincuenta mil habitantes o de aquéllas cuyos servicios sanitarios estuviesen perfectamente atendidos con anterioridad a la promulgación de la Ley.

²⁵ P. MANSILLA, “Ley General de Sanidad. Conceptos básicos y principios generales”, *La reforma sanitaria en España a debate desde una perspectiva nacional e internacional*, Madrid, 1984, 69.

titularidad originaria, esta norma conceptúa la sanidad como “una función pública de colaboración reglada de actividades municipales, provinciales y estatales, bajo la dirección técnica y administrativa del Estado” (base 3ª).

Esta normativa parte de la conciencia de que “a nuestro servicio sanitario público le faltaba el establecimiento de la pieza básica, de la que debería partir la ordenación de la sanidad pública española, la presencia de unos servicios sanitarios locales adecuados. Ante la insuficiencia económica de los municipios, la alternativa que ahora se presentaba se encuadra en la dialéctica misma de la descentralización”²⁶. Sin embargo, como hemos visto en la regulación concreta, esta tendencia descentralizadora tiene sus límites, pues las mancomunidades aparecen como meras entidades colaboradoras del Estado en el ejercicio de su actividad sanitaria.

En suma, se trata, en palabras del diputado Fernández y de la Bandera, de que “cese la verdadera anarquía que impera en el régimen sanitario español, porque la multiplicidad de servicios de las Diputaciones, de los ayuntamientos y del Estado, prestados sin esa coordinación en una misma población o provincia, hace que el gasto sea infinitamente superior al que debe realizarse y, en cambio, los resultados prácticos sean completamente nulos”. Al mismo tiempo, esta norma busca mejorar las condiciones de los médicos titulares de los ayuntamientos, con una mejora notable de sus salarios y encomendando al celo de los gobernadores de provincia la vigilancia del puntual cumplimiento de sus obligaciones por parte de los responsables municipales²⁷. La llegada de la Guerra Civil dos años más tarde frustraría la implantación efectiva de la reforma.

²⁶ MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 155.

²⁷ N. TOWNSON, “Saneando la Sanidad: La ley de coordinación sanitaria de 1934”, *Cuadernos republicanos*, 57 (2005), 29.

LA LEY DE BASES DE LA SANIDAD NACIONAL DE 1944

Al finalizar la Guerra Civil, el nuevo régimen encuentra un sistema de previsión social anclado en el siglo anterior, en el que “los seguros existentes no estaban coordinados entre sí; en el que sólo las contingencias de vejez, accidente laboral y maternidad estaban atendidas por seguros obligatorios de cobertura muy limitada; y en el que brillaba aún por su ausencia el seguro de enfermedad. El sistema, además, poseía una gestión fragmentada entre la institución de previsión central –el Instituto Nacional de Previsión- y otras muchas entidades colaboradoras, característica ésta que se mostrará en el futuro como extremadamente difícil de modificar”¹.

Poco tiempo más tarde, cuando corre el año 1943, en plena II Guerra Mundial, Henry Sigerist plantea la siguiente cuestión: “Los numerosos millones de trabajadores y campesinos que sirven en las fuerzas armadas de cada país y los millones de obreros que trabajan en las industrias de importancia vital tienen derecho a preguntarse cuál será su futuro si sobreviven a la guerra. ¿Será una vuelta a la miseria del paro... o acaso los que ahora han asumido las obligaciones laborales tendrán derecho al trabajo y a conseguir con él su seguridad y la de sus familias? ¿Podrán vivir con seguridad, manteniendo y mejorando al mismo tiempo sus instituciones democráticas, o el precio será el reconocimiento de la tiranía?... Las batallas no las ganan las máquinas, sino el ánimo y la determinación de los hombres que las fabrican y manejan”².

Ya en nuestro país, en el año 1944, una figura tan autorizada para la época como podía ser José Gascón y Marín, catedrático de Derecho político y administrativo, que había sido Ministro de Instrucción pública y Bellas Artes en el último gobierno de la Monarquía, aporta la siguiente reflexión sobre los retos planteados al Estado en aquel momento:

“Al lado de la beneficencia privada, al lado de las instituciones particulares en que se cumpla la función de hacer el bien y existe la asistencia al prójimo desvalido, el

¹ A. GUILLÉN RODRÍGUEZ, *La construcción política del sistema sanitario español: De la postguerra a la democracia*, Madrid, 2000, 52.

² “From Bismarck to Beveridge. Developments and Trends in Social Security Legislation”, *Bulletin of the History of Medicine*, 13 (1943), 365-388” (recogido en “De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social”, en E. LESKY (selec.), *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, 1984, 187).

Estado organiza la beneficencia oficial, y bien característico es en todas las obras de Derecho administrativo que, al tratar de la materia de los servicios o funciones administrativas, al tratar de la vida física, de la sanidad pública moral y al tratar de la vida moral y de la asistencia a determinados seres débiles, aparezca el estudio de la beneficencia, de la acción oficial en su función de protectorado, en su función de patronazgo, respecto a instituciones particulares, y de la beneficencia organizada, como establecimientos, netamente públicos, bien por el Estado, bien por la provincia, bien por el municipio.

Pero hay también un hecho cierto, y es que ni la caridad particular privada, ni la caridad organizada por la beneficencia particular, ni la existencia de innúmeras fundaciones para asistencia de pobres, enfermos, inválidos, es suficiente; que ni siquiera lo es para remediar el mal y atajar todos los riesgos de la vida social la existencia de una beneficencia oficial, por extensa que ésta sea.

¿Podrá el Estado permanecer impasible? ¿Podrá la sociedad organizada políticamente no cuidarse del remedio ante situación de tal gravedad? La respuesta es negativa. La respuesta la fueron dando los diversos Estados con nuevas iniciativas y orientaciones, que conducen no tan sólo a llevar a las leyes nuevos principios jurídicos, que modifican profundamente las relaciones de trabajo, sino practicando un intervencionismo que lleva a la implantación del seguro contra riesgos normales y conocidos, a la actuación oficial positiva para combatir periodos de crisis económica, al ejercicio de verdaderas funciones de naturaleza social”³.

Dos años antes, por Ley de 14 de diciembre de 1942, se había constituido el seguro obligatorio de enfermedad, bajo los auspicios del Instituto Nacional de Previsión (art. 26) ⁴. Muchos intereses eran opuestos a este seguro, como el gran número de mutualidades e instituciones con fuertes intereses económicos, las visiones corporativas de ciertos sectores facultativos, el escepticismo de los posibles beneficiarios, o las dificultades para su puesta en marcha efectiva⁵.

En su exposición de motivos, la Ley señala que “el seguro de enfermedad, establecido en muchos países de Europa, no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos, en los que los intereses particulares en juego impedían esta realización. Superadas estas luchas y promulgado el Fuero del Trabajo, en cuya declaración décima se ordena el establecimiento de un seguro total, se dispuso por el Ministerio de Trabajo el estudio y redacción de esta Ley, en que, recogiendo las experiencias necesarias, se plasmase en una realidad este seguro, con carácter obligatorio para los productores económicamente débiles, y con la amplitud y generosidad propia de nuestra Revolución Nacionalsindicalista”.

Este sistema cubre ciertos riesgos sanitarios a través del pago de una cuota vinculada al trabajo. Entre ellos figura la asistencia sanitaria y la indemnización económica por la pérdida de retribución en casos de enfermedad y maternidad, así como la indemnización para gastos funerarios “al fallecer los asegurados”. Por su parte, “las funciones de medicina preventiva que se encomiendan al Seguro se ajustarán a las normas generales establecidas por la Dirección General de Sanidad” (art. 2). Además, la

³ *Los planes*, 13-14.

⁴ BOE, nº 361, de 27 de diciembre de 1942.

⁵ GUILLÉN, *La construcción*, 64.

ley equipara a los “súbditos hispanoamericanos, los portugueses y los de Andorra” con los españoles (art. 6). El seguro obligatorio de enfermedad beneficia a los asegurados “y sus familiares que vivan con ellos a sus expensas” (art. 8).

En cuanto a la forma de organizar la prestación de los servicios médicos del seguro, ésta se “realizará a través de la Obra Dieciocho de Julio, excepto cuando en virtud de concierto directo con el Instituto Nacional de Previsión corra a cargo de instituciones dependientes del Estado, provincia o municipio o, en su caso, instituciones públicas o privadas. En este último supuesto, deberá preceder informe favorable de la Obra Dieciocho de Julio” (art. 27).

Este instrumento jurídico del concierto permitirá incluir en el esquema del seguro la acción de las entidades privadas cuyos intereses podían verse afectados por él. En palabras de uno de los impulsores de este seguro, Jordana de Pozas, “nada más expresivo que la palabra concierto para significar ideas de acuerdo y de orden. Aplicada a la música significa precisamente el armónico y ordenado conjunto de una pluralidad de instrumentos ejecutantes, coordinados en una unidad superior. El concierto supone, por tanto, gran variedad entre los músicos que integran la orquesta... pero supone además una dirección... No os alarméis demasiado si en estos instantes, en que todavía no ha empezado el espectáculo, surgen algunas notas desafinadas que, seguramente, se extinguirán en cuanto el director golpee el atril con su batuta”⁶.

Financieramente, el seguro de enfermedad se nutre de la aportación estatal, las primas abonadas por los trabajadores y empresarios, las subvenciones, donativos y legados y las rentas de los bienes propios del seguro (art. 33). Ello era consecuencia necesaria, como recuerda Posada en el año 1943, del hecho de que “si el asalariado apenas ganaba para vivir, ¿cómo podía pensar en ahorrar? El ahorro individual no podía ni podrá nunca dar soluciones al problema”⁷.

En boca de Jordana de Pozas, es éste un “seguro social, obligatorio, contributivo y técnico, original y español, concebido ambiciosamente como una empresa política revolucionaria, basado sobre la solidaridad nacional, unitario y flexible, de inspiración cristiana, financieramente autónomo, preparado con calma, ejecutado con prisa”⁸.

Con tales antecedentes, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, refleja en su exposición de motivos que “la ordenación jurídica de los servicios sanitarios nacionales adolece en la actualidad de tantas y tales deficiencias que su corrección aparece con carácter de medida necesaria”⁹. Nuestra nueva norma levanta acta de que “la única Ley de Sanidad con que contamos, la de 28 de noviembre de 1855, lleva casi un siglo de existencia, con lo que queda dicho que la mayor parte de sus preceptos carecen de aplicabilidad útil”. En los sucesivos intentos de reforma

⁶ *Características del seguro español de enfermedad*, Madrid, 1944, 17 (cit. por GULLÉN, *La construcción*, 76).

⁷ *Los seguros sociales obligatorios en España*, Madrid, 1943, 4 (cit. por MUÑOZ MACHADO, *La sanidad*, 192).

⁸ *Características*, 4 (cit. por GULLÉN, *La construcción*, 64).

⁹ BOE, nº 331, 26 de noviembre de 1944.

pergeñados durante esos casi cien años, “las habilidades políticas se interpusieron una vez más, y su torpe empeño logró el fracaso del intento”.

A pesar de ese panorama, la nueva Ley califica a la Instrucción General de Sanidad aprobada por Real Decreto el 12 de enero de 1904, como una “disposición acertada que ha encauzado el avance de toda la organización sanitaria que nos ha llegado hasta hoy”. Sin embargo, “la ciencia sanitaria continuó su marcha, se profundizó más en los medios de diagnóstico y de prevención, y paralelamente las costumbres populares y la cultura profesional dejaron muy atrás lo que establecía aquel Real Decreto”.

Otro de los desafíos apuntados por el legislador del 44 consiste en lograr una más adecuada distribución de los servicios, pues “las atenciones urbanas han sido cuidadas con gran preferencia sobre las rurales”. De ahí que quede explícita la voluntad de llevar la Sanidad al medio rural, “incrementando la función de los centros secundarios y primarios, y dar solución al problema fundamental de las obras sanitarias de los pueblos y su zona de influencia, prestando, a su vez, el debido amparo a la dignidad de los profesionales que ejercen su ministerio por los campos de España”.

A juicio del legislador de entonces, en aquel momento “los servicios sanitarios alcanzan ya tal extensión e influyen de una manera tan decisiva en la vida y desarrollo del país que no sólo justifican, sino que exigen, la existencia de una Ley de Sanidad que unifique servicios, reconozca organizaciones y costumbres sanitarias que sólo existen de hecho, modifique modernizando los centros que por efecto de las nuevas conquistas van dejando de tener eficacia; que fomente la Sanidad en el medio rural, estimule el trabajo del personal en su doble misión profesional e investigadora y afronte, en fin, con la idea de perpetuidad de un Código y la flexibilidad propia de la Ley moderna, el encaje de los avances sanitarios futuros”. Para lograr tales objetivos, la Ley sigue las siguientes directrices:

- a) Unidad de los servicios sanitarios, “haciéndolos más eficaces y aprovechando mejor los recursos económicos invertidos”;
- b) Centralización bajo el “mando sanitario” de “cuantas actividades tengan tal carácter”;
- c) Coordinación con los servicios dependientes de otros ministerios, en particular con el “Seguro Social de Enfermedad, empresa a la que la Sanidad estatal ha de prestar su más íntimo y eficaz concurso”;
- d) Continuidad y armonía en “los esfuerzos sanitarios estatales, provinciales, municipales y aun privados, como fórmula que evite gastos inútiles y distribución caprichosa de los medios asistenciales”.

Y sobre todas estas directrices, permanece incólume, “confirmándolo con energía, el principio de la Jefatura única en cada provincia, insistiendo en que la Sanidad es única y que ninguna de sus actividades puede ni debe ser desarticulada”. De ahí que la base única sea clara: “Incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de

Sanidad. En la consecución de los fines de esta función, será ayudado por las corporaciones públicas, organismos paraestatales y del Movimiento, y por las entidades particulares, bajo la ordenación, inspección, vigilancia, disciplina y estímulo de los organismos sanitarios dependientes del Estado”.

Esta norma dispone que para el logro de la salud y el fortalecimiento de los ciudadanos, así como para el mejoramiento físico del pueblo español, el Estado podrá imponer obligaciones y limitaciones especiales. Por tanto, en los casos y las condiciones que prevean las leyes y reglamentos, podrá ordenar con carácter obligatorio las vacunaciones, el empleo de medios preventivos, el reconocimiento individual, el asilamiento, la hospitalización, la vigilancia y otras medidas sanitarias de prevención y tratamiento¹⁰.

La base segunda de esta Ley establece el Consejo Nacional de Sanidad, adscrito al Ministerio de la Gobernación, como organismo consultivo y asesor de los problemas sanitarios. Presidido por el Ministro de la Gobernación, éste nombra a los vocales no natos. En su composición son notoria mayoría los médicos (nueve miembros de un total de catorce componentes). Además, en cada provincia existirá, bajo la presidencia del Gobernador civil, un Consejo provincial de Sanidad como órgano asesor de las autoridades en lo referente a los problemas sanitarios de la provincia (base decimonovena). Por último, cada municipio dispondrá de un Consejo Municipal de Sanidad presidido por el alcalde y formado fundamentalmente por funcionarios municipales con atribuciones en la materia (base vigésimocuarta).

Asimismo, prevé la Ley la formación de una mancomunidad sanitaria de municipios en cada provincia, cuya misión consistirá en “el pago a los funcionarios sanitarios que no perciban sus haberes por el Presupuesto general del Estado y el sostenimiento de los Institutos provinciales de Sanidad”. Estas mancomunidades son regidas por una Junta administrativa presidida por el Delegado de Hacienda, y vicepresidida *ex aequo* por el presidente de la Diputación provincial y el Jefe provincial de Sanidad, formando parte de ella representantes de los ayuntamientos, el Jefe de la Sección provincial de Administración Local, y los Presidentes de los Colegios Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios (base vigésimosegunda).

La Ley obliga a las Diputaciones provinciales a contar con servicios hospitalarios “preferentemente para la asistencia de aquellos enfermos que con el tratamiento activo puedan obtener curación o, al menos, mejoría”. También deberán sostener “instituciones para la asistencia infantil, maternal y psiquiátrica, incluso con servicios de urgencia y dispensarios anejos” (base vigésimotercera).

En orden a una valoración de esta nueva norma, en opinión de Guillén, aunque esta Ley es “un nuevo intento de racionalización y ordenamiento de la Sanidad Nacional, sin embargo, la multiplicidad de organismos e instituciones con competencias en materia sanitaria se mantendrá, contribuyendo a la ineficacia del sistema en su conjunto”¹¹.

¹⁰ E. BORRAJO DACRUZ, “El derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social”, *I Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, Málaga, 1980, 30.

¹¹ *La construcción*, 58.

A juicio de Muñoz Machado, “la colaboración Administración central-Administración local... se convertía en la Ley de 1944 en la más indiferente, humilde y gravosa forma de participación: la contribución económica al sostenimiento de los servicios estatales, pues, en razón al afianzamiento de las líneas de dependencia con la Administración central de funcionarios antes locales, la gestión material se había anulado también. Esta es, en sustancia, la modificación más esencial introducida por la Ley de Sanidad Nacional de 1944”¹².

Al año siguiente, y un día antes de la conmemoración del inicio de la Guerra Civil, un 17 de julio de 1945 es aprobado el Fuero de los Españoles¹³. Esta norma dispone que “el Estado español garantiza a los trabajadores la seguridad de amparo en el infortunio y les reconoce el derecho a la asistencia en los casos de vejez, muerte, enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo, invalidez, paro forzoso y demás riesgos que pueden ser objeto de seguro social” (art. 28).

Como vemos, en el Fuero de los Españoles, la asistencia está dirigida al trabajador, no al ciudadano español en su conjunto. Esta situación no cambia hasta que el 17 de mayo de 1958, la Ley de Principios del Movimiento Nacional dispone que “todos los españoles tienen derecho... a los beneficios de la asistencia y seguridad sociales” (principio IX) y que “el Estado procurará por todos los medios a su alcance perfeccionar la salud física y moral de los españoles” (principio XII)¹⁴.

A modo de resumen de esta etapa, Guillén apunta que “se perdió la oportunidad de crear un sistema sanitario público más ambicioso. En cambio, el sistema resultante nació muy limitado en el ámbito de la cobertura y de la financiación pública, fragmentado en la gestión, deficientemente coordinado con las redes asistenciales preexistentes y dependiente en gran medida de los conciertos con el sector privado. Aún así, hay que resaltar que el seguro de enfermedad fue creado por fin tras décadas de titubeos y comenzó a proporcionar asistencia sanitaria a un segmento importante de la población mediante una vía muy distinta a la de la beneficencia”¹⁵.

¹² *La sanidad*, 162.

¹³ BOE, nº 95, 21 de abril de 1945.

¹⁴ BOE, nº 119, 19 de mayo de 1958.

¹⁵ *La construcción*, 122.

LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE 1966

Alemania aparece como la nación precursora de los seguros sociales, al poco tiempo de su constitución estatal. En el año 1881 aprueba un plan sanitario con la finalidad de conceder al trabajador el derecho al trabajo mientras esté sano y darle la garantía de ser atendido en caso de enfermedad. Dos años más tarde, crea el primer seguro obligatorio de enfermedad que otorga asistencia médica gratuita a los obreros de la industria cuyos ingresos sean inferiores a una determinada cantidad. Este paso significa un cambio trascendental en el tratamiento social de la salud, y actúa como verdadero impulsor del reconocimiento del derecho a la protección de la salud¹.

En España, el punto de partida no es muy lejano, se sitúa en la Comisión de Reformas Sociales del año 1883, encargada del estudio de cuestiones que afecten a la mejora y bienestar de la clase obrera. En 1900 se crea el primer seguro social, la Ley de Accidentes de Trabajo, y en 1908 aparece el Instituto Nacional de Previsión en el que se integran las cajas que gestionan los seguros sociales que van surgiendo².

Posteriormente los mecanismos de protección desembocan en una serie de seguros sociales, entre los que figuran el Retiro Obrero (1919), el Seguro Obligatorio de Maternidad (1923), Seguro de Paro Forzoso (1931), Seguro de Enfermedad (1942), Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (1947).

Ya hemos señalado cómo el Fuero de los Españoles del año 1945 reconoce que la asistencia sanitaria constituye una de las muchas prestaciones a que puede tener derecho el asegurado víctima de la enfermedad común, o de accidente de trabajo, etc., a través de los seguros sociales (art. 28).

La protección dispensada por los distintos seguros hasta aquí mencionados pronto aparece como insuficiente, lo que lleva a la aparición de otros mecanismos de protección articulados a través de las mutualidades laborales, organizadas por sectores laborales y cuyas prestaciones pretenden completar la protección preexistente. Dada la multiplicidad de mutualidades, este sistema de protección conduce a discriminaciones

¹ M. S. ALONSO LIGERO, "El derecho a la protección de la salud", *I Congreso Nacional de Derecho del trabajo y de la seguridad Social*, Málaga, 1980, 30.

² http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm.

entre la población laboral, produce desequilibrios financieros y hace muy difícil una gestión racional y eficaz.

Por su parte, ya hemos visto cómo, en el marco jurídico general, la Ley de Principios Fundamentales del Movimiento del año 1958 dispone que “todos los españoles tienen derecho... a los beneficios de la asistencia y seguridad sociales” (principio IX) y que “el Estado procurará por todos los medios a su alcance perfeccionar la salud física y moral de los españoles y asegurarles las más dignas condiciones de trabajo” (principio XII).

En este marco normativo, corre el año 1963 cuando aparece la Ley de Bases de la Seguridad Social cuyo objetivo principal consiste en la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación. Su proceso de elaboración no estuvo exento de dificultades³.

Después de un tormentoso discurrir por los despachos ministeriales, el proyecto de Ley de Bases sufre la presentación de setecientas cuarenta y siete enmiendas en las Cortes, nueve de ellas a la totalidad. Los enmendantes destacan (aparte de defectos económicos, jurídicos y técnicos) la defensa de la iniciativa privada en la gestión y el rechazo al protagonismo que el Ministerio de Trabajo asume en la propuesta, proponiéndose la creación alternativa de un Ministerio de Previsión y Sanidad.

La nueva normativa, aprobada por Ley 193/1963, de 28 de diciembre, parte de la regulación contenida en el Fuero de los Españoles⁴. Al atribuir el Fuero al Estado la función de garantizar el amparo y protección de los trabajadores “en sus estados de infortunio”, la exposición de motivos apunta que “parece llegado el momento de operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social”.

Hasta entonces, el sistema aparecía como insuficiente, una insuficiencia “en parte nacida del largo y complejo proceso de expansión operado y, muy particularmente, de la aparición sucesiva y no coordinada de los sistemas parciales de aseguramiento”.

Esta insuficiencia hace preciso apelar a la “solidaridad nacional... que impone sacrificios a los jóvenes respecto de los viejos, a los sanos respecto de los enfermos, a los ocupados respecto de los que se hallan en situación de desempleo, a los vivos respecto de las familias de los fallecidos, a los que no tienen cargas familiares respecto de los que las tienen, a los de actividades económicas en auge y prosperidad, en fin, respecto de los sectores deprimidos”. Desde este punto de partida, la Ley aparece articulada en torno a diversas directrices:

- a) **Tendencia a la unidad.** El objetivo es acabar con la “incesante proliferación de disposiciones, causa y efecto, a la vez, de la diversidad de organismos y entidades cuyas actividades se entrecruzan e interfieren, cuando no aparecen superpuestas en atención a un mismo sujeto y a idéntico estado de infortunio, con la inevitable

³ GUILLÉN, *La construcción*, 152 ss.

⁴ BOE, nº 312, 30 de diciembre de 1963.

duplicidad y consiguiente despilfarro de esfuerzos”. El instrumento para superar tal estado de cosas pasa por dotar a todos los operadores de “una misma concepción” y “principios homogéneos”. De ahí que “todos los organismos, instituciones y servicios de la Seguridad Social quedan bajo la dirección, vigilancia y tutela del Ministerio de Trabajo” (base preliminar, IV).

- b) **Participación de los interesados en el gobierno de los órganos gestores.** Obedece a la “fecundidad de los ensayos mutualistas y el reconocimiento de los derechos primarios de las personas protegidas por la Seguridad Social”. Ello es compatible con la presencia del Estado, ordenada a garantizar la “esfera de libertad e iniciativa individuales... tutelando efectivamente para todos y cada uno los derechos esenciales de la personalidad”. Ello también justifica la “colaboración a prestar por las empresas, particularmente en materia de accidentes, enfermedad, protección familiar y pago delegado de las prestaciones a corto plazo”. En todo caso, opera siempre “el límite impuesto por las exigencias del bien común”. Esta participación aparece articulada “a través de sus representantes sindicales y se ajustará a las normas y procedimientos reguladores de la representación sindical” (base primera, tres).
- c) **Supresión del posible ánimo de lucro de los órganos gestores.** Esta directriz queda explicitada de modo claro y sencillo: “La prohibición terminante de actuar en el terreno de la Seguridad Social obteniendo o buscando un lucro mercantil”. La norma pretende “subordinar los intereses privados y singulares al interés público y común”. Para ello, encomienda la gestión de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales a entidades mutualistas, “con la acción rectora y coordinadora de una entidad general”.
- d) **Conjunta consideración de las situaciones o contingencias protegidas.** Intenta atender al problema derivado de que “circunstancias de lugar o de tiempo determinen variaciones esenciales reflejadas en la desigualdad de las prestaciones”, en orden a evitar “la constitución de categorías privilegiadas de personas y se tiende a conseguir, en la medida máxima posible, que el trato dado a las mismas no presente diferencias notables, cualquiera que sea el sector económico en que trabajen o la naturaleza de su actividad específica”.
- e) **Transformación del régimen financiero.** La Ley mantiene el “sistema de reparto de los pagos anuales en amplios períodos de tiempo, procedimiento que impone la corriente internacional y que asimismo es aconsejado con carácter general por la Oficina Internacional del Trabajo”. Al mismo tiempo, prevé la constitución de unos fondos de reserva “que garantizarán el funcionamiento del sistema ante las diversas situaciones que la coyuntura económica pueda plantear, actuando así de correctores respecto a las oscilaciones que puedan presentarse”.
- f) **Acentuación de la participación del Estado en el sostenimiento del sistema.** La evidencia es clara: “En el presente no cabe Seguridad Social sin la aportación del Estado”. Ello determina que la Ley prevea “la consignación permanente en sus Presupuestos Generales de subvenciones destinadas a tal fin, con miras a conseguir la redistribución de la renta nacional... según criterios de justicia y de equidad”.

En cuanto a su ámbito subjetivo de aplicación, en general, la Ley encuadra a todos los españoles, cualquiera que sea su actividad profesional, tanto sean trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia. Junto a ello, “la convicción de que la pertenencia a una determinada comunidad política no impide de ninguna manera el ser miembro de la familia humana, hace que se adopten criterios flexibles para extender también sus beneficios a los extranjeros”, conforme a los convenios internacionales y al principio de reciprocidad (base segunda, ocho).

Sin embargo, “una limitación importante, superable en el futuro, a medida que las circunstancias lo permitan, viene dada por el hecho de que la acción protectora de la Seguridad Social no es homogénea para todas las personas comprendidas en su campo de aplicación”. En última instancia, la Ley “al asimilar el espíritu de la Seguridad Social, consagra el derecho de toda persona a su integridad física, sale al paso de su eventual lesión y determina la concesión a costa de cualquier esfuerzo, de los medios artificiales encaminados a eliminarla o aminorarla, cuando menos, en la medida de lo posible”.

Por lo que toca a la asistencia sanitaria, está orientada a “la recta aplicación de los medios conducentes a la recuperación y defensa de la salud, a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y al tratamiento que en tales casos haya de dispensarse” (base sexta, veinte). El internamiento del enfermo “podrá efectuarse en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social o, mediante concierto, en aplicación del principio legal de coordinación hospitalaria, en las clínicas, sanatorios y establecimientos de análoga naturaleza, ya revistan carácter público o privado” (base sexta, veintiséis).

En cuanto a la financiación, la Seguridad Social se nutre de los siguientes recursos: a) Las cotizaciones de empresas y trabajadores; b) Las subvenciones del Estado; c) Las rentas e intereses de los fondos de reserva; d) Cualesquiera otros ingresos (base decimoctava, setenta y ocho).

Como valoración de esta norma, a juicio de Guillén, “resulta evidente que la Ley de Bases de la Seguridad Social supuso el intento más serio, hasta ese momento, de coordinar los seguros sociales vigentes en una única institución, significó un cambio importante en la financiación y abrió las puertas a la expansión de la cobertura y de las prestaciones. Sin embargo, y sobre todo en materia de asistencia sanitaria, la Ley de Bases de la Seguridad Social supuso que las continuidades fueran muchas más que las innovaciones”⁵.

Estas bases encuentran plasmación normativa en la Ley General de la Seguridad Social de 1966, cuyo texto refundido es aprobado por Decreto 907/1966, de 21 de abril, y con vigencia a partir del día 1 de enero de 1967⁶. Sin embargo, parece que aún pervivirán sistemas de cotización alejados de los salarios reales de trabajadores, ausencia de revalorizaciones periódicas y la tendencia a la unidad no se plasma de modo íntegro al pervivir multitud de organismos superpuestos.

⁵ *La construcción*, 122.

⁶ BOE, nº 96, 22 de abril de 1966.

La Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de 1972 intenta corregir los problemas financieros existentes. Sin embargo, los agrava al incrementar la acción protectora, sin establecer los correspondientes recursos que le dieran cobertura financiera. A estas alturas de la historia, el setenta por ciento de los médicos españoles ya trabajan para la Seguridad Social, “es decir, se había socializado a casi tres cuartas partes de la profesión y el proceso estaba en pleno auge, de forma que la proporción superó el ochenta por ciento al final del régimen”⁷.

Estamos ya a las puertas del fallecimiento del General Franco y del inicio de una nueva etapa política para nuestro país. A modo de resumen, cabe apuntar que durante el régimen que concluye pueden ser distinguidos, a grandes rasgos, tres sistemas de protección a la salud⁸:

- La Sanidad Nacional, regulada por la Ley de 1944, y encargada de la prevención “a través de servicios tales como higiene, epidemiología, tuberculosis, paludismo, puericultura, servicios presentes en todas las Jefaturas Provinciales de Sanidad y dirigidos a la totalidad de la población”.
- El Seguro de Enfermedad y la Seguridad Social, destinados a la atención a los trabajadores.
- La Beneficencia, dedicada a la asistencia a los pobres por medio de la administración central, de las Diputaciones provinciales, los ayuntamientos y entidades privadas de naturaleza caritativa.

En cuanto a la asistencia sanitaria propiamente dicha, el modelo general nos presenta, en el punto más alto, una reducida red de grandes hospitales de titularidad estatal concentrada en Madrid y sus proximidades. En el nivel intermedio, coincidente con el escalón provincial, encontramos generalmente un hospital médico-quirúrgico dependiente de la Diputación. En el nivel inferior, los ayuntamientos prestan la asistencia domiciliaria y dotan casas de socorro para prestar asistencia de urgencia a los ciudadanos en caso de necesidad⁹.

⁷ GUILLÉN, *La construcción*, 167.

⁸ *Ibidem*, 61.

⁹ *Ibidem*, 63.

II

LA LEY GENERAL DE SANIDAD EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

REFORMA SANITARIA Y TRANSICIÓN

En los albores de la reciente etapa constitucional, el sistema sanitario pivota entre el esquema de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 (heredero del diseñado por la Ley de 1855) y las nuevas necesidades y demandas propias de los nuevos tiempos.

En el plano doctrinal, hacía más de un siglo, a las puertas de la revolución de 1848, comienza a adquirir fuerza la convicción de que “la sociedad, es decir, el Estado, tiene la obligación de proteger la vida y salud de los ciudadanos, como condición básica del bienestar y de cualquier actividad, y de salvarlas en caso de que estuviesen en peligro. Si el hombre que vive en sociedad está obligado a luchar y ayudar a soportar los peligros resultantes de la convivencia social, por otra parte, también resulta evidente que el Estado no solamente está obligado a luchar y, si fuese posible, eliminar los peligros naturales, sino también aquellos que, procedentes de la propia actividad social, amenazan la vida y la salud humana”¹.

En el plano internacional, la Unión Soviética, en el año 1937, es el primer Estado que abandona el seguro social obligatorio y concibe el cuidado de la salud como una función asumida por el mismo Estado de la que se beneficia toda la población. Al año siguiente, Nueva Zelanda introduce el cuidado de la salud a cargo del Estado para todos los residentes.

En este esfuerzo hacía la universalidad de la protección de la salud, el Reino Unido da un paso decisivo en el año 1948 con la creación del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*), en su triple función de prevenir, curar y, en su caso, rehabilitar². La idea de partida general no era otra sino la de proveer cuidados sanitarios gratuitos a todos, con independencia de la situación económica del enfermo. Estos cuidados recibirán su financiación del presupuesto público alimentado por los impuestos. De este modo, el Estado asume los riesgos sanitarios de la persona³.

¹ Así lo expresa Salomon Neumann en la página 64 de su libro publicado en Berlín en el año 1847 bajo el título *Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum (La higiene pública y la propiedad)*, citado por G. ROSEN, “Análisis histórico del concepto de medicina social”, en LESKY, *Medicina social*, 215.

² ALONSO LIGERO, “El Derecho”, 5-6.

³ M. BEATO ESPEJO, “El sistema sanitario español: Su configuración en la Ley General de Sanidad”, *RAP*, 119, (mayo-agosto, 1989), 381.

Por su parte, el modelo alemán pivota en torno a las cajas de aseguramiento obligatorio, tanto las territoriales, como las constituidas por empresas o grupos de empresas. Gobernadas bajo los principios de la autoadministración, su financiación es posible gracias a las cuotas de los trabajadores. Salvo algunas ayudas coyunturales y concretas, por lo general, el Estado permanece al margen del sistema⁴.

La realidad española estaba marcada, como hemos visto, por la presencia de varios sistemas que coexisten (beneficencia, seguridad social y sanidad entendida como salud pública) y, en cuanto a la gestión, por un perfil predominantemente centralizado, en el que el Estado adopta las decisiones y Diputaciones provinciales y ayuntamientos las cargas financieras⁵.

1.1.- El pistoletazo de salida para la reforma sanitaria

En este contexto, en octubre de 1974 surge el conflicto nacional de los médicos internos residentes, que aguanta tres meses. Como reacción, un Decreto de finales de diciembre crea la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, que es constituida en enero del año siguiente. En julio de 1975, la Comisión presenta un informe que realiza una valoración ciertamente crítica de la situación de la sanidad española y destaca como principales defectos⁶:

- Inadecuación de la estructura de la sanidad pública, en particular de su estructura legal y base normativa, a las necesidades reales del momento.
- Deficiencia y carencia de contenido de la red asistencial local y desvinculación de otros niveles asistenciales como el hospitalario.
- Desdibujamiento de las funciones asistenciales de la red sanitaria pública, con un concierto creciente con la Seguridad Social, cuya red asistencial goza de mejores condiciones en general en cuanto a cobertura, infraestructura, modernidad y eficacia.
- Crisis de la medicina de familia provocada, entre otras razones, por la limitación de las perspectivas profesionales de los médicos de familia y la formación excesivamente hospitalaria de los profesionales.
- Merece especial preocupación el estado de la asistencia psiquiátrica que, “sigue siendo, en su inmensa mayoría, benéfica, gratuita, graciable, asilar y sanitaria y socialmente marginada”.

⁴ BEATO ESPEJO, “El sistema (1)”, 382-383. Para el origen del modelo alemán, *vid.* H. E. SIGERIST, “De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social”, en LESKY, *Medicina social*, 187 ss.

⁵ BEATO ESPEJO, “El sistema (1)”, 386-387.

⁶ GUILLÉN, *La construcción*, 168-170.

Concluye el informe subrayando que “la coexistencia, por mera acumulación histórica, de múltiples esquemas sanitario-asistenciales, obedece más a una rutina que a una necesidad, e impide considerar las prioridades, establecer programas racionales, aprovechar los recursos disponibles y ordenar los centros y establecimientos sanitarios de acuerdo con las necesidades actuales y los más elementales principios de organización”

En consonancia con las líneas fundamentales expuestas, el 8 de noviembre de 1975, la misma Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, autora del precedente informe, presenta públicamente un “Acuerdo sobre puesta en marcha, desarrollo y aplicación de la reforma sanitaria”. Este documento es fuertemente contestado desde sectores profesionales⁷.

La situación reinante en 1975 es resultado, en opinión de Muñoz Machado, de la vigencia del modelo sanitario dibujado por la Ley de 1855, por lo que “nuestro sistema sanitario está pidiendo a gritos una reconsideración *ex radice* y necesita de una nueva inspiración, ya que en nada se parece sanitariamente la España de hoy a la de 1855. Pero el que todo haya rodado desde entonces con cierta indolencia y con mayor rutina no es culpa, desde luego, de aquella primera norma. Sobre ella, y alrededor de ella, se ha articulado la vida sanitaria desde entonces, sin cambios drásticos ni innovaciones inspiradas en distintos criterios”⁸.

Abunda este autor en su análisis al resaltar que “la rama pública de la Sanidad se ha perfeccionado, se ha ensanchado, pero... en el fondo está casi idénticamente organizada. Tampoco en el aspecto funcional se ha separado mucho la administración sanitaria de hoy de lo que dejó consagrado la Ley de 1855... Sustancialmente permanece la misma preocupación exclusiva por el fenómeno salud pública, salud colectiva, supraindividualizada; la actividad sanitaria de la Administración se dirige al colectivo, no prestando atención alguna al individuo como entidad separada, salvo en el supuesto de que su enfermedad, por sus especiales caracteres, tenga una importancia trascendente para el conjunto de la sociedad”.

En el plano organizativo, “el máximo órgano sanitario español es hoy, como hace más de un siglo, la Dirección General de Sanidad, que desarrolla funciones (ensanchadas y perfeccionadas) encuadradas en el mismo ámbito en que hemos visto inmersa la decimonónica. Aquella vieja organización, que nació y evolucionó al ritmo marcado por las enfermedades infecciosas, permanece hoy... atendiendo los mil problemas nuevos que surgen cada día para la Sanidad de un país”⁹. Junto a ello, quizá de modo paradójico, “una de las características más notorias de los servicios sanitarios es hoy su dispersión, estando encomendados a múltiples organismos que funcionan en su mayoría con absoluta independencia... Hoy existen órganos con competencias sanitarias en casi todos los Ministerios”¹⁰.

⁷ “La reforma sanitaria del gobierno contestada”, *Triunfo*, nº 693, año XXX, 38.

⁸ *La sanidad*, 120.

⁹ *Ibidem*, 179.

¹⁰ *Ibidem*, 182-183.

Concluye Muñoz Machado llamando la atención sobre el hecho de que “estamos en España en una situación que requiere un replanteamiento urgente que nos lleve a un sistema de sanidad pública que atienda de forma óptima, completa e indiferenciada a toda la población”¹¹. Varias son las razones para esta reforma:

- El coste de los servicios asistenciales, dado que la medicina actual, con el perfeccionamiento de las técnicas de diagnóstico y tratamiento que implica costosísimos equipos, está en condiciones de proporcionar una asistencia a la que ni el individuo, ni la iniciativa privada pueden acceder con sus medios económicos. Es necesario el concurso estatal, pues “con la asistencia que previsiblemente se puede necesitar y la que se ofrece, todos los individuos son en realidad indigentes”.
- La salud individual es una cuestión colectiva, pues “la igualdad esencial de todos los individuos ante la enfermedad y la salud exige que los niveles de asistencia sean idénticos para todos y que la asistencia se convierta en un servicio público... Del servicio sanitario así establecido deben beneficiarse todos en idénticas condiciones, sin perjuicio de que se establezcan contraprestaciones por la asistencia que en cada caso, dependiendo de la condición de cada individuo, puedan estar a cargo de él mismo, financiadas por el Estado o por la Seguridad Social”.
- La medicina actual necesita la actividad conjunta de los conocimientos de varios profesionales, por lo que se habla de “colectivización, unas veces, sobre la socialización, otras, de la medicina”.
- El sistema basado en el ejercicio libre de la profesión conduce a una desigual distribución de los efectivos personales disponibles, con una tendencia a la concentración en ciudades y el abandono de las zonas rurales. De ahí “la necesidad de que la Administración pública planifique la asistencia y dote de medios a todos los ciudadanos que en este punto, más que en ninguno, merecen iguales atenciones”.
- La integración de lo preventivo y lo curativo es necesaria para que el servicio sanitario cumpla eficazmente su misión, pues “la prevención y la curación de enfermedades son dos actividades que necesariamente tienen que estar unidas. La Sanidad debe atender al individuo, tanto para evitar que caiga enfermo, como para curarle, y aun para poner los medios necesarios para devolverlo a la vida activa en sociedad”.
- La necesaria reorganización del servicio sanitario en el nivel territorial, “distribuyendo de forma flexible y diversa las varias instituciones sanitarias en espacios territoriales... Los centros así establecidos habrán de gozar de una gran autonomía, superando la centralización administrativa y, sobre todo, la acumulación de servicios en zonas privilegiadas y la escasez en las demás, que son notas dominantes en nuestra Sanidad de hoy”.

¹¹ *Ibidem*, 200-206.

1.2.- Un Ministerio de Sanidad

El 28 de agosto de 1976, Valtueña publica en la revista *Triunfo* un artículo bajo el título “El hipotético Ministerio de Sanidad”¹². En él cuestiona que la presunta creación de un Ministerio de Sanidad pueda representar “el supremo remedio de todos los males que aquejan a la salud pública española”. En tal sentido, señala la dificultad que supone integrar en dicho hipotético Ministerio “dos elementos tan indispensables como desproporcionados en su magnitud respectiva: la Dirección General de Sanidad y la Seguridad Social”.

Añade este autor que “integrar las actividades que desarrollan esos dos organismos equivale poco menos que a casar un mamut con una hormiga”. Asimismo, apunta que “la asistencia curativa y preventiva está hoy tan íntimamente ligada a las cuestiones económicas, que es imposible dirigirla sin poseer amplios conocimientos de las mismas”.

Concluye Valtueña que “asegurar que debe existir un Ministerio de Sanidad o un Servicio Sanitario Nacional equivale casi a no decir nada, pues lo que importa es considerar lo que debe hacerse en las condiciones hoy reinantes, sin proceder a serviles imitaciones de sistemas que han tenido éxito en otros países, pero que, quizá, aplicados a España serían un perfecto desastre”.

Al año siguiente, Martín Mateo repasa las cuestiones principales que atañen a la ordenación pública del sector sanitario¹³. En primer lugar, resalta la diversificación institucional, dado que “si en otras épocas era relativamente fácil responsabilizar a un grupo de profesionales, los médicos y demás sanitarios, y localizar sus actividades en una sola unidad administrativa, en estos momentos resulta prácticamente imposible realizar una exhaustiva concentración competencial... Se observa por doquier una persistente diáspora que, saltando los límites ministeriales, tiende a reiterar competencias en materia de prevención, asistencia, rehabilitación, enseñanza e investigación en múltiples centros administrativos. En ello ha influido sobremanera el peso y volumen alcanzado por los organismos, a menudo independientes, que gestionan la Seguridad Social”.

Dado tal estado de cosas, para Martín Mateo es indudable la necesidad de integración, pues “principios organizatorios válidos de carácter universal aconsejan articular de alguna forma actividades que tienen un común denominador teleológico, pero, además, los propios caracteres de la sanidad moderna refuerzan estas exigencias ante la íntima conexión de todos sus cometidos... La sanidad actual tiene una vocación indudable a su integración, tanto en sus distintas manifestaciones, como en sus destinatarios. Se trata, pues, de una sanidad integral e integrada”.

Como segundo elemento a destacar, apunta Martín Mateo a la colectivización de la asistencia, dado que “los crecientes costos de la acción sanitaria, la complejidad y

¹² Número 709, 36.

¹³ “Ordenación pública del sector salud”, *RAP*, 84 (1977), 371-386.

tecnificación de la medicina y, sobre todo, el talante igualitario y providente de los Estados modernos, hace que, no obstante las reservas de la medicina liberal y la antipatía de amplios sectores de profesionales, a la larga se desemboque en una acción sanitaria inmediatamente asumida por el Estado o, al menos, tutelada y vigilada estrechamente por él”.

Como tercer elemento a subrayar, la generalización del derecho a la asistencia, “en cuanto posibilidad jurídica de la totalidad de la población, realizándose la financiación de sus costos directamente por el Estado y a través de sus recursos ordinarios... Consecuente con la responsabilización generalizada del Estado sobre la problemática sanitaria, permite una eficaz integración de todos los servicios”.

¿Cuáles son las respuestas organizativas que permiten integrar estos elementos? Martín Mateo apunta, en primer término, la existencia de técnicas colaterales en las que aparece “la coordinación como palabra mágica, animando la creación de una serie de órganos colegiados con representaciones más o menos numerosas y dispares, a través de los cuales se pretende establecer una cierta nivelación, adoptándose directrices comunes y obviando reiteraciones, incongruencias o lagunas. Pero es lo cierto que tales soluciones... en la práctica resultan escasamente eficaces”.

En segundo término, la jerarquización y los sistemas ministeriales nacionales, integrados en un Ministerio del Servicio Nacional de Sanidad (países socialistas o Inglaterra), o en un Ministerio de Previsión que incluye la sanidad pública (Austria, Francia, Grecia u Holanda), o en un Ministerio de Sanidad independiente de la Seguridad Social (República Federal de Alemania, Bélgica o Irlanda), o en una Dirección General de Sanidad integrada en el Ministerio de Gobernación (Dinamarca o Islandia).

En tercer término, la descentralización y participación, aplicadas a la gestión de los servicios, en la medida en que “la gestión de las instituciones sanitarias encuentra un marco territorial idóneo en el escalafón regional, que permite concentrar elementos personales y materiales suficientes para ofrecer con cierta amplitud y complementariedad el dispositivo de servicios preciso”.

Desde la periferia también surgen propuestas de reforma. En este mismo año 1977 aparecen varios trabajos publicados en Barcelona, generados a raíz de una mesa redonda celebrada en el Colegio Oficial de Médicos de la ciudad condal bajo el lema genérico *Salut i Societat*, en la que participaron representantes de los principales partidos catalanes¹⁴. Los planteamientos coinciden a grandes rasgos en varios aspectos considerados fundamentales por sus defensores:

- La necesidad de garantizar el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental en un Estado democrático y como un objetivo primordial de la medicina y de la organización sanitaria.

¹⁴ Valgan como ejemplos las aportaciones de ACARÍN, N. *et al.*, *El servei nacional de salut: Una alternativa democràtica a la sanitat*, Barcelona, 1977; RAVENTÓS, J. *et al.*, *Salut, sanitat i societat. Per una resposta socialista a l'actual situació sanitària*, Barcelona, 1977.

- La necesidad de establecer mecanismos de control democrático y social de la gestión y de la financiación sanitaria, de modo que sólo la comunidad dirija y oriente la política sanitaria al servicio de los intereses colectivos. En particular, buscarían garantizar la absoluta primacía de la participación de usuarios y técnicos sanitarios en todos los niveles de esta política.
- La necesaria superación de los actuales servicios de asistencia sanitaria por unos servicios de promoción de la salud, que contemplen la prevención y la promoción de la salud individual y colectiva. Esto es, pasar de la “ideología de la enfermedad” a la “ideología de la salud”, de la “asistencia médica” a la “práctica sanitaria basada en un ideal de salud igual para todos”. Se trataría de incorporar las ciencias sociales al discurso teórico y práctico de la medicina en orden a encontrar una nueva estructura organizativa para la asistencia sanitaria que promueva su auténtica interrelación con las condiciones de vida y las relaciones sociales del individuo.
- La apuesta a favor de la constitución de un Servicio Nacional de Salud, concebido como organización sanitaria que integra y comprende todas las actividades sanitarias de forma ordenada y normalizada. Esta organización tendría como objetivos prioritarios la superación de los desequilibrios geográficos y sociales actuales en el acceso a la asistencia sanitaria, así como el establecimiento de un dispositivo eficaz que coordine la medicina preventiva, la higiene, la educación sanitaria y la asistencia curativa.
- La financiación estatal de los servicios sanitarios, previa reforma fiscal que contribuya a la redistribución de las rentas, en el marco de una política integral de planificación sanitaria. Dicho de otro modo, los impuestos pueden ser la vía más adecuada para la financiación de la asistencia sanitaria, si el sistema fiscal tiene un carácter progresivo.
- La necesaria descentralización a favor de las entidades territoriales, la regionalización sanitaria como instrumento que permite la más eficaz gestión y ejecución de las actividades sanitarias, merced al mejor conocimiento de las necesidades locales y a la ubicación de los servicios lo más cerca posible del domicilio o lugar de trabajo de los usuarios. Esta regionalización debe garantizar la igualdad de todos los ciudadanos “habiten donde habiten”, la libertad y rapidez de acceso a la atención hospitalaria desde zonas rurales o urbanas, la complementariedad de los servicios, la continuidad de la asistencia o la integración de todos los servicios en la misma red asistencial.

En resumen, tal y como apunta la obra colectiva de Acarín, Espasa, Sans y Vergés, “la transformación del actual caos sanitario en un Servicio Nacional de la Salud implica una transformación radical. Supondría una organización sanitaria normalizada (tanto en el sentido de incluir todos los aspectos sanitarios como en el hecho de hacer desaparecer las duplicidades de servicios), con una base territorial (regionalización sanitaria), donde se ponga el acento en la prevención y en la medicina de primer nivel (el hospital pasaría a ser una parte reducida, pero altamente especializada y cualificada, dentro del conjunto sanitario), con una financiación a través de los presupuestos

públicos, una vez hecha la reforma fiscal y con una gestión democrática y muy descentralizada”¹⁵.

Dentro de este contexto, en el plano internacional, el 13 de abril de 1977, el Reino de España ratifica el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 19 de diciembre de 1966¹⁶. Este instrumento dispone, en su artículo 12, que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Para asegurar la plena efectividad de este derecho, obliga a los Estados a adoptar las medidas necesarias para reducir la mortalidad, la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; la prevención, el tratamiento y la lucha contra las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y, sobre todo, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Así las cosas, en el ambiente propicio de las primeras elecciones democráticas, el 4 de junio de 1977, aparece en la estructura gubernamental un nuevo departamento: el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social¹⁷. Su objetivo declarado radica en unificar competencias dispersas, faltas de coordinación y exentas de una dirección y planificación conjuntas hasta ese momento.

Sin embargo, el 30 de julio de 1977, Alberto Villa Landa pone de manifiesto que el recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social “significa el predominio ideológico y tecnocrático de la Seguridad Social, que consolida así su papel hegemónico en la sanidad española”¹⁸. Los objetivos prioritarios del Ministerio pasan por modernizar las prestaciones de la Seguridad Social y unificar la asistencia sanitaria. A juicio del autor, “con ello se ha alejado la posibilidad de crear una sanidad que responda a las exigencias generadas por la sociedad española”.

A la espera del marco constitucional propicio, el Gobierno continúa actuando y, el 6 de octubre de 1977, un Real Decreto adapta la estructura y composición de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria (dibujada por una norma de 21 de julio de 1962) a la nueva organización ministerial¹⁹. La presidencia corresponde al Ministro de Sanidad y Seguridad Social o al Subsecretario de Salud por su ausencia o por delegación. La componen el Director General de Asistencia Sanitaria, el Secretario General Técnico del Departamento, el Subdirector General de Coordinación y Concursos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, un vocal designado por el Ministro de Defensa, otro por el Ministro del Interior, tres por el Ministro de Educación y Ciencia, cuatro por el Ministro de Sanidad y Seguridad Social (a propuesta del Subsecretario de Salud).

¹⁵ *El servei*, 121.

¹⁶ BOE, nº 103, 30 de abril de 1977.

¹⁷ H. C. BANDO CASADO, “Evolución histórica de la protección de la salud en España desde 1812 hasta la Ley General de Sanidad”, en *Estudios sobre consumo*, 8 (1986), 53.

¹⁸ “El INP: una herencia que pesa demasiado”, *Triunfo*, nº 757, año XXXII, 24.

¹⁹ BOE, nº 273, 15 de noviembre 1977.

1.3.- La elaboración y aprobación de la Constitución de 1978

Tras las elecciones generales celebradas el día 15 de junio de 1977, el Congreso de los Diputados ejerce la iniciativa constitucional otorgada por el artículo 3 de la Ley para la Reforma Política y, en la sesión de 26 de julio, el Pleno crea una Comisión Constitucional con el encargo de redactar un proyecto de Constitución. La sesión constitutiva de la Comisión tuvo lugar el día 1 de agosto. En la misma sesión es elegida la Ponencia que habría de redactar el anteproyecto de Constitución²⁰.

En la reunión mantenida por la Ponencia de Constitución el 8 de septiembre de 1977, “se acuerda aprobar un texto, como artículo 30, que reconoce el derecho a la protección de la salud”²¹. El texto aprobado es el siguiente: “Artículo 30. 1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2.- Compete a los poderes públicos la organización y tutela de la sanidad y la higiene, así como garantizar las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los deberes de todos en este punto. 3.- Los poderes públicos promueven la educación física, el deporte y el descanso necesario”.

La reunión de la Ponencia de Constitución mantenida el 15 de noviembre de 1977 da a luz a la propuesta de artículo 143 que recoge, entre las materias de exclusiva competencia del Estado, la “sanidad exterior, planificación general de la sanidad y legislación sobre el control de productos farmacéuticos”.

1.3.1.- El anteproyecto de Constitución

En el Boletín Oficial de las Cortes del 5 de enero de 1978 aparece publicado el anteproyecto de Constitución, junto con los votos particulares de los ponentes. El derecho a la protección de la salud aparece en el artículo 36 con la siguiente redacción: “1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la sanidad y la higiene, así como garantizar las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3.- Los poderes públicos fomentan la educación física y el deporte y facilitan la adecuada utilización del ocio”. Como voto particular, el grupo socialista presenta el siguiente al texto del artículo 36:

“1.- Todos los ciudadanos tienen derecho a una adecuada protección de su salud y a la Seguridad Social.

2.- El Estado garantizará la satisfacción de estos derechos mediante la organización y el mantenimiento, por sí o a través de entes públicos especializados, de organismos que protejan situaciones de enfermedad, incapacidad para el trabajo, vejez, desempleo involuntario, viudedad y orfandad, así como otros casos de necesidad no determinables. El sistema de la Seguridad Social organizará su acción de modo que se

²⁰ La documentación oficial publicada de todo este proceso constituyente está disponible en la página web del Congreso de los Diputados (<http://www.congreso.es/consti/constitucion/elaboracion/index.htm> consulta realizada en el mes de diciembre de 2010).

²¹ *Revista de las Cortes Generales*, 2, 1984.

consiga una protección suficiente, otra efectiva reincorporación de las personas a la vida activa y una eficaz redistribución de la renta basada en el principio de solidaridad.

3.- La asistencia y la previsión complementaria son libres.

4.- El Estado tutela la seguridad física y la higiene de los ciudadanos, cuidando especialmente los aspectos preventivos en y fuera del trabajo.

5.- Los poderes públicos fomentan la educación física, el deporte y, en general, la adecuada utilización del ocio de los ciudadanos”.

Por su parte, en el artículo 138, número 18, aparece recogida como materia de la exclusiva competencia del Estado la “sanidad exterior, programación y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos”. Como número 19 del mismo artículo también recoge como competencia exclusiva del Estado la “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por los Territorios Autónomos”.

Este artículo también es sometido a voto particular por el grupo socialista, que elimina estas dos materias del elenco de las competencias exclusivas del Estado. En cambio, propone que la Seguridad Social sea una materia en la que corresponde la legislación exclusiva a las Cortes y la ejecución a los órganos de las nacionalidades y regiones. Por su parte, la sanidad e higiene estarían consideradas como materias en las que “corresponde a los órganos de los territorios autónomos el desarrollo legislativo y la ejecución, en el marco de la legislación de bases aprobada por las Cortes”.

1.3.2.- Enmiendas al anteproyecto de Constitución

Las enmiendas presentadas al anteproyecto de Constitución fueron numerosas. El artículo 36 recibe trece enmiendas, mientras que los números 18 y 19 del artículo 138 sólo una enmienda cada uno. Empecemos por las primeras. El diputado Antonio Carro Martínez, de Alianza Popular, propone que la redacción del art. 36 sea sustituida por la siguiente: “La ley reconoce el derecho a la prevención y a la asistencia sanitaria”.

El diputado Alberto Jarabo Payá, de Alianza Popular, propone que el art. 36.1 quede como sigue: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud y a la Seguridad Social”. Su justificación para ello reside en entender que “el hombre, como miembro de una sociedad integrada, tiene derecho a un sistema de Seguridad Social, para la prevención y curación de toda clase de enfermedad, así como a un seguro social completo que le garantice y proteja en toda clase de eventualidades. Creemos que este derecho debe ser especialmente reconocido en la Constitución, no debe ser condicionado ni prestado a título de beneficio, sino con carácter ilimitado, general y obligatorio, cuando se den los supuestos precisos”.

El diputado Hipólito Gómez de las Rocas, del Partido Aragonés Regionalista, propone la siguiente redacción para el artículo 36.1: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud de cuantos residan en territorio nacional”. Su motivación radica

en dejar claro que no se admiten “distingos ni limitaciones en cuanto a los destinatarios de la tutela”.

Este mismo diputado enmienda el número 2 del artículo 36, para el que postula que rece: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la sanidad y la higiene, así como garantizar las prestaciones y servicios necesarios, sin perjuicio de la libre iniciativa privada en el establecimiento, dirección y gestión de centros sanitarios que se ajusten a las prescripciones legalmente establecidas”.

Junto a ello, como muestra de respeto hacia la libertad individual, propone la adición del siguiente literal: “Se reconoce el derecho del enfermo y, en su caso, de los parientes más próximos o guardadores de aquél, a la libre elección de centro sanitario y, en su caso, de médico asistente”.

El grupo parlamentario socialista presenta también una enmienda al artículo 36 en el siguiente sentido: “1.- Todos los ciudadanos tienen derecho a una adecuada protección por la Seguridad Social, mediante fórmulas de asistencia básicas y previsión obligatoria. 2.- El Estado garantiza la satisfacción de estos derechos mediante la organización y el mantenimiento, por sí o a través de entes públicos especializados, de un sistema que proteja situaciones de enfermedad, incapacidad para el trabajo, vejez, desempleo involuntario, viudedad, orfandad, cargas familiares y otras situaciones de necesidad no determinables. El sistema de la Seguridad social organizará su acción de modo que se consiga una protección suficiente, la efectiva reincorporación de las personas a la vida activa y una eficaz redistribución de la renta, basada en el principio de solidaridad”.

El diputado Raúl Morodo, del grupo mixto, presenta la siguiente enmienda al artículo 36: “1.- Los españoles tienen derecho a la protección de la salud. 2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la sanidad y la higiene, así como garantizar el acceso igualitario a las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes al respecto”. Este enmienda busca que “quede asegurado el acceso en condiciones de igualdad a prestaciones y servicios”.

Los diputados Antonio Rosón y José María Pardo, de Unión de Centro Democrático, enmiendan el artículo 36 en el siguiente sentido: “1.- Se reconoce el derecho a la promoción y protección de la salud. 2.- El Estado garantizará la satisfacción de este derecho mediante la organización y sostenimiento de los servicios de salud pública necesarios. 3.- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte y facilitarán la adecuada utilización del ocio”. El sentido de la enmienda radica en que “amplía el derecho establecido a la acción de promover la salud, fomentando la educación sanitaria”.

Por su parte, el diputado José Manuel Couceiro Taboada, de Unión de Centro Democrático, propone la siguiente redacción para el artículo 36: “1.- La salud es un derecho inalienable de todos los ciudadanos. Se reconoce el derecho de toda persona a la promoción, protección y restauración de la salud, considerada como un estado de bienestar físico, mental y social. 2.- Compete a los poderes públicos organizar, desarrollar y tutelar la sanidad (y la higiene), así como garantizar las prestaciones y

servicios necesarios. 3.- Se reconoce a las personas físicas y jurídicas legalmente capacitadas la libertad de creación, organización y desarrollo de centros sanitarios y asistenciales, así como el derecho al libre ejercicio de la actividad profesional (dentro del respeto a los principios constitucionales). 4.- Se reconoce el derecho de todos a una asistencia individual y humanizada dentro del ámbito asistencial de la sanidad (garantizando el ejercicio de la libertad en la utilización de dicho derecho). 5.- La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto, garantizando el pleno ejercicio de la libertad en el marco de la sociedad democrática”.

El grupo de Unión de Centro Democrático enmienda también el artículo 36.2 en el siguiente sentido: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la sanidad y la higiene, a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. La justificación de esta enmienda radica en que “la mejor protección de la salud consiste en la prevención de la enfermedad”.

De otro lado, el artículo 138, en sus números 18 y 19, es enmendado por el grupo parlamentario vasco, quien defiende la siguiente redacción: “Sanidad exterior, bases mínimas de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos” y “Bases para el desarrollo legislativo de la Seguridad Social. En todo caso, su ejecución corresponderá a los territorios autónomos”. La justificación de ambas enmiendas hunde su razón de ser en el objetivo de garantizar que la ejecución y desarrollo de las bases corresponda a los territorios autónomos, para “acomodarse en busca de su eficacia y racionalidad a las diversas realidades y circunstancias”.

1.3.3.- El informe de la Ponencia sobre las enmiendas

El Boletín Oficial de las Cortes del 17 de abril de 1978 publica el informe de la ponencia sobre las enmiendas presentadas al Anteproyecto de Constitución. De este modo, quedaría un artículo 35 bis con la siguiente redacción: “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice prestaciones sociales dignas y suficientes y el seguro de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

Junto a ello, el artículo 36 dispone en su número 1 que “se reconoce el derecho a la protección de la salud”. Por su parte, su número 2 señala que “competen a los poderes públicos organizar y tutelar la sanidad y la higiene a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. En este artículo, la Ponencia hace constar que “el grupo socialista mantendrá su enmienda en este punto”.

1.3.4.- El dictamen de la Comisión.

Los debates sobre el Anteproyecto de Constitución en el seno de la Comisión de Asuntos Constitucionales y Libertades Públicas tienen lugar entre el 5 de mayo y el 20 de junio de 1978, llenando veinticuatro sesiones. El Boletín Oficial de las Cortes del 1

de julio publica el dictamen de la Comisión de Asuntos Constitucionales y Libertades Públicas acerca del Anteproyecto de Constitución.

En el dictamen aparece un artículo 37 con la siguiente redacción: “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice prestaciones sociales dignas y suficientes y el seguro de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

Por su parte, el artículo 39 del dictamen señala: “1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la sanidad y la higiene a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3.- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física, el deporte y, en general, la adecuada utilización del ocio”.

El dibujo territorial del Estado experimenta un notable cambio en el dictamen, respecto de las propuestas anteriores. Ahora aparece ya la denominación de Comunidades Autónomas. Para ellas, el artículo 141 dispone que podrán asumir competencias en materia de beneficencia y asistencia social, sanidad e higiene. Para el Estado, el artículo 143 establece la competencia exclusiva en materia de “sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos farmacéuticos”, así como “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas”.

1.3.5.- Los debates en el pleno del Congreso

Entre el 4 y el 21 de julio de 1978 tienen lugar los debates sobre la Constitución en el pleno del Congreso de los Diputados, a lo largo de doce sesiones. En la sesión del 12 de julio toca la discusión del artículo 37. El diputado Licinio de la Fuente, de Alianza Popular, defiende una enmienda tendente a cambiar la denominación “poderes públicos” por la del “Estado”, y a que el artículo hable de “todos los españoles”, en lugar de hacerlo de “todos los ciudadanos”.

Entiende el enmendante que “la obligación de establecer una Seguridad Social suficiente es del Estado, y que sólo podrá ser general e igualitaria para todos los españoles si el Estado establece las bases generales, la financiación y el control, sin perjuicio de que las comunidades autónomas participen y colaboren en su aplicación y desarrollo”. Este diputado insiste en la necesidad de que “quede claro que ese régimen de Seguridad Social va a ser general e igualitario para todos los españoles, porque éste es un tema en que sería antisocial, y nadie podría afirmar que resultaría progresista establecer diferencias de protección de unas regiones a otras”.

Añade el enmendante que “a la altura de nuestro tiempo creo que a nadie le cabrá duda alguna de que la Seguridad Social constituye uno de los más formidables y eficaces instrumentos de igualdad y solidaridad social. Al desarrollo de un concepto expansivo y nacional de la Seguridad Social hemos consagrado una parte de nuestra vida, y a esta misma idea responde nuestro planteamiento... con el convencimiento

pleno de que ni la libertad, ni la democracia pueden prosperar si no es en el ambiente propicio de una sociedad esencialmente igualitaria, para cuya consecución las tres grandes palancas son: la cultura, el régimen fiscal y la Seguridad Social”.

Y concluye: “Yo diría que el ideal hacia el que debemos tender es el de una Seguridad Social que comprenda a todos los españoles, sin distinción en las prestaciones por razón de territorio o de sector social y laboral, con financiación proporcional a la capacidad contributiva de todos”.

A esta enmienda responde el diputado Ciriaco de Vicente, del grupo socialista, que apunta que cuando el enmendante habla de “régimen general e igualitario para todos los españoles” existe el peligro de que “si la uniformidad o la igualdad se establece por niveles mínimos, estaríamos haciendo una Seguridad Social de pobres y no una Seguridad Social de niveles aceptables”. Aceptar esta enmienda podría contradecir “la función indelegable de los Estados modernos para mantener un régimen público de Seguridad Social de prestaciones suficientes”.

Desde este punto de vista, el miembro del grupo socialista manifiesta que “nosotros creemos que la Seguridad Social debe estructurarse dentro de ese nivel de suficiencia, con dos áreas de acción: una mínima básica para todos los ciudadanos, y otra profesional. La primera, financiada mediante exacciones fiscales, esto es, mediante impuestos. La segunda, financiada mediante exacciones parafiscales, esto es, mediante cuotas. Concediendo la primera prestaciones colectivas y uniformes para los ciudadanos, y la segunda, prestaciones diferenciadas que garanticen una equiparación real entre la renta de actividades de quien es trabajador por cuenta propia o ajena, y la renta de sustitución concedida por la acción protectora de la Seguridad Social”.

Votada la enmienda al artículo 37, única que pervivía, es rechazada por doscientos cuarenta y dos votos en contra, dieciséis votos a favor y seis abstenciones, por lo que resulta inalterado el texto del dictamen, que es aprobado por doscientos cuarenta y nueve votos a favor, un voto en contra y doce abstenciones.

Realizada la votación, el enmendante, el diputado de Alianza Popular Licinio de la Fuente, interviene para explicar su voto y confiesa que “si tuvieran Sus Señorías que preguntarme cuál sería mi ideal de Seguridad Social, en este sentido, yo diría que es aquel que tienen establecido en Inglaterra o en los países nórdicos, donde normalmente el simple hecho de pagar impuestos y, a veces, el estar allí en una situación justificada, determina el derecho a la protección para todos los nacionales de aquellos países e incluso para algunos extranjeros, en unos casos por la legislación propia, y en otros casos por los convenios bilaterales”.

El artículo 39 del dictamen no tenía ninguna enmienda, por lo que procedió su votación directamente junto a la de los artículos 38 a 49. El resultado es claro: doscientos sesenta y cuatro votos a favor del texto del dictamen y una sola abstención.

En la sesión del miércoles 19 de julio le toca el turno al artículo 141, del que “no existiendo enmiendas a este artículo se puso a votación, siendo aprobado por doscientos sesenta y cuatro votos a favor, y dos en contra, con quince abstenciones”. Sin embargo,

las dificultades llegan al tratar del artículo 143. El diputado Monforte Arregui, del Partido Nacionalista Vasco, entiende que es necesario delimitar claramente el ámbito de competencias estatal y autonómico, para no entrar en contradicción con las competencias atribuidas a los entes territoriales en materia de sanidad e higiene por el artículo 141, ya aprobado y que entraña la adjudicación de facultades legislativas y ejecutivas en esta materia a los órganos autonómicos.

Sostiene el diputado Monforte que “la fijación de unas condiciones mínimas sanitarias tendentes a una armonización general creemos que es conveniente, pero siempre que ello no conlleve un monopolio legislativo de una materia en la que los órganos autonómicos, por su mayor acercamiento a las realidades socioeconómicas, que son diferentes de unas zonas a otras, puedan dictar los criterios generales legislativos para conseguir precisamente la armonización de las bases mínimas o condiciones mínimas sanitarias. Por otro lado, la introducción de la facultad de coordinación, además de la facultad de dictar las bases generales, nos parece que supone la inserción de criterios interpretativos de gran ambigüedad. La coordinación creemos que puede perfectamente encajar dentro del contenido de las bases generales y que ése debe ser el marco donde debe articularse”.

El peligro es claro para el enmendante, pues “si además de esta posibilidad se da entidad propia y diferenciada a la coordinación, ello puede originar que tanto en las disposiciones legislativas de desarrollo, como en las facultades de gestión y de organización específica de los órganos autonómicos, pueda intervenir el Estado, con lo que de facto la autonomía en materia de sanidad e higiene quedaría totalmente mermada”.

Por Unión de Centro Democrático contesta a la enmienda el diputado Gila González, quien apunta que “de aceptar la Cámara esta enmienda, dejaríamos al país huérfano en una cuestión tan vital para el mismo como es la política sanitaria de su población. Parece pueril pensar, como así parece indicar el sentido de la enmienda, que no es necesaria una coordinación general a nivel del Estado, de la sanidad. Cuando se tiende en el mundo a coordinar sanitariamente a todos los Estados con organismos ya de larga vida, como la Organización Mundial de la Salud, para así lograr una mejor sanidad, parece ilógico que en nuestra naciente Constitución se deje al Estado sin esa función primordial y que sean las Comunidades Autónomas las que de manera individual lleven las bases de la política sanitaria”. En suma, “la enfermedad no tiene fronteras, Señorías, y por ello no se puede localizar la función universal de la sanidad”.

Votada la enmienda, el resultado arroja doscientos cuatro votos en contra, dieciocho votos a favor y diecisiete abstenciones, por lo que es rechazada. Sometido a votación el texto del dictamen, resulta aprobado por doscientos treinta y cuatro votos a favor, siete votos en contra y nueve abstenciones.

El grupo del Partido Nacionalista Vasco también presentará una enmienda relativa a las competencias estatales en materia de Seguridad Social, defendida por el mismo diputado Monforte. La enmienda persigue que “las Comunidades Autónomas decidan la política de Seguridad Social, legislen en consecuencia, procediendo a la distribución del resto de los recursos en la forma que estimen procedente por las propias

Comunidades Autónomas”. A juicio del enmendante, lo contrario “supone reducir el papel de las Comunidades Autónomas a meros vigilantes de la tramitación de las prestaciones”.

Añade a su argumentario, el hecho de que “a nadie se le escapa el actual proceso inflacionario de los costes de la Seguridad Social, que se disparan anualmente... En materia de asistencia sanitaria, por ejemplo, uno de sus graves defectos, entre otros muchos, es la ausencia absoluta de una psicología del coste en la mayor parte de los estamentos intervinientes en su propia gestación, sin haberse impuesto la noción de que se trata de prestaciones costosas soportadas esencial y fundamentalmente por los propios beneficiarios; defecto que podría corregirse atribuyendo a las fuerzas políticas y sindicales, a nivel de cada Comunidad Autónoma, la responsabilización en esta materia”.

En nombre del grupo parlamentario Socialista de Cataluña toma la palabra, en contra de la enmienda, el diputado Martín Toval, que le achaca que “a veces no se distingue con precisión entre lo que es competencia de la Comunidad Autónoma en desarrollo legislativo, en poder reglamentario y en actos de ejecución (concretamente en este caso, del tema de la Seguridad Social), y lo que son –y es otro tema- el régimen económico de caja única necesario en la Seguridad Social. Ése es otro tema. Y es otro tema porque no es lo mismo... que exista un auténtico control de la gestión, un auténtico control de la legislación de la Seguridad Social a través de todos los ciudadanos... Otra cosa muy distinta es que se pueda posibilitar (aquí está el nudo gordiano de la enmienda presentada por el grupo parlamentario vasco) que se puedan producir desequilibrios prestacionales como consecuencia de la utilización de cálculos actuariales de la Seguridad Social... Efectivamente, eso provocaría la insolidaridad en las prestaciones en el sistema de la Seguridad Social”.

Abunda en este punto el parlamentario Martín Toval al insistir en que “el sistema de la Seguridad Social, señoras y señores diputados, o es un sistema solidario que compense desigualdades, o no es un sistema de Seguridad Social”. Sin embargo, el artículo, en el texto del dictamen, no cierra la puerta a la posibilidad de “acercar la gestión de la Seguridad Social y su control al pueblo... a través de la dotación de funciones concretas de legislación delegada”.

En definitiva, para el grupo socialista, el “régimen económico de la Seguridad Social, de caja de la Seguridad Social, el régimen ha de ser único, el régimen ha de ser estatal, sin perjuicio de que es absolutamente preciso y necesario –y así se contempla en el texto del dictamen- que las Comunidades Autónomas tengan competencia en el desarrollo legislativo de una legislación básica estatal; tengan competencia en el ejercicio de una potestad reglamentaria, como consecuencia del ejercicio de poderes de autogobierno, y tengan capacidad para ejecutar actos concretos en esta materia, incluso actos que desarrollen legislación o normativa; pero sobre la base de que las prestaciones en cuanto a sus bases mínimas, sean únicas y unificables, por esa tendencia necesaria y connatural al sistema de la Seguridad Social a equilibrar desigualdades y a equilibrarlas sobre la base de establecer un mínimo común denominador aplicable a todos los afectados o beneficiarios”.

Añadirá posteriormente el diputado Martín Toval, en una intervención explicativa del sentido del voto, que “desde nuestra perspectiva, y con todos los respetos al Partido Nacionalista Vasco, pero desde la perspectiva socialista aquí los afectados, fundamentalmente, son los trabajadores y las clases con pocos ingresos; las clases con pocos ingresos y los trabajadores de Cataluña –y nosotros somos socialistas de Cataluña-, de Almería, de Extremadura, de Euskadi y de Galicia, y queremos que el principio de igualdad, que la Seguridad Social por naturaleza representa, afecte directamente, sin intermediarios, a esos todos trabajadores del Estado español”.

Votada la enmienda, es rechazada por doscientos sesenta y dos votos en contra, quince votos a favor y dos abstenciones. El texto original del dictamen resultará aprobado por doscientos cincuenta y siete votos a favor, cinco votos en contra y doce abstenciones.

El último día, viernes 21 de julio de 1978, el pleno del Congreso aprueba el texto completo del proyecto de Constitución por doscientos cincuenta y ocho votos a favor, dos votos en contra y catorce abstenciones, “resultado que fue subrayado con grandes aplausos de los señores Diputados en pie”.

1.3.6.- El proyecto en el Senado

El proyecto de Constitución pasa al Senado. Abierto el plazo de presentación de enmiendas, son presentadas más de mil, algunas de las cuales afectan a los artículos objeto de nuestra atención.

Por lo que hace al artículo 37, el senador Camilo José Cela, del Grupo Independiente, propone la siguiente redacción: “Los poderes públicos aseguran a la persona la prestación digna y suficiente de la Seguridad Social y el seguro de desempleo”.

Respecto a este mismo artículo, el senador Manuel de Prado y Colón de Carvajal, de idéntico grupo parlamentario, aporta el siguiente literal: “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social financiado a través del presupuesto nacional, para todos los ciudadanos que garantice prestaciones sociales dignas y suficientes, incluidas las del seguro de desempleo”. Su justificación reside en que de continuarse “financiando la Seguridad Social principalmente la empresa y sus trabajadores, con sus aportaciones, sería injusto, discriminatorio y atentatorio contra el principio de igualdad al beneficiarse, a partir de la aprobación de la Constitución, todos los ciudadanos”.

En aras de asegurar el principio de solidaridad social, la senadora María Belén Landáburu, del grupo mixto, propone que el artículo 37 recoja explícitamente que la Seguridad Social es para todos los ciudadanos “coticen o no en ella”. Junto a ello, para poner el acento en el seguro de desempleo, el Grupo de Unión de Centro Democrático, propone la inclusión del literal “con especial atención al seguro de desempleo”.

Por su parte, el Grupo de Socialistas del Senado, propone cambiar sustancialmente la redacción del artículo 37, por entender la actual como “técnicamente incorrecta y políticamente muy regresiva y, sobre todo, ambigua”. Ésta es su primera propuesta: “1.- El Estado organizará y mantendrá, por sí o a través de entes públicos especializados, un sistema de Seguridad Social basado en fórmulas de asistencia y previsión obligatoria. El sistema garantizará a los ciudadanos el derecho a una protección suficiente ante situaciones de necesidad a ellos no imputables que les impida procurarse los medios de vida necesarios, y orientará su acción de modo que se consiga una efectiva reincorporación de las personas a la vida activa y una eficaz redistribución de la renta, basada en el principio de solidaridad. 2.- La asistencia y previsión complementarias son libres”. Al mismo tiempo, acompaña una redacción alternativa que reitera la presentada por el Grupo Socialista del Congreso de los Diputados.

Por lo que toca al artículo 39, el senador Camilo José Cela propone la siguiente redacción: “1.- Se reconoce el derecho de la persona a la salud y a su protección, y compete a los poderes públicos el promoverlo y tutelarlos. 2.- [Se suprime]. 3.- El Estado y las comunidades autónomas fomentarán la educación física y el deporte y velarán por la oportuna utilización del ocio”.

Por su parte, el senador Zarazaga Burillo, del Partido Aragonés Regionalista, propone sustituir la redacción del número 1 por la siguiente: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud y el deber de lucha contra la enfermedad”. Para aprovechar las “ventajas que supone una gestión sanitaria no estatalizada, según los modelos establecidos en los países de nuestra área geopolítica, Europa Occidental”, en cuanto al número 3 de este mismo artículo, el Grupo de Unión de Centro Democrático propugna la inclusión del siguiente literal: “Se reconoce a las personas físicas y jurídicas la libertad de creación, organización y desarrollo de centros asistenciales y sanitarios para la prestación de los servicios de higiene y sanidad, según las prescripciones que marque la Ley”.

El senador Joaquín Farnós, de Unión de Centro Democrático, presenta la siguiente redacción alternativa al artículo 39: “1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud para todos los españoles. 2.- Es competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la sanidad en sus niveles preventivos, asistencial y rehabilitador, garantizando las prestaciones y servicios necesarios. 3.- Los centros sanitarios no dependientes del sector público recibirán igualdad de trato si fuesen homologados por los poderes públicos. 4.- Se regulará el derecho de todos los españoles a la libre elección de médico e institución hospitalaria”.

Por su lado, el senador Cándido Sánchez Castiñeiras, también de Unión de Centro Democrático, acompaña su propia redacción: “1.- Se reconoce el derecho a la promoción, protección y restauración de la salud. 2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3.- [Igual al texto]”.

También añade su grano de arena el senador Joaquín Hurtado Simón, de idéntico partido, al propugnar el siguiente literal: “1.- Se reconoce el derecho a la protección de

la salud. 2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones asistenciales y de servicios necesarios, así como fomentar la educación sanitaria. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

También, procedente de este mismo partido, el senador Félix Calvo Ortega apunta la adición del siguiente inciso al número 2 del artículo 39: “Se reconoce a las personas físicas y jurídicas la libertad de creación y dirección de centros sanitarios dentro del respeto a los principios constitucionales”.

En cuanto al artículo 141, el senador Cándido Sánchez Castiñeiras, de Unión de Centro Democrático, subraya la conveniencia de sustituir la expresión “sanidad e higiene” por la más adecuada de “salud pública”. Esta enmienda también es suscrita, aparte, por el Grupo de Socialistas del Senado.

Si nos acercamos al artículo 143, el Grupo de progresistas y socialistas independientes presenta una enmienda tendente a que la materia de “sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y régimen sobre productos farmacéuticos” sea de “la exclusiva e indelegable competencia del Estado la legislación y la ejecución directa”, mientras que para la materia de “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social” corresponda “al Estado la legislación y podrá delegarse en las Comunidades Autónomas, a solicitud de las mismas y mediante la aprobación o reforma, en su caso, del correspondiente Estatuto, la ejecución”.

La justificación de esta enmienda radica en la necesidad de dibujar con claridad el mapa de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, puesto que la referencia que existe en el proyecto a “competencias delegables por su propia naturaleza”, amén de “vaga e impropia de un texto normativo... es un modo de inseguridad jurídica y en lugar de contribuir a una solución positiva del problema a partir del texto constitucional, normaliza la tensión y los conflictos en torno a todas y cada una de las competencias que contiene el artículo 143”.

1.3.7.- Los debates en la Comisión de Constitución del Senado

Los debates en el seno de la Comisión de Constitución de la cámara alta tienen lugar entre el 18 de agosto y el 14 de septiembre de 1978, a lo largo de diecisiete sesiones. En la sesión de 30 de agosto son discutidas las enmiendas a los artículos 37 y 39.

Entre ellas, en nombre del grupo de Unión de Centro Democrático, interviene el senador Hurtado Simo, para defender el cambio de la expresión “régimen público” por la de “régimen básico obligatorio”, dado que es más acorde “con esa democracia real que estamos construyendo y con esa parte de la nueva concepción de una nueva sociedad verdaderamente igualitaria que queremos también construir, en contra de esta sociedad de consumo recibida que no concibe más que productores y consumidores”.

Para que esos anhelos sean realidad práctica, entiende el senador que “es absolutamente necesario establecer unas prestaciones idénticas, cualquiera que sea la actividad que se desarrolle y el territorio en que éstas se realicen, con independencia del potencial económico del individuo. Así ocurre en las legislaciones más modernas y progresivas, como son, por ejemplo, la República Federal Alemana, Italia e Inglaterra que, cuando hablan de la Seguridad Social, de sus regímenes, de sus prestaciones, éstas son básicas para todos los individuos y para todos los países y territorios autonómicos que integran el Estado”.

Durante esta discusión del artículo 37, es aprobada una enmienda del Grupo Progresistas y Socialistas Independientes gracias a dos votos a favor y veintitrés abstenciones. El resultado quedará reflejado en el texto final de la comisión que veremos más adelante.

Por su parte, en la discusión del artículo 39, interviene el senador Sánchez Castiñeiras para defender su enmienda. De un lado, había propuesto la adición del texto “la promoción y la restauración” a la “protección de la salud”. Su justificación radica tanto en el preámbulo de la carta constitucional de la Organización Mundial de la Salud, que reza que “el goce del grado máximo de la salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, como en la definición de salud adoptada por la propia Organización Mundial de la Salud consistente en “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad”.

Para el enmendante, el objetivo de este artículo debe radicar en “recoger el derecho sanitario de la persona, derecho sanitario que se puede definir como el conjunto de leyes y reglamentos cuyo propósito es la protección y fomento de la salud de los individuos y de la comunidad”. Ello incluye una “acción preventiva, mediante el desarrollo de programas de luchas y campañas sanitarias: a la vigilancia y defensa del medio ambiente, al control de alimentos, etc., actividades todas ellas importantes y que incumben al Estado... una medicina constructiva que promueva la salud, cuyo centro de interés siga siendo el individuo, pero considerado como parte integrante de la sociedad”.

Junto a la medicina preventiva, en el texto constitucional –a juicio de nuestro senador- “debe de figurar el derecho a la medicina curativa, lo que denominamos restauración de la salud, en la cual el Estado ha de desempeñar un importante papel... mediante la creación de los servicios sanitarios adecuados a los que todos tengan acceso”.

Asimismo, defiende este senador la sustitución de los términos “sanidad e higiene” por el de “salud pública”, de acuerdo con la definición adoptada por la Asociación Americana de Salud Pública: “Aplicación de las ciencias médicas, sociales y de otras disciplinas, en actividad comunal, para proteger y mejorar la salud del pueblo”. En este punto, el senador enmendante recuerda la definición dada por Winslow: “La salud pública es la ciencia y el arte de: primero, impedir las enfermedades; segundo, prolongar la vida, y; tercero, fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo realizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el

tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”.

En su turno, el senador Villar Arregui defiende la enmienda presentada por el PSI, orientada a sustituir la expresión “compete a los poderes públicos” por la de “los poderes públicos organizarán y tutelarán”, con el objeto de guardar una mayor coherencia con la forma de redacción adoptada en el resto de preceptos, puesto que “cuando la Constitución atribuye competencias debe hacerlo en referencia a determinado órgano en el que el poder público se encarne”.

Al mismo tiempo, también propone la supresión del número 2 de este artículo, y la sustitución del verbo de la expresión “fomentar la adecuada utilización del ocio”, que incluye el número 3, por el verbo “facilitar”, para evitar así un “dirigismo que desborda los límites de lo previsible”.

Siguiendo con la discusión de este artículo 39, el senador Ripoll Marín, de Unión de Centro Democrático, presenta *in voce* una enmienda (igual a otra que había sido retirada por el Grupo Unión de Centro Democrático), tendente a que sean los poderes públicos quienes organicen, tutelen y garanticen las prestaciones y servicios necesarios, mientras que corresponderá a las personas físicas y jurídicas “la libertad de creación, organización y desarrollo de centros asistenciales y sanitarios”.

Reconoce este senador que “esta es una antigua lucha personal... para que en la Constitución se reconozca un derecho que permita un proyecto de política de salud moderno, económicamente viable y, dentro de los modelos al uso en nuestro enclave geopolítico, Europa occidental, alejado de los modelos estatalistas que no son buenos, ni baratos, ni, lo que es peor, gustan a los que reciben cuidados médicosanitarios a través de esquemas que traza y ¡ay! aplica un Estado omnipotente o poco menos”.

Abunda en esta necesidad al subrayar que es “imprescindible para muchos de nosotros que, entre los derechos que en la Constitución que estamos haciendo se reconocen a los ciudadanos españoles, figure aquél que le permita recibir unas atenciones a su salud en las que él sea el principal protagonista y del modo que libremente decida. Y este derecho no podría ser ejercido si no le reconocen constitucionalmente otros cauces, otras vías distintas, pero no opuestas a las puramente estatales, y si no se le garantizan los medios necesarios”.

En suma, “digámoslo sin ambages, el fin último de la enmienda que propongo no es sino sentar las bases indispensables para la libre elección de médico y centro hospitalario por los asistidos, proporcionándoles unos cuidados concretos y, subrayo, por quienes y donde ellos elijan, para lo cual nada mejor... que ofrecer a los ciudadanos una pluralidad de opciones para que ellos mismos elijan”.

Y concluye: “Queremos una asistencia pluralista y abierta, por la misma razón que queremos una prensa libre y una escuela pluralista y una pluralidad de partidos políticos y, por las mismas razones que rechazamos la escuela única, la prensa única y

el partido único estatales, rechazamos la sanidad estatalizada y única y como la sola vía asistencial”. Cuando hablemos del dictamen final de la comisión veremos qué futuro tuvieron estas enmiendas.

Pero la vida sigue su ritmo junto al viaje emprendido por el proyecto constitucional en la cámara alta. Y hay que continuar regulando. Desde la perspectiva del usuario de los servicios sanitarios, un Decreto de 25 de agosto de 1978, sobre ordenación de los servicios de medicina e higiene escolar, establece la obligación de todos los centros docentes, “estatales o no estatales”, de disponer de un servicio de medicina e higiene escolar, compuesto de un médico y de un ayudante técnico sanitario o auxiliar de enfermería (arts. 1 y 4)²².

Estos servicios estarán apoyados técnicamente por equipos multidisciplinares de especialistas, “que actuarán como asesores en acciones médico-preventivas, informe y orientación terapéutica o profiláctica” (art. 5).

Las funciones de estos servicios consisten fundamentalmente en realizar exámenes periódicos de salud de la población escolar y del profesorado; acciones de educación sanitaria en el medio escolar para alumnos, padres y profesores; estudio y propuesta de corrección de las condiciones higiénico-sanitarias del entorno escolar y del ámbito social en que esté ubicado; higiene de la alimentación y de la educación física; y acciones preventivas de las enfermedades transmisibles en el medio escolar. Estas actividades no tendrán en ningún caso carácter clínico (art. 7).

Mientras tanto, el proyecto de Constitución continúa su *iter* legislativo. El texto del dictamen de la Comisión Constitucional del Senado relativo al proyecto de Constitución introduce modificaciones al recibido del Congreso de los Diputados. El artículo 41 del nuevo texto reza: “Un régimen público de seguridad social garantizará las prestaciones sociales y sanitarias a todos los ciudadanos, así como el seguro de desempleo”.

Por su parte, el artículo 43 propone: “1.- Se reconoce el derecho a la protección a la salud. 2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3.- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

Por lo que hace al cuadro de distribución de competencias entre las Comunidades Autónomas y el Estado, el artículo 146 establece que aquellas podrán asumir competencias en materia de sanidad e higiene (letra t), mientras que el artículo 148 reconoce al Estado competencia exclusiva sobre sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos (número 16), así como sobre las bases y régimen económico de la Seguridad Social, “sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas” (número 17).

²² BOE, nº 253, 23 de octubre de 1978.

1.3.8.- Los debates en el pleno del Senado

Entre el 25 de septiembre y el 5 de octubre de 1978 tiene lugar el debate en el pleno del Senado durante diez sesiones de la cámara. En cuanto al artículo 41, los votos particulares fueron retirados, por lo que la redacción recogida en el dictamen de la comisión obtiene la aprobación de ciento ochenta y seis votos. Igual y pareja suerte corrió el artículo 43, aprobado por ciento ochenta y siete votos a favor.

Por su parte, en la sesión de 3 de octubre de 1978, el artículo 146, letra t, fue aprobado por ciento cincuenta votos a favor, ninguno en contra y treinta y tres abstenciones. Mientras, el artículo 148 superó el trámite con ciento cuarenta y cinco votos a favor, once en contra y diez abstenciones.

1.3.9.- La recta final del proceso constituyente

El Boletín Oficial de las Cortes del 13 de octubre de 1978 publica las modificaciones propuestas por el Senado al texto del proyecto de Constitución. Conforme a lo dispuesto por la Ley para la Reforma Política, al acaecer discrepancias entre los textos aprobados por el Congreso y el Senado, debía actuar una Comisión Mixta de diputados y senadores que propusiera un texto único a los plenos de ambas cámaras.

Concluidos sus trabajos, el Boletín Oficial de las Cortes del 28 de octubre de 1978 publica el dictamen de la Comisión Mixta Congreso – Senado en torno al proyecto de Constitución. De este modo, el artículo 41 queda como sigue: “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

Por su parte, el artículo 43 rezará: “1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3.- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

El anterior artículo 146 pasa ahora a ser el artículo 148 y concede que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materias de sanidad e higiene (número 21º). Igual cambio de lugar le espera al antiguo artículo 148, que pasa a ser ahora el artículo 149, y reserva competencia exclusiva al Estado sobre materias de sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos (número 16º), así como sobre la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas (número 17º).

El 31 de octubre de 1978 el dictamen de la Comisión Mixta Congreso – Senado en torno al proyecto de Constitución es sometido a la aprobación de cada una de las Cámaras por separado. Superado el trámite con amplísimas mayorías en ambas cámaras, el Boletín Oficial de las Cortes de 6 de noviembre de 1978 publica los resultados de las votaciones y la declaración formal de aprobación del dictamen de la Comisión Mixta Congreso – Senado.

Superado ya el trámite parlamentario de aprobación del texto constitucional, el 16 de noviembre de 1978, el Gobierno aprueba un Decreto Ley sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo²³. Esta norma parte de la existencia, en los sectores públicos dedicados a estas materias, de “importantes defectos de organización y la falta de una coherente concepción sistemática de su estructura y funcionamiento”.

Asimismo, añade que la resolución de esta problemática “no es hoy en día una parcela reservada a los especialistas. Bien al contrario, la sensibilidad social ante los sectores públicos que gestionan problemas de tan hondo sentido humano como la salud, la Seguridad Social, la asistencia y el empleo es un elemento determinante en la búsqueda de respuestas claras y eficaces. Existe una demanda social en tal sentido, que otorga a las críticas técnicas un claro rango de prioridad política, y que viene completado por las lógicas exigencias de una sociedad democrática para poseer una información suficiente y garantizar a los interesados la participación en las decisiones”.

Con estas premisas, los principios perseguidos por el Decreto son: a) Simplificar al máximo el número de las entidades gestoras, racionalizar sus funciones, descentralizar sus tareas administrativas y facultar al Gobierno para regular la participación de sindicatos, organizaciones empresariales y Administración; b) Devolver al Estado funciones asumidas por la Seguridad Social y que “no son propias de la misma, tales como las referidas a empleo, educación y servicios sociales”; c) Preservar el principio de caja única en todo el sistema de la Seguridad Social.

De este modo, el artículo 1 deja claro que “la gestión y administración de los servicios se llevará a cabo, bajo la dirección y tutela del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, con sujeción a principios de simplificación, racionalización, economía de costes, eficacia social y descentralización”. Como entidades gestoras de la Seguridad Social, el Decreto configura las siguientes, dejando al Gobierno la reglamentación de la estructura y competencias de cada una de ellas, a saber:

- a) El Instituto Nacional de la Seguridad Social, “para la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social”. En él aparecen integradas, con pérdida de su personalidad jurídica independiente, las mutualidades y demás entidades gestoras de estructura mutualista.
- b) El Instituto Nacional de Salud “para la administración y gestión de servicios sanitarios”.

²³ BOE, nº 276, 18 de noviembre de 1978.

- c) El Instituto Nacional de Servicios Sociales “para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social”.

El Decreto dispone que los organismos por él regulados “desarrollarán su actividad en régimen descentralizado, en los diferentes ámbitos territoriales”. Junto a ello, “los centros sanitarios y asistenciales de los organismos citados... podrán ser gestionados y administrados por las entidades locales”. Para continuar la colaboración en la gestión que venían prestando las empresas, mutuas patronales y asociaciones, fundaciones y entidades públicas y privadas, deberán figurar inscritas en un registro público (art. 2).

Como vía de participación, el Gobierno podrá regular su ejercicio en aras de su virtualidad en “el control y vigilancia de la gestión del Instituto Nacional de la Seguridad Social, del Instituto Nacional de la Salud y del Instituto Nacional de Servicios Sociales, que se efectuará gradualmente desde el nivel estatal al local, por órganos en los que figurarán, fundamentalmente, por partes iguales, representantes de los distintos sindicatos, de las organizaciones empresariales y de la Administración pública. Igualmente se regulará un régimen de participación de carácter tripartito en el control de las Mutualidades” (art. 3).

En cuanto al principio de caja única, la disposición adicional segunda de este Decreto establece que la “Tesorería General de la Seguridad Social, servicio común con personalidad jurídica propia, adscrito a la Secretaría de Estado para la Seguridad Social a través de la Dirección General correspondiente, en la que, por aplicación de los principios de solidaridad financiera y caja única, se unifican todos los recursos financieros, tanto por operaciones presupuestarias como extrapresupuestarias, tendrá a su cargo la custodia de los fondos, valores y créditos y las atenciones generales y de los servicios de recaudación de derecho y pago de las obligaciones del sistema de la Seguridad Social”.

Como cláusula de salvaguarda y cierre del sistema, continúa señalando que “en la Tesorería General se constituirá un fondo de estabilización único para todo el sistema de la Seguridad Social, que tendrá por finalidad atender las necesidades originadas por desviaciones entre ingresos y gastos. Esta reserva de estabilidad será invertida de forma que tenga el grado de liquidez, rentabilidad y seguridad técnicamente precisas”.

1.3.10.- Y llega la Constitución

Aprobada la Constitución por referéndum el 6 de diciembre de 1978, y sancionada y promulgada el 27 de diciembre, es necesario recordar dentro de su contenido dogmático que el primer párrafo del artículo 43 de la Constitución de 1978 reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud²⁴. Protección que, en su párrafo segundo, el texto constitucional encomienda a los poderes públicos, en cuanto a la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas

²⁴ BOE, nº 311, 29 de diciembre de 1978.

y de las prestaciones y servicios necesarios. Queda reservada a ley posterior la determinación de los derechos y deberes de los actores en el sistema. Como colofón, el párrafo tercero de este mismo artículo 43 establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte, facilitando además la adecuada utilización del ocio.

Aparece esta previsión del artículo 43 poco después que, por su parte, el artículo 41 haya dispuesto que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo, indicando que la asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

Ambos artículos aparecen ubicados sistemáticamente en el capítulo tercero del título primero de la Constitución, bajo el epígrafe “De los principios rectores de la política social y económica”. Como es sabido, ello implica que carecen de los mecanismos de protección reforzada que la Constitución estatuye a favor de los derechos recogidos en los artículos 14 a 29 (es decir, procedimiento de tutela ante los tribunales ordinarios basado en los principios de preferencia y sumariedad y, en su caso, recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional).

A lo sumo, “el reconocimiento, el respeto y la protección” de lo reconocido en los artículos 41 y 43 “informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos”. La defensa jurisdiccional directa de tales artículos está descartada y “sólo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen” (art. 53.3 de la Constitución).

Como ha apuntado Alonso Ligeró, “la tendencia a la generalización del derecho a la protección de la salud encuentra dificultades de realización por una serie de causas políticas, financieras o técnicas. Podrían reducirse a tres los sistemas existentes: a) Sistemas que protegen a los trabajadores y sus familias a través del seguro obligatorio de enfermedad, al lado de seguros voluntarios para los grupos no obligatoriamente protegidos, y de la asistencia social para las personas sin recursos, b) Sistemas de seguro nacional obligatorio para toda la población (Noruega, Suecia), limitado, a veces, a la prestación hospitalaria (Finlandia), y c) Sistema de Servicio Nacional de Salud, financiado fundamentalmente por los fondos públicos”²⁵.

En opinión de Beato Espejo, la “Carta Magna, obviamente, no asegura el derecho a la salud en términos absolutos, cuyo objetivo sería imposible... pero sí dispone que se adopten por los poderes públicos los servicios necesarios para eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente, para prevenir las enfermedades, para atenderlas en caso de pérdida de la salud, para fomentar el nivel educativo y el sentido de responsabilidad en lo concerniente a la misma”²⁶.

Llegados a este punto, es preciso apuntar que la caracterización del derecho a la salud influye a la hora de determinar el régimen jurídico y la organización de la

²⁵ “El Derecho”, 6.

²⁶ “Derechos de los usuarios del sistema sanitario a los diez años de la aprobación de la Ley General de Sanidad”, *RAP*, 141 (septiembre-diciembre 1996), 26.

prestación sanitaria por medios públicos. En suma, “de la caracterización del derecho a la salud como derecho constitucional se sigue la necesidad del rango suficiente para las normas que especifiquen el contenido del derecho, el acceso universal a las prestaciones al respecto y, por tanto, la justificación del servicio público como modo de realizarlas”²⁷.

En todo caso, debe prevalecer la efectividad del derecho a la salud y a la igualdad de prestaciones en todo el territorio, por lo que la existencia de “asimetrías organizativas” o “desequilibrios funcionales” entre los distintos sistemas sanitarios que operen en el territorio estatal “pondría en cuestión principios básicos constitucionales, como el de igualdad, en su dimensión individual y territorial”²⁸.

Aunque la jurisprudencia del Tribunal Constitucional no ha abordado directamente este derecho a la protección de la salud, al no poder ser objeto de recurso de amparo, sí pueden ser extraídas algunas notas de sus pronunciamientos en cuestiones que rozan este derecho. En este sentido, serían características a tener en cuenta en el desarrollo legislativo y aplicación jurisprudencial de este derecho, las siguientes: a) Concepción amplia o integral de la salud; b) Carácter universal del derecho; c) Regulación respetuosa con el reparto competencial entre Estado y Comunidades Autónomas; d) Obligación de los poderes públicos de garantizar la efectividad del derecho; e) El incumplimiento de las obligaciones dimanantes del derecho determina la exigencia de responsabilidad²⁹.

A juicio de Pemán Gavín, el derecho a la protección de la salud opera básicamente “como un mandato constitucional de actuación dirigido a los poderes públicos y, señaladamente, al legislador, sin perjuicio de su función de límite negativo - como garantía de irreversibilidad de unos contenidos mínimos ya alcanzados en la protección sanitaria de población por nuestro sistema sanitario- [y que] aporta el fundamento constitucional para una política de salud integral. Una política de salud integral que, por un lado, debe garantizar una asistencia sanitaria adecuada a toda la población y, por otro, debe hacer frente eficazmente a los diversos factores o circunstancias que pueden incidir negativamente sobre la salud de las personas”³⁰.

Apunta este mismo autor que el derecho constitucional a la protección de la salud aparece materializado a través de un amplio conjunto de derechos acogidos por la legislación ordinaria, entre los que figura:

- El derecho a la asistencia sanitaria pública, que incluye las diferentes prestaciones de carácter preventivo, curativo o rehabilitador, así como los cuidados paliativos, satisfechas por los servicios públicos de salud o privados concertados.

²⁷ J. J. SOLOZÁBAL ECHAVARRÍA, “Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico”, Documento de trabajo 89/2006, *Laboratorio de alternativas*, Madrid, 2006, 17.

²⁸ SOLOZÁBAL ECHAVARRÍA, “Bases”, 20-21.

²⁹ A. MENÉNDEZ REXACH, “El derecho a la asistencia sanitaria y el régimen de las prestaciones sanitarias públicas”, *Revista Derecho y Salud*, vol. extraord. XI, 27.

³⁰ “Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud”, *Derecho y Salud*, 16 n°. extraord. (nov. 2008), 59-61.

- Derechos de carácter complementario o instrumental, como los relacionados con aspectos informativos y documentales de la asistencia, los atinentes a la libertad del paciente, los referidos a las condiciones de lugar y tiempo en que la asistencia es prestada o los relativos a los niveles de calidad de la atención médica.
- Derechos vinculados con la protección frente a los riesgos sanitarios, como los derechos de información frente a posibles riesgos, la posibilidad de instar la actividad preventiva o coactiva de la Administración para proteger la salud pública frente a situaciones peligrosas o nocivas o el ejercicio de acciones de tutela reparadora frente a actuaciones que hayan sido consecuencia de una conducta activa u omisiva de agentes privados o públicos.

En definitiva, el derecho a la protección de la salud aparece con un contenido más amplio que el reflejado dentro del derecho a la asistencia sanitaria. O, dicho de otro modo, existen aspectos del derecho a la protección de la salud que “no se satisfacen mediante la implantación por los poderes públicos de un sistema de prestaciones sanitarias conducentes al mantenimiento o recuperación de la salud, sino que requieren la adopción de medidas de diversa índole, que van desde las educativas hasta las que se sitúan claramente en el marco del derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado (art. 45 CE), pasando por las que tienden a garantizar la calidad de los alimentos, la adecuación de las condiciones de trabajo, o la vivienda digna (art. 47 CE)”³¹. Por exceder del objeto de conocimiento trazado para esta tesis, tales implicaciones no serán abordadas esencialmente dentro de su contenido.

En el ámbito de la distribución de competencias entre el Estado y las nuevas Comunidades Autónomas, aquél retiene como competencia exclusiva las bases y coordinación general de la sanidad, la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149). El Estado puede encomendar la ejecución de los servicios a las Comunidades Autónomas, a quienes el texto constitucional otorga competencias en materia de sanidad e higiene (art. 148). El juego entre ambas disposiciones aparece traducido en que la cláusula del artículo 149.1.1ª habilita al Estado para una “intervención reguladora, en las materias que le corresponden, tendente a asegurar las condiciones de igualdad respecto de los derechos y deberes constitucionales”³².

1.3.11.- Y comienza la senda posconstitucional

En 1979, el Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social realiza varias encuestas entre los profesionales sanitarios y la población. Los resultados son ilustrativos. El 65% de la población no utiliza la Seguridad Social porque estima que los médicos no demuestran interés en sus dolencias o no son dignos de confianza. Junto a ello, el 98% de los médicos entienden como necesaria una reforma del sistema sanitario³³.

³¹ MENÉNDEZ REXACH, “El derecho”, 16-17.

³² SOLOZÁBAL ECHAVARRÍA, “Bases”, 14.

³³ GUILLÉN, *La construcción*, 196.

Así las cosas, el 19 de abril de 1979 el grupo parlamentario comunista presenta en el Congreso de los Diputados una proposición no de ley sobre la reforma sanitaria³⁴. En su intervención para defender la propuesta, el diputado Núñez González critica que “en la pasada legislatura este gran tema fue arrinconado por el Gobierno, por el Ministro del departamento, y se gobernó por decreto, al margen del Parlamento”.

En este punto, “el nombramiento de un nuevo Gobierno y de un nuevo Ministro de la Sanidad constituye una ocasión propicia para que los responsables del departamento expongan con el detalle necesario los grandes principios de la política sanitaria que se proponen desarrollar y que sean debatidos en el Congreso para que éste, como expresión de la soberanía popular, los defina, estableciendo el modelo de reforma sanitaria a aplicar”.

El objetivo fundamental de la propuesta del grupo comunista pretende “separar de la Seguridad Social la asistencia sanitaria para convertirla en un servicio público, único, integrado y descentralizado”. Todo ello sin perjuicio de la necesidad de establecer “todo un período de transición en el que la Sanidad y la Seguridad Social, al menos desde la perspectiva de las fuentes de su financiación, aún deberán ser contempladas conjunta y coordinadamente”.

El grupo comunista recuerda “la perplejidad, la indignación o las constantes protestas que protagonizan nuestros ciudadanos ante las masificadas consultas en nuestros ambulatorios, las listas de espera en nuestros hospitales, la insuficiencia de recursos sanitarios en el campo, o la insatisfacción de los profesionales y trabajadores de la Sanidad ante el marco y las condiciones en que deben desarrollar su trabajo”.

Desde el momento en que el derecho a la salud ha sido constitucionalmente contemplado, para el grupo comunista “la única alternativa válida y consecuente con la Constitución es la creación de un Servicio Nacional de Salud concebido como servicio público omnicompreensivo”.

Las ventajas de este Servicio Nacional de Salud serían claras: “Permitirá superar los actuales desniveles en la asistencia sanitaria tanto entre las diferentes clases y capas sociales, como los puramente geográficos; ofrecerá realmente igualdad de oportunidades a todos por lo que respecta a la salud... habrá de ser la señal, el toque de atención de todas las desigualdades sociales que se traducen en déficits de salud y en enfermedades, y también el instrumento para indicar y promover las transformaciones económicas y sociales necesarias, teniendo en cuenta la promoción de la salud para todos”.

En esta propuesta, la organización sanitaria estaría regionalizada, poniendo el acento en la “prevención y la asistencia primaria, con una total financiación a través de los presupuestos públicos y con una gestión democrática y autónoma”. Los órganos de gestión serían “tripartitos, compuestos por la Administración, usuarios y sanitarios, desde el nivel local, al regional o autonómico y estatal”.

³⁴ Retoma una propuesta anterior presentada en pleno proceso constituyente, el 9 de octubre de 1978 (DSC, 24 de mayo de 1979, 480 ss; DSC, 6 de mayo de 1980, 5745).

En resumen, el grupo comunista propugna “la creación de un Servicio Nacional de Salud que atienda a todos los españoles (y no solamente a los afiliados y beneficiarios de la Seguridad Social) y que fuera financiado por el Estado”.

A esta intervención responde el Ministro de Sanidad y Seguridad Social, Rovira Tarazona. Apunta el máximo responsable sanitario que desde el momento de su nombramiento había declarado su intención de llevar a cabo la reforma sanitaria, con la colaboración y participación más amplia posible de todos los sectores y vehiculada a través del Congreso de los Diputados.

A juicio del Ministro, los objetivos de la reforma deben ser, fundamentalmente: a) Que el derecho a la salud plasmado en la Constitución sea un derecho eficaz; b) Subsanan las actuales deficiencias de la asistencia sanitaria; c) Aprovechar de modo óptimo los recursos económicos destinados a la materia; d) Mejorar las condiciones del personal sanitario facilitándoles un elevado grado de formación permanente.

Para lograr estos objetivos plantea la necesidad de concebir la sanidad de modo integral, que aúne medicina asistencial, medicina preventiva y medicina comunitaria. Desde esta concepción, en la asistencia primaria hay que apoyar a la medicina de familia y enfocar la libre elección del médico. En la asistencia secundaria deben ser protagonistas los centros de salud, que incluirá la medicina especializada. En la asistencia del tercer nivel, el hospital debe ser reconducido a su verdadera misión, “que se dedique a esos casos más graves, para los cuales existe un potencial, en el orden humano y tecnológico, altamente cualificado”.

El Ministro asume el compromiso de remitir al Congreso de los Diputados un documento en el mes de junio para que sea estudiado por su Comisión de Sanidad y Seguridad Social y “después, una vez realizado ese trabajo, cuando se observen cuáles son las verdaderas discrepancias en el orden ideológico y en el orden técnico, entonces es cuando debemos venir al Pleno a debatirlo, pero no hagamos lo contrario, que a mi juicio sería una equivocación”. Ya anticipa el responsable gubernamental que “habrá siempre en toda reforma sanitaria una acción que será la final, que es la de la Ley de Sanidad”.

En nombre del grupo socialista interviene el diputado Yuste Grijalba, que muestra su alegría porque “por fin el tanto tiempo esperado debate sobre la reforma sanitaria ha dado comienzo”. El objetivo es claro. Lograr que sea realidad la máxima de que “la salud ha de ser para todos”, dado que “no hay ninguna conciencia sensible que pueda tolerar exista una medicina de ricos y otra de pobres”. Para ello, “el fundamento de toda política sanitaria ha de ser la salud y no la enfermedad; el esfuerzo, a través de las acciones que producen la salud, debe ser prioritario”.

1.3.12.- ¿Líneas para una reforma sanitaria?

Tomando el testigo lanzado por la propuesta del grupo comunista y de acuerdo con el compromiso expresado por el Ministro en la sesión parlamentaria, a comienzos

del verano de 1979, el 29 de junio, el Gobierno remite a las Cortes un documento bajo el título “Líneas fundamentales para la reforma sanitaria”. El texto afecta fundamentalmente a la asistencia sanitaria. En el nivel primario, prevé que corra a cargo de unidades privadas de tres o cuatro médicos generales o de familia y de uno o dos pediatras para atender a poblaciones de cinco a seis mil personas. Las poblaciones contribuirán con una “igualada” y tendrán derecho a la libre elección del médico. En cuanto al nivel secundario, corre a cargo de centros médico-sanitarios subcomarcales rurales o de subdistrito urbano (colectivos de 25.000 a 30.000 habitantes) o comarcales rurales o de distrito urbano (100.000 a 125.000 personas). En cuanto al nivel terciario, queda encomendado a los grandes hospitales (1.000.000 a 1.500.000 habitantes)³⁵.

Paralelamente, el Gobierno ejecuta la habilitación reglamentaria concedida por el Decreto-Ley de 16 de noviembre de 1978, y aprueba dos Reales Decretos fechados el 30 de julio de 1979 por los que regula la estructura y competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social (Real Decreto 1854/1979) y el Instituto Nacional de la Salud (Real Decreto 1855/1979).

El primero de dichos Decretos, por lo que toca a la materia objeto de nuestro interés, atribuye al Instituto Nacional de la Seguridad Social el “reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria y la previsión voluntaria gestionada a través del Sistema de la Seguridad Social” (art. 1.1)³⁶. A partir de ahí regula la estructura orgánica del Instituto, tanto en el ámbito central, como en el ámbito provincial a través de la configuración de Direcciones Provinciales (art. 10).

No termina este Decreto sin advertir, en su disposición transitoria, que “la asunción de las funciones y competencias que se atribuyen en el presente Real Decreto al Instituto Nacional de la Seguridad Social se verificará de modo gradual y a medida que lo permita el desarrollo de las previsiones del Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo; y en la misma forma gradual se constituirán los órganos de la estructura administrativa de este Instituto. Todo ello conforme a las disponibilidades presupuestarias existentes para su financiación”.

El segundo de dichos Decretos de 30 de julio de 1979, regulador de la estructura y competencias del Instituto Nacional de la Salud, encomienda al Instituto Nacional de la Salud el desarrollo y ejecución de servicios y prestaciones de medicina preventiva, promoción de la salud individual y asistencia sanitaria³⁷. Esta norma califica al Instituto como “el organismo ejecutivo fundamental de la política para la asistencia médica y sanitaria y para la promoción de la salud” (art. 1.1). Al Instituto Nacional de la Salud le corresponde:

- a) “El desarrollo y ejecución de las funciones y actividades precisas para hacer efectivos los servicios y garantizar las prestaciones sanitarias del sistema de Seguridad Social, así como las relativas a medicina preventiva, promoción de la

³⁵ DSC, 6 de mayo de 1980, 5705.

³⁶ BOE, nº 182, 31 de julio de 1979.

³⁷ *Ibidem*.

salud individual, medicina de comunidad y asistencia sanitaria mediante conciertos con la Administración estatal, institucional, territorial y local”.

- b) “La gestión y administración del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios” detallados y relacionados en la misma norma.
- c) “La coordinación funcional de las actividades de las instituciones públicas o privadas, mediante el establecimiento de acuerdos, conciertos, convenios o fórmulas de gestión integrada o compartida con otras entidades públicas o privadas, para el mejor cumplimiento de fines sanitarios”.

A la hora de diseñar los órganos directivos superiores del Instituto, el Decreto distingue entre órganos “de participación en el control y vigilancia de la gestión” (Consejo General y Comisión Ejecutiva) y órganos “de dirección y gestión” encarnados, estos últimos, en una Dirección General y Secretaría General (art. 2.1).

Como medio de dejar más puertas abiertas a la participación, la norma dispone que “el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta del Director general del Instituto, podrá constituir comisiones técnico-sanitarias, con funciones asesoras y consultivas, en relación con los aspectos sectoriales o funcionales más importantes del Instituto” (art. 2.2).

El Consejo General es un órgano presidido por el Secretario de Estado para la Sanidad y de composición tripartita, con trece representantes “de los sindicatos más representativos, en proporción de su representatividad”, trece “representantes de las organizaciones empresariales de más representatividad” y trece representantes de la Administración pública (art. 3.1). Le corresponde elaborar los criterios de actuación del Instituto, elaborar el anteproyecto de presupuesto y aprobar la memoria anual (art. 3.2).

La Comisión Ejecutiva, presidida por el Director General del Instituto, también presenta una composición tripartita de tres representantes sindicales, tres empresariales y tres por parte de la Administración, “elegidos por y entre los respectivos vocales del Consejo General”, esto último para el caso de sindicatos y empresarios (art. 4.1). Le corresponde supervisar y controlar la aplicación de los acuerdos del Consejo General y proponer medidas que estime necesarias “para el mejor cumplimiento de los fines del Instituto”.

El Director General del Instituto asume la dirección, gestión e inspección de sus actividades y es nombrado y separado libremente en virtud de Real Decreto, a propuesta del Ministro de Sanidad y Seguridad Social (art. 5). El Secretario General ejerce, en general, las competencias y funciones en materia de información, relaciones públicas, inspección de servicios, relaciones internacionales de carácter interinstitucional, coordinación, información y asistencia técnica (art. 6). Este responsable es nombrado por el Ministro de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta del Director General del Instituto (art. 8.1).

En ejecución del principio de descentralización previsto en el Decreto-Ley de 1978, la norma organizadora del Instituto prevé la existencia de Comisiones Ejecutivas

Provinciales presididas por el Delegado territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social e integradas por nueve vocales: tres de los sindicatos, tres empresariales y tres de la Administración (art. 9.1). A estas Comisiones les compete “supervisar y controlar la aplicación, a nivel provincial, de los acuerdos del Consejo General, así como proponer, en su caso, cuantas medidas, planes y programas sean necesarios para el perfeccionamiento de los mismos en su ámbito territorial” (art. 9.2). Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud también dispondrá de Direcciones Provinciales, que actuarán bajo la supervisión del Delegado territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (art. 10).

Como cláusula de cierre de este Decreto regulador del Instituto Nacional de la Salud, figura una disposición transitoria similar a la analizada para el supuesto del Instituto Nacional de la Seguridad Social y que atempera la ejecución de la norma a las posibilidades organizativas y disponibilidades presupuestarias existentes para su financiación.

Así las cosas, el 1 de septiembre de 1979, Valtueña alerta de un posible desmantelamiento de la Seguridad Social a cuenta de “una reforma sanitaria sospechosa”³⁸. Para el autor, la propuesta gubernamental supone un “nuevo paso en el camino de la privatización de la sanidad pública... Naturalmente, la privatización de la sanidad se intenta justificar sobre la base de que los gastos sanitarios son excesivos... En realidad, el ataque a la sanidad pública se inscribe dentro de una estrategia más amplia, que abarca la privatización de partes sustanciales del sector público, ya de por sí bastante reducido en nuestro país, en beneficio de los negocios privados”.

Recuerda Valtueña que el actual Ministerio engloba a instituciones sanitarias públicas que anteriormente estaban repartidas en dieciséis departamentos distintos. Frente a las propuestas ministeriales, el autor propone una “creciente participación del Estado en la financiación de la sanidad socializada, cobertura de toda la población, progresiva gratuidad de la asistencia, control de la población, sanidad integrada, etc.”.

En este contexto, el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 17 de octubre de 1979 publica una resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados que incluye el procedimiento para la tramitación del documento para la reforma sanitaria remitido por el Gobierno. Esta resolución incluye un resumen de los ejes fundamentales de la reforma sanitaria, a saber:

- “La reforma sanitaria establecerá una asistencia médica integrada, mediante la incorporación de la medicina preventiva y comunitaria a la medicina asistencial tradicional de tipo curativo”.
- Establece tres niveles para la ordenación de la asistencia sanitaria: 1) Asistencia primaria, correspondiente a la medicina de familia; 2) Asistencia de segundo nivel, realizada en los centros médico-sanitarios o centros de salud; 3) Asistencia terciaria en hospitales.

³⁸ “Una reforma sanitaria sospechosa”, *Triunfo*, nº 866, año XXXIII, 21.

- La asistencia primaria corre a cargo del médico general o médico de familia y ha de conocer y desarrollar la medicina preventiva y la comunitaria, asegurando una asistencia médica continuada “en régimen normal o de urgencia, tanto en el domicilio del enfermo como en la consulta del médico”.
 - Cada área de 5.000 o 6.000 habitantes estará atendida por unidades de medicina familiar formadas por tres o cuatro médicos generales o de familia y uno o dos pediatras.
 - En las áreas rurales estarán apoyados por un centro de salud rural dotado con laboratorio para análisis básicos de sangre y orina, exámenes radiológicos, electrocardiógrafo, etc.
 - El paciente podrá elegir libremente el médico “dentro de los que ejerzan en el área”.
 - En cuanto a su financiación, “la administración regulará su sistema de relación administrativa y económica con el médico o grupos médicos que se instalen en una zona determinada, y que podrá establecer vínculos económicos directos con sus asegurados o clientes mediante el sistema de igualas y otros similares”.

- La asistencia de segundo nivel pivota en torno al centro médico-sanitario, que constituye “la base de la nueva ordenación asistencial, ya que en él confluyen la asistencia médica especializada y los servicios que desarrollan la medicina preventiva individual y la medicina de la comunidad”.
 - Estos centros proveerán asistencia médica especializada; servicios de urgencia médico-quirúrgica y servicios generales de análisis, radiología, rehabilitación, etc.; unidades médico-sociales monográficas sobre problemas sanitarios que coordinen los aspectos médicos con los sociales y culturales; servicios de medicina preventiva y de la comunidad con funciones de educación sanitaria, normativas sobre nutrición, protección a la infancia, orientación familiar y consejo genético, vacunaciones, cuidados geriátricos, exámenes de salud y asistencia social; funciones docentes y de investigación relacionadas con la formación del personal, la educación continuada, las estadísticas sanitarias o la investigación epidemiológica.
 - Abarcarán una población aproximada de 100.000 habitantes (centros comarcales rurales o de sector urbano) o de 25.000 a 30.000 habitantes (centros subcomarcales rurales o de distrito urbano).
 - Estarán dirigidos por un director, un gerente y un administrador e invitarán “a la participación voluntaria de miembros de la comunidad para el desarrollo de su gestión”.

- La asistencia terciaria aparece centrada en el hospital, “al que sólo deben llegar los enfermos cuyo problema asistencial no haya podido ser resuelto en los niveles anteriores”. Los ejes de la reforma advierten de que:

- “Los costos de la asistencia hospitalaria aumentan constantemente, lo que hace imperiosa una buena adecuación de los servicios del hospital al tipo de enfermedades y de pacientes que deban ser tratados”.
 - “El gran hospital está subutilizado por la existencia de horarios de trabajo inadecuados, absentismo laboral en algunos casos y por la ausencia de controles de calidad en la asistencia hospitalaria”.
 - “La reforma sanitaria establecerá fórmulas variables de autonomía en la gestión hospitalaria, según el grado del desarrollo funcional de las instituciones”.
- La medicina de urgencia contará con una atención especial, procurando centralizar las demandas de asistencia urgente mediante la coordinación de los servicios sanitarios del Estado y de la Seguridad Social con los municipales y provinciales.
 - La medicina preventiva colectiva “o salud pública será desempeñada por la sanidad nacional a través de sus funcionarios sanitarios. La medicina preventiva individual y la medicina de la comunidad se incorporarán, como gran novedad de la reforma, a la práctica profesional cotidiana del médico general o de familia y a la asistencia sanitaria prestada por los centros médico-sanitarios”. La educación sanitaria y la medicina preventiva serán iniciadas desde la etapa escolar.
 - El Instituto Nacional de la Salud será el “órgano ejecutivo fundamental de la normativa del Estado para la asistencia médica y sanitaria y para la promoción de la salud”, así como el “órgano de administración y gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social”. Le incumbe la coordinación de las actividades y prestaciones de servicios de salud prestadas por las instituciones, empresas, asociaciones, mutuas y entidades públicas y privadas.
 - La regionalización y la descentralización territorial serán principios fundamentales de la reforma sanitaria y del funcionamiento del sistema, con la elaboración de planes de coordinación, cooperación y/o delegación en las “provincias y entes territoriales”. Las divisiones del mapa sanitario nacional serán las siguientes:
 - Región sanitaria (1.000.000 a 1.500.000 habitantes)
 - Comarca sanitaria rural o sector sanitario urbano (100.000 a 125.000 habitantes).
 - Subcomarca sanitaria rural o distrito sanitario urbano (25.000 a 30.000 habitantes).
 - Unidad sanitaria local (5.000 a 6.000 habitantes).
 - La reforma sanitaria “se establecerá de forma progresiva, sin lesionar intereses de personas o de instituciones, por lo que durante un cierto tiempo

han de coexistir las antiguas estructuras de la asistencia sanitaria con las que se vayan implantando”.

- En cuanto a la financiación de la reforma, ésta se hará “dentro del marco económico de los actuales presupuestos para los servicios de salud, tanto del Estado como de la Seguridad Social, confiándose en que una redistribución y mejor utilización de los recursos actuales, tanto humanos como materiales y financieros, permitan en ciertas áreas alguna forma de autofinanciación, o que los costos de la reforma no sean altos”.
 - o La conciencia de la insuficiencia de estos recursos salta a la luz cuando el propio documento reconoce que “en ciertos niveles asistenciales, especialmente en la asistencia de primera línea, se establecerá una coparticipación económica del individuo”.
 - o La forma de justificar esta coparticipación económica no deja de tener cierta gracia, pues, según el documento, esta prestación permitirá “la humanización de la relación médico-enfermo” y el establecimiento de los “lazos psicológicos que aumenten la eficacia de dicha relación”.

Dentro del desarrollo de todo este procedimiento, el Boletín Oficial de las Cortes Generales del 1 de marzo de 1980 publica las propuestas de resolución presentadas por los distintos grupos parlamentarios, que aparecen agrupadas en torno a los grandes ejes vertebradores de la reforma. Analizaremos dichas enmiendas también conforme a esta distinción de grandes ejes, y en cuanto toquen a nuestro objeto de conocimiento, por ser más esclarecedoras de las posiciones sostenidas por cada grupo (que aparecen expuestas en el mismo orden de grupos parlamentarios en que figuran en el documento original):

- **Enmienda a la totalidad, con devolución del documento al Gobierno:** Presentada por el grupo socialista, entiende que procede la remisión al Congreso de los Diputados, por parte del Gobierno, de un proyecto de ley de Sanidad que desarrolle el artículo 43 del texto constitucional, y dar por precluido este procedimiento de elaboración de un documento sobre la reforma sanitaria por parte del Congreso de los Diputados.

- **Enmiendas al eje de objetivos de la reforma:**
 - o **Grupo parlamentario socialista:** El sistema sanitario debe garantizar a “toda la población, cualquiera que sea su situación o condición, el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución” a través de distintos medios: El conocimiento epidemiológico permanente de los niveles de salud y de los factores que inciden en la relación salud – enfermedad, el aumento del nivel de salud de la población “de tal manera que se consiga la superación de los desequilibrios geográficos y sociales”, la responsabilización del ciudadano en su propia salud y en la de la comunidad, el aumento de una conciencia sanitaria basada en la educación, la prevención de las alteraciones de la salud, el diagnóstico y tratamiento de las

enfermedades, etc. El grupo enmendante reconoce que “los programas han de ajustarse a las posibilidades reales de la comunidad, y los índices de crecimiento de los servicios de salud no han de sobrepasar las disponibilidades económicas de la misma”. Como instrumento primordial para la consecución de estos objetivos “se elaborará una Ley de Sanidad que ha de constituir el cuerpo jurídico que articule y ordene de forma clara y precisa todas las futuras actuaciones de la administración sanitaria en orden a conseguir el nuevo sistema sanitario”.

- **Grupo parlamentario comunista:** Coincidente con el socialista.
 - **Grupo parlamentario centrista:** Coincide básicamente con la planteada por el grupo socialista, con unos objetivos algo más modestos y omite la elaboración de una Ley de Sanidad como instrumento de la reforma.
 - **Grupo parlamentario minoría catalana:** Prácticamente coincidente con la posición del grupo socialista.
- **Enmiendas al eje de sujetos de derecho:**
- **Grupo parlamentario socialista:** Para este grupo, la “Ley de Sanidad reconocerá el derecho a toda la población, sin excepción, a la protección de la salud”. Plantea como inexcusable que la reforma preste “preferente atención a la salud de la tercera edad” con la elaboración de un Plan Estatal de Atención Geriátrica con plena integración en la red sanitaria general.
 - **Grupo parlamentario comunista:** “La Ley de Salud reconocerá el derecho de todos los ciudadanos, sin excepción, a la protección de la salud”.
 - **Grupo parlamentario centrista:** “Titulares de derecho a la salud. La Ley de Sanidad sentará las bases para hacer efectivo el derecho constitucional de todos los ciudadanos a la protección de la salud”.
 - **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincidente con la del grupo socialista, sin la mención específica a la tercera edad.
- **Enmiendas al eje de principios de actuación:**
- **Grupo parlamentario socialista:** Corresponde al Estado la responsabilidad de la acción para hacer realidad todos los principios de la política sanitaria. La garantía del derecho a la protección de la salud debe tener lugar con el máximo respeto a la libertad y dignidad personales. El funcionamiento del sistema sanitario pivotará sobre los principios de solidaridad, autonomía territorial y participación en los órganos de gobierno, autonomía de los centros y establecimientos sanitarios en el marco de los planes territoriales, “todo ello dentro de la debida normativa y controles generales en la

consecución del objetivo final de la política sanitaria del Estado”. Se procurará facilitar la elección de facultativo por el ciudadano, “en el marco orgánico y funcional del sistema sanitario”. Al mismo tiempo, la Ley “regulará el derecho al libre ejercicio profesional” e “igualmente quedará regulada la actuación de las entidades con actividades sanitarias y las de seguro médico libre”.

- **Grupo parlamentario comunista:** Coincidente con la anterior, pero sustituye la expresión “debida normativa y controles generales en la consecución del objetivo final” como marco general de funcionamiento del sistema sanitario, por la expresión “debida coordinación y armonía en la consecución de los objetivos finales”. Además, reconoce “el derecho a la libre elección de facultativo por el enfermo en el marco orgánico y funcional del sistema sanitario”. Por otro lado, no alude a la regulación de las entidades con actividades sanitarias y las de seguro médico libre.
- **Grupo parlamentario centrista:** Coloca en primer lugar la libertad y dignidad personales como principios y omite la referencia a la responsabilidad del Estado (cuestión a la que aludirá en el eje relativo a la gestión sanitaria). Coincide con el grupo comunista en acudir a la “debida coordinación y armonía en la consecución de los objetivos finales” y también reconoce el derecho a la libre elección de facultativo por el enfermo. Asimismo, indica que “quedará garantizada y regulada la actuación de las entidades de seguro libre”.
- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincidente con el grupo socialista.

- **Enmiendas al eje de gestión sanitaria:**

- **Grupo parlamentario socialista:** Propone la creación de un Ministerio de Salud para la consecución de los objetivos previstos para la reforma sanitaria. Al mismo tiempo, para acabar con “la multiplicidad y dispersión de agentes sanitarios públicos y privados y la actual irracionalidad de la utilización de los recursos humanos, técnicos, financieros” presenta como “inexcusable la inmediata creación de un Servicio Nacional de Salud que, con el carácter de organismo autónomo, sea el instrumento estatal para la acción sanitaria y se responsabilice de la planificación, de los recursos sanitarios y de la coordinación de las acciones destinadas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud”. Este Servicio Nacional de Salud asumirá progresivamente la gestión de las atenciones sanitarias, “a cuyos efectos asumirá la titularidad del actual patrimonio sanitario de la Administración del Estado, de los organismos de él dependientes y del sistema de la Seguridad Social. Para cumplir sus funciones podrá emplear, con carácter subsidiario, los conciertos con entidades privadas”. Este Servicio Nacional de Salud “podrá ceder a las comunidades autónomas y a

las corporaciones locales el uso de su patrimonio sanitario para su gestión directa por éstas”.

- **Grupo parlamentario comunista:** Alude a la dirección de la sanidad desde un “solo departamento ministerial” y a la organización de los servicios de salud en forma de administración autónoma institucional comprendida en el Instituto Nacional de la Salud, que “ha de ser el instrumento estatal para la acción sanitaria y estará constituido por el conjunto de servicios, funciones estructuras y actividades destinadas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, dependientes del Estado, diputaciones provinciales y ayuntamientos”. Puntualiza que “a nivel de comunidades autónomas, las funciones del Instituto Nacional de la Salud serán asumidas por los órganos que establezcan las comunidades y acomodadas a las competencias que dispongan los respectivos Estatutos”. Todo ello en un proceso gradual, pues “a medida que su financiación vaya dependiendo de los presupuestos generales del Estado, se transformará en un Servicio Nacional de la Salud público y gratuito en sus prestaciones”.
- **Grupo parlamentario coalición democrática:** Este grupo plantea que la Ley de Sanidad establezca claramente las competencias del Gobierno como responsable máximo de la política sanitaria del Estado, así como las que han de corresponder a “entidades autónomas, provincias y municipios”. Todo ello estableciendo los “medios jurídicos de participación de trabajadores y empresarios a través de sus organizaciones profesionales más representativas en los órganos de gobierno de la Seguridad Social”.
- **Grupo parlamentario centrista:** Para este grupo, Estado, Comunidades Autónomas y corporaciones locales, “dentro de un sistema de libertades y pluralismo”, comparten la responsabilidad a la hora de garantizar la prestación de los servicios sanitarios, “de acuerdo con las competencias que se establezcan en la ley y con respeto absoluto a los correspondientes Estatutos de las Comunidades Autónomas”. Mantiene el Instituto Nacional de la Salud, cuya actuación “en las Comunidades Autónomas se someterá a lo establecido en sus respectivos Estatutos”. También señala que el Instituto Nacional de la Salud “podrá complementar sus acciones mediante conciertos con otras entidades públicas o privadas, dando prioridad a aquéllas. Estos conciertos deberán inspirarse en criterios objetivos, atendiendo a las condiciones de los centros y a los servicios que en los mismos se presten”.
- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Propone la creación de un Ministerio de la Salud Pública y la comprensión de todos los aspectos referentes a la salud en un solo Instituto Nacional de la Salud. Sin embargo, “a nivel de Comunidades Autónomas, las funciones del Instituto Nacional de la Salud serán asumidas por los órganos que establezcan las Comunidades y acomodadas a las competencias que dispongan los respectivos Estatutos... en este sentido, se acelerarán los traspasos de servicios y competencias que sean precisos para asegurar la plenitud de la gestión sanitaria por parte de las

Comunidades Autónomas, como instrumento idóneo para el desarrollo de las previsiones legislativas, básicas y descentralización de dicha gestión”.

- **Enmiendas al eje de competencias:**

- **Grupo parlamentario socialista:** Este grupo apuesta para que la Ley de Sanidad determine claramente las competencias sanitarias del Estado, Comunidades Autónomas, provincias y municipios, reservando al Estado (“con el concurso de aquéllos”) la fijación de normas que aseguren condiciones de salud para todo el territorio nacional. Dentro de las competencias sanitarias del Estado recoge las de organización; conocimiento y control epidemiológico; sanidad exterior; “planificación, programación, coordinación, control y evaluación a escala nacional, en colaboración con los organismos locales”; asistencia técnica; servicios sanitarios nacionales y educación sanitaria. Asimismo, postula la previsión de un nivel propio de organización y ejecución de los servicios de salud por parte de las Comunidades Autónomas, así como de desarrollo legislativo y ejecución “sin perjuicio de la posible delegación expresa de competencias estatales”.
- **Grupo parlamentario comunista:** Coincidiendo con la última previsión del grupo socialista en torno a las Comunidades Autónomas, es partidario de que la Ley de Sanidad establezca el funcionamiento de los Servicios de Salud “de acuerdo con la estructura territorial y política del Estado” y no distingue cuáles han de ser las competencias estatales.
- **Grupo parlamentario centrista:** Entiende que únicamente ha de establecerse que la “Ley de Sanidad determinará las competencias sanitarias del Estado y de las Comunidades Autónomas, provincias y municipios. Corresponderá al Estado, con el concurso de aquéllos, la fijación de normas que aseguren condiciones de salud uniforme para todo el territorio nacional, de acuerdo con la Constitución y los Estatutos de Autonomía”.
- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincidente con la del grupo socialista.

- **Enmiendas al eje de participación de la comunidad:**

- **Grupo parlamentario socialista:** Sostiene que la reforma sanitaria debe asegurar la participación de todos los sectores en la gestión y control del sistema sanitario general. Esta participación comprende funciones de consulta, propuesta, deliberación, toma de decisiones, redefinición de objetivos, evaluación de resultados, control y vigilancia de la gestión. Esta participación debe articularse en torno a los distintos niveles. De este modo, en el nivel estatal y autonómico los órganos de participación estarán integrados por representantes de la administración sanitaria, de las comunidades autónomas y de las “organizaciones de los que trabajan en la

salud (a través de la doble vía de sus organizaciones profesionales y sus organizaciones sindicales). En otros niveles territoriales actuarán como órganos de participación los Consejos de Salud, con representación de la administración sanitaria, de los trabajadores de la salud y de “los usuarios a través de las corporaciones locales”.

- **Grupo parlamentario comunista:** Presenta una propuesta más modesta a partir del mismo principio de garantía de participación de todos los sectores en la gestión y control del sistema sanitario. Las funciones de estos órganos, denominados Consejos de Salud, radicarían en la determinación de las líneas generales de la política sanitaria, consulta, propuesta, deliberación, control y vigilancia de la gestión. Asimismo, subraya que “los órganos de participación, cualesquiera que sean sus niveles, deben tomar conciencia responsable de la necesidad de conseguir una completa adecuación entre los costos y la rentabilidad social”.
 - **Grupo parlamentario coalición democrática:** Se limita a apuntar que “de conformidad con lo establecido en los artículos 23 y 129 de la Constitución, la Ley de Sanidad deberá establecer formas directas de participación de los ciudadanos en órganos de control y vigilancia de la política sanitaria”.
 - **Grupo parlamentario centrista:** También aparece limitada a crear órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión sanitaria con representación de las administraciones estatal, autonómica, provincial, municipal, los sindicatos, organismos empresariales y colegios profesionales. Asimismo, añade que “los órganos de participación, cualquiera que sean sus niveles, deben tomar conciencia responsable de la necesidad de conseguir una completa adecuación entre los costes y la rentabilidad social”.
 - **Grupo parlamentario minoría catalana:** También limita la participación a labores de “consulta y propuesta... en el control y vigilancia de la gestión sanitaria”, con representación de los entes públicos territoriales, sindicatos, organizaciones empresariales, colegios profesionales “y otras representaciones varias”. Asimismo, también incide en la necesaria adecuación entre costes y rentabilidad social.
- **Enmiendas al eje de financiación:**
- **Grupo parlamentario socialista:** Este grupo defiende la necesidad de nuevos recursos financieros de carácter público para hacer viable la reforma sanitaria permitiendo, entre otros objetivos, extender el derecho a la protección de la salud a todos los ciudadanos, reordenar la atención primaria, sustituir el sistema de retribución del personal sanitario y homogeneizar la oferta sanitaria pública. Esta financiación correrá fundamentalmente a cargo de los Presupuestos Generales del Estado en un período transitorio de adecuación progresiva a la situación definitiva y conciliándola con las

posibilidades de llevar a cabo la reforma en tiempo razonable. Por ello, exige un compromiso del Gobierno para que: a) En el plazo de dos meses remita al Congreso de los Diputados, para su aprobación, el calendario de ejecución de los objetivos de la reforma, concretados en programas de salud, con indicación de la cuantía de los recursos necesarios para cada uno y el origen de dichos recursos; b) En el plazo de cuatro meses remita al Congreso de los Diputados, para su aprobación, un programa periodificado de medidas de mejora de la gestión económica de los agentes sanitarios públicos y un programa de control de la eficacia económica y social de sus acciones sanitarias.

- **Grupo parlamentario comunista:** La financiación de la reforma correrá a cargo de los presupuestos de los entes territoriales, administrados por el Instituto Nacional de la Salud. Durante un período transitorio se realizarán transferencias a favor de los presupuestos estatales y autonómicos de las cantidades que la Seguridad Social dedica a asistencia sanitaria. En un estadio definitivo, una vez verificada la reforma fiscal y dotados el Estado y las Comunidades Autónomas de los recursos necesarios, “éstos se harán cargo totalmente del presupuesto de los servicios de salud, tanto propio como de las administraciones institucionales”. El Estado debe garantizar la redistribución de recursos para atender las necesidades de todas las nacionalidades y regiones.
- **Grupo parlamentario coalición democrática:** Remite a la Ley de Sanidad el establecimiento de las obligaciones para financiar la política sanitaria por parte de los entes territoriales y la “organización institucional de la Seguridad Social”. Además, añade que “igualmente se podrá regular la participación en los costes de la asistencia sanitaria de primer grado de algunos ciudadanos en función de sus ingresos económicos”.
- **Grupo parlamentario centrista:** Pretende que la reforma sea financiada “dentro del marco económico de los presupuestos para los servicios de salud” de los entes territoriales y de la Seguridad Social, “tomándose las medidas para que una racionalización y mejor utilización de los recursos actuales, tanto humanos como materiales y financieros, permita la consecución de sus objetivos en el menor plazo posible, dentro de las disponibilidades económicas de nuestro país”. Este grupo deja la puerta abierta para que “en ciertos niveles asistenciales, especialmente en la asistencia de primera línea, se estudiarán sistemas de coparticipación económica de individuos o de entidades que faciliten el desarrollo y la calidad de la asistencia médico-sanitaria de la comunidad, la libertad de elección de médico e incentiven a las profesiones sanitarias”, ya sea mediante un “sistema de incentivo o iguala satisfecho, bien por las familias, sin que ello suponga aumento del gasto familiar, bien por el Instituto Nacional de la Salud directamente o a través de un cheque a las familias”.
- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincidente con la posición del grupo comunista.

- **Enmiendas al eje de planificación:**

- **Grupo parlamentario socialista:** El instrumento fundamental son los planes de salud, elaborados por el Estado en colaboración con los entes territoriales y aprobados por las Cortes. Estos planes determinarán las prioridades, los índices y módulos para la atribución de los recursos con finalidad equilibradora, los niveles de los servicios, los mecanismos de evaluación, etc. Este grupo pone el acento en la asunción de criterios preferentemente preventivos, en relación con los recursos disponibles, y atendiendo principalmente a los grupos más necesitados en materia de salud. Asimismo, insiste en tener como marco de referencia el área de salud. Los entes territoriales elaborarán su propio plan territorial en el marco del plan de salud aprobado por las Cortes.
- **Grupo parlamentario comunista:** También basa su propuesta en los planes de salud, denominados Plan Nacional Marco y Plan Territorial pero no se pronuncia acerca del órgano que haya de aprobarlos. Los planes territoriales deben adecuarse a los mínimos marcados por el plan nacional. En su contenido habla de los “niveles de las prestaciones garantizadas” en lugar de “los niveles mínimos de los servicios”. Omite referirse al área de salud.
- **Grupo parlamentario centrista:** Coincide básicamente con la propuesta del grupo comunista.
- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincide fundamentalmente con la propuesta socialista, salvo en el hecho de que la adecuación del plan territorial al estatal sólo será “en lo que a los mínimos se refiere”.

- **Enmiendas al eje de acciones sanitarias preventivas sobre el individuo y la comunidad:**

- **Grupo parlamentario socialista:** Para este grupo, la nueva ordenación sanitaria ha de potenciar “los aspectos preventivos a todos los niveles, integrándolos con las diferentes fórmulas de asistencia médica en la consecución de un modelo sanitario que alcance el objetivo: salud – calidad de la vida”. Ello obliga a una política específica de dotación de recursos y formación de personal, especialmente importante en materia epidemiológica, de educación para la salud en la escuela e integración en el trabajo cotidiano del personal sanitario o parasanitario de su responsabilidad en materia de educación sanitaria.
- **Grupo parlamentario comunista:** Coincide básicamente con la propuesta socialista, pero difiere en cuanto a la educación sanitaria, pues opta por desarrollarla a través de sistemas permanentes de información sanitaria de la población con modernos métodos de educación colectiva y de transmisión de

la información. En esta línea, “los centros de salud, en sus diferentes modalidades, serán los órganos idóneos para la realización de los programas de educación sanitaria en todos sus niveles y áreas”. Asimismo, subraya que “las acciones preventivas sobre el individuo y sobre la comunidad se incorporan como gran novedad de la reforma sanitaria a la práctica profesional cotidiana del médico general o de familia y a la asistencia sanitaria prestada por los centros de salud o centros médicos sanitarios”.

- **Grupo parlamentario coalición democrática:** Propone establecer “cartillas sanitarias por categorías de individuos asistidos, en donde se reflejará todo el historial clínico de éste. En un principio se establecerán las cartillas sanitarias de las madres embarazadas y de la tercera edad”.
- **Grupo parlamentario centrista:** Coincidente con la presentada por el grupo comunista, a la que añade que “los exámenes de salud sobre colectivos homogéneos se implantarán progresivamente, según lo permitan los recursos disponibles, por representar una de las fórmulas más eficaces de llevar a la práctica la medicina preventiva individual”.
- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Básicamente coincidente con la presentada por el grupo socialista.

- **Enmiendas al eje de centros de salud:**

- **Grupo parlamentario socialista:** El centro de salud es la unidad fundamental de la asistencia sanitaria primaria. Es el responsable de la salud de la población comprendida en su área geográfica y actúa como institución que integra y aplica el conjunto de las funciones del sistema sanitario al nivel específico de la atención primaria. El centro de salud está atendido por un equipo básico de salud, formado por personal sanitario y servicios administrativos, cuyo desarrollo variará de acuerdo con la extensión y características de la población atendida, “desde una concepción integrada de la sanidad”.
- **Grupo parlamentario comunista:** Partiendo de la misma concepción inicial del centro de salud, subraya que “ha de garantizar una atención permanente durante las veinticuatro horas del día, para lo que dispondrá de servicio de urgencias médico-quirúrgico permanente”. Incluye entre los servicios disponibles en todo centro de salud la tocoginecología, la odontología, los “cuidados de higiene mental” y el “asesoramiento y educación en planificación familiar”, así como servicios de medicina preventiva y medicina comunitaria, “tanto en el propio centro como en el domicilio de los pacientes y áreas de reunión o trabajo”. Asimismo, propone la existencia de “unidades médico – sociales de tipo monográfico sobre distintos procesos patológicos, en las que se integrarán los aspectos puramente asistenciales con los sociales y culturales de los individuos afectados”.

- **Grupo parlamentario centrista:** Difiere en la concepción del centro de salud, pues lo ubica en el segundo nivel de la asistencia sanitaria y en él confluyen la atención médica especializada y los servicios de medicina preventiva individual y comunitaria. En cuanto a la asistencia médica especializada, “se realizará a través de equipos de profesionales, dotados con medios suficientes, que trabajen en el centro de manera coordinada y asegurando una asistencia permanente”. De igual modo, en los centros de salud “existirán servicios de urgencia médico-quirúrgica, pudiendo disponer de facilidades para hospitalizaciones cortas”. También desempeñará funciones docentes, de investigación, formación del personal sanitario y parasanitario, educación continuada, estadística sanitaria, etc. Comparte la creación de las unidades médico – sociales propuestas por el grupo comunista. En su estructura contarán con órganos de participación y control de la gestión sanitaria.

 - **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincide con la propuesta comunista e incluye las funciones docentes y de formación y estadísticas propuesta por el grupo centrista, así como los órganos de participación y control.
- **Enmiendas al eje de hospitales:**
- **Grupo parlamentario socialista:** Para este grupo, el hospital es “el lugar físico donde debe confluir tanto la práctica de una medicina especializada y tecnificada, como la asistencia general a enfermos hospitalizados y ambulatorios”. El objetivo es “integrar en un mismo lugar físico los dos niveles asistenciales, como forma de evitar el elitismo de grupo y la autojustificación del empleo de grandes recursos económicos con escaso beneficio social. En una palabra, hospitales de y para la comunidad”. Apuesta por los hospitales generales divididos en unidades funcionales independientes, todos ellos integrados en una red de hospitales públicos territorializados, con “dedicación exclusiva y excluyente de los profesionales” y coparticipación y corresponsabilización en su gestión de los trabajadores y usuarios a través de centrales sindicales y/o ayuntamientos.

 - **Grupo parlamentario comunista:** Coincidente con la presentada por el grupo socialista.

 - **Grupo parlamentario centrista:** Para este grupo el hospital constituye “el tercer nivel de asistencia médica sanitaria, a que sólo deben llegar los enfermos cuyo problema asistencial no haya podido ser resuelto en los niveles anteriores”. El hospital representa el “apoyo fundamental de las asistencias primaria y secundaria”. Este grupo parlamentario propugna una adecuada utilización de los recursos hospitalarios y una revisión de la normativa legal que regula el régimen de incompatibilidades profesionales, el control de calidad y eficiencia de la asistencia hospitalaria, la “austeridad en la dirección y demás órganos de gobierno de los hospitales”, la

reestructuración de plantillas, etc. Al lado de estas necesarias reformas legales, propone el establecimiento de fórmulas variables de autonomía en la gestión hospitalaria.

- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincide en sus puntos fundamentales con la propuesta del grupo centrista, pero defiende la “dedicación exclusiva [de los profesionales] con remuneración adecuada”. Asimismo, reclama “autoridad en la dirección y demás órganos de gobierno de los centros hospitalarios. El director del hospital debe poseer una formación y preparación técnica adquiridas de modo semejante a las demás especialidades. El hospital debe ser dirigido por una comisión de dirección de la cual el director es su ejecutivo”. Apuesta por la descentralización y coordinación hospitalaria y, junto a ello, plantea que las fórmulas variables de autonomía en la gestión hospitalaria deberán respetar el marco de los Estatutos de las Comunidades Autónomas.

- **Enmiendas al eje de personal sanitario:**

- **Grupo parlamentario socialista:** Su planteamiento de partida es que “el campo de la moderna asistencia sanitaria es esencialmente interprofesional, por lo que se considera precisa la confluencia en la misma de profesiones de origen diverso en cuanto a sus contenidos formativos y niveles académicos, todo lo cual, lejos de constituir un inconveniente, supone un enriquecimiento de las funciones y actividades sanitarias”. Desde ahí, plantea la necesidad de establecer nuevas categorías profesionales, especialmente en el campo de la medicina preventiva y comunitaria. Añade este grupo que “la reforma sanitaria sólo puede ser viable con el apoyo activo de los diferentes grupos del personal sanitario, de forma que la marginación de los mismos en las actividades que la implantación y desenvolvimiento de una nueva ordenación sanitaria comportan supone la garantía de su fracaso. De ahí que la reforma sanitaria se asentará sobre el principio de que se puede exigir la corresponsabilidad de los sanitarios en la medida que se les permita el coprotagonismo”.
- **Grupo parlamentario comunista:** Coincidente con la propuesta del grupo socialista, pero omite la referencia al coprotagonismo del personal sanitario.
- **Grupo parlamentario centrista:** Coincide con la propuesta del grupo socialista, pero evita la alusión directa a la medicina preventiva y comunitaria y plantea la necesidad de adecuar todo el proceso formativo del personal sanitario a las nuevas demandas de unos profesionales que han de trabajar “con espíritu de equipo” y “tanto en los niveles terciarios de la asistencia, como en los centros de salud”. También omite la alusión al coprotagonismo del personal en la reforma.
- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincide con la propuesta del grupo comunista.

- **Enmiendas al eje de progresividad y evaluación:**

- **Grupo parlamentario socialista:** Para este grupo está claro que “la reforma sanitaria se establecerá de forma progresiva, atendiendo fundamentalmente a los intereses sanitarios y económicos de la generalidad de los españoles, por lo que durante un cierto tiempo han de coexistir las antiguas estructuras de la asistencia sanitaria con las que se vayan implantando”. Los criterios para el cambio han de inspirarse en la gradualidad, la utilización previa de todos los recursos existentes, la implantación progresiva y el estudio pormenorizado de los aspectos económicos. La implantación de la reforma ha de ser completada en un plazo de ocho años, conforme al siguiente plan: a) Incentivar a los municipios para que constituyan los centros de salud en el medio rural; b) Dar opción a los médicos generales y de familia para que elijan nuevos sistemas de dedicación y remuneración con participación activa de los municipios en el medio urbano; c) Regionalizar y reagrupar los hospitales. Este proceso estará supervisado por una comisión parlamentaria expresamente elegida al efecto, a la que el Gobierno remitirá un informe semestral.
- **Grupo parlamentario comunista:** Este grupo propone la realización de un plan gradual de implantación de la reforma paralelo al plan de financiación con la consecución de pasos graduales hasta la “definitiva absorción de éste por los Presupuestos Generales del Estado”. Este plan debe garantizar un aprovechamiento óptimo de los recursos humanos y materiales del sector con la adecuada configuración de plantillas, régimen de incompatibilidades y estrictos cumplimientos de horarios, la implantación de un sistema equilibrado, la autoridad y exigencia en los órganos de dirección y gestión, la racionalización inversora y la uniformidad en la implantación, “evitando la creación de áreas pilotos experimentales, aisladas del resto del contexto sanitario”. También apunta que “se creará una comisión parlamentaria para el seguimiento de la realización de la presente reforma”.
- **Grupo parlamentario centrista:** Coincidente con la formulada por el grupo socialista, salvo que plantea la creación de “áreas piloto” y por lo tanto difiere en las fases del proceso, pues: 1) En primer lugar, el Senado señalará unas áreas experimentales iniciales, a propuesta de las Comunidades Autónomas; 2) En las zonas rurales se organizará de inmediato la asistencia con la formación de unidades de medicina familiar; 3) En las zonas urbanas “se iniciará la libre elección de médico, con la ampliación progresiva de sus actividades dentro de la medicina familiar y su ulterior integración voluntaria en el trabajo de grupo”; 4) Constitución y desarrollo de centros de salud comarcales y subcomarcales, con introducción paulatina de los servicios de medicina preventiva individual y comunitaria. Omite cualquier referencia a una supervisión parlamentaria específica del proceso de implantación de la reforma.

- **Grupo parlamentario minoría catalana:** Coincidente con la planteada por el grupo centrista, pero incluye que una “comisión parlamentaria *ad hoc* supervisará la puesta en marcha y realización de la reforma sanitaria”.

Fuera de las puertas del Congreso de los Diputados, en ese mismo mes de marzo de 1980, Jesús de Miguel publica un artículo con un título sugestivo: “Siete tesis erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica crítica”; tesis que probablemente centren el debate sanitario del momento³⁹. El trabajo parte de la constatación de una paradoja: “La dictadura de Franco tendió a socializar el sector sanitario, y la democracia actual lo privatiza”. Al mismo tiempo, reconoce una limitación: “Existe una falta de datos (estratégica) que impide no sólo demostrar las tesis, sino también refutarlas”. Véamoslas en un sucinto repaso, con las implicaciones y perspectivas críticas aportadas por el mencionado autor:

- 1) *La sanidad es un problema técnico-médico y no político.* Esta tesis implica que deben ser los médicos los llamados a planificar el sector sanitario y la organización sanitaria debe estar asentada en torno a la profesión médica. También supone la prevalencia de la medicina curativa frente a la preventiva y a otras medidas de asistencia. Frente a esta tesis podría apuntarse, entre otros argumentos, que “es conocida la relación de que las disciplinas no médicas han salvado más vidas durante los últimos siglos que la Medicina”.
- 2) *El seguro obligatorio de enfermedad se creó gracias a las presiones y reivindicaciones de la clase obrera.* De aquí se colige que cualquier conquista sanitaria sólo provendrá de las presiones de dicho grupo y la confianza de que la democracia proseguirá el proceso de socialización de la sanidad. Sin embargo, los hechos parecen mostrar que el seguro nace y pervive gracias a la presión del sector falangista del Movimiento.
- 3) *La sanidad nunca ha estado socializada en el país, ni podrá nunca llegar a socializarse del todo en una economía capitalista.* Ello sólo sería posible en una economía socialista, y además sería perjudicial para el nivel de salud de la población, alegan los defensores de esta tesis. El efecto más destacado de esta tesis es la “gradual privatización del sector público desde 1971 en dos formas: reducción de los recursos públicos respecto del total y aprovechamiento privado de los recursos públicos... Todo ello ha llevado a que en la actualidad el sector público aparezca al servicio del sector privado”. Sin embargo, “en la realidad no existen modelos puros, sino más o menos privatizados / socializados... el sistema sanitario no es una entidad pura, sino un proceso”. Lo curioso es que “el efecto de este experimento falangista es que en la actualidad la mayoría de la población considera que el Estado es responsable de la salud de la población (es decir, un sistema público, gratuito y accesible a toda la población)”.
- 4) *Es necesaria la unificación de los procesos sanitarios bajo la forma de una institución nueva y autónoma.* La ilusión consiste en que una institución pública nueva arregla el problema social subyacente. Ello “desvía la atención de los temas

³⁹ *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 9 (enero-marzo, 1980), 53-80.

importantes hacia discusiones semánticas... el esfuerzo no se dirige a reformar instituciones actuales o la distribución presente de recursos, sino a crear una institución utópica (en su sentido más literal), por lo general mal copiada de otros modelos foráneos, con poca imaginación, y sin amoldarse a las realidades de la estructura del país y de los recursos existentes”.

- 5) *El presupuesto sanitario público es bajo y debería aumentarse.* Esta tesis defiende que el Estado debe aportar “un porcentaje mayor en el presupuesto sanitario (aunque no necesariamente total)... El sector sanitario privado debe estar subsidiado en gran parte por el Estado, ya que cumple una función social necesaria... En general, no se introducen cambios para obtener una mejor organización interna, sino que se intentan solucionar los problemas que van apareciendo con una mayor dotación de recursos”. Esta tesis no conjura el peligro de que si el aumento se produce “beneficie a los grupos que ya estaban más beneficiados y perjudique a los más desasistidos”.
- 6) *La regionalización sanitaria hará desaparecer los desequilibrios sanitarios actuales.* En realidad, “las desigualdades por clase social y por regiones persisten, y en el caso de aplicarse el modelo regionalizado podrían incluso llegar a aumentar... Los modelos de regionalización sanitaria contribuyen a la tecnificación de la reforma sanitaria, concentrando la decisión en manos médicas y exhibiendo un alto grado de autoritarismo”.
- 7) *Faltan médicos en el país.* Pero aún no “se ha planteado ningún procedimiento de distribución de médicos a nivel regional, rural y sector público en exclusiva... concentrándolos cada vez más en las áreas más desarrolladas y en las zonas más urbanas (precisamente donde existe ya una mayor proporción de médicos)”.

La percepción de la calle (al menos de ciertos sectores) también emana cuando, el 12 de abril de 1980, Valtueña y Maestre hablan de una “reforma sanitaria abortada”⁴⁰. Desde los partidos definidos de izquierda se insiste en la necesidad de una “auténtica” Ley de Sanidad, que dibuje un “Servicio Nacional de Salud como organismo autónomo encargado de toda la sanidad pública y financiado por el Estado, las comunidades autónomas y las corporaciones locales, con participación de representantes de la administración sanitaria, de las comunidades autónomas y de los trabajadores sanitarios en todos los niveles, y de los usuarios”.

En este contexto polémico, un Real Decreto de 14 de abril de 1980 modifica la composición de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, como consecuencia de la reestructuración del ministerio competente en la materia⁴¹. De este modo, la Comisión quedaría presidida por el Ministro de Sanidad y Seguridad Social o, en su ausencia o por delegación, por el Secretario de Estado para la Sanidad. Además, formarían parte de ella el Director General de Asistencia Sanitaria, el Secretario General Técnico del Departamento, el Director General de Régimen Económico de la Seguridad Social, el Director General del INSALUD, un vocal designado por el Ministro de Defensa, otro por el Ministro de Administración Territorial, tres vocales por el Ministro

⁴⁰ *Triunfo*, nº. 898, año XXXIII, 18.

⁴¹ BOE, nº 123, 22 de mayo de 1980.

de Universidades e Investigación, y cuatro vocales por el Ministro de Sanidad y Seguridad Social (a propuesta del Secretario de Estado para la Sanidad).

Pero aún hay vida en el Congreso de los Diputados. El 6 de mayo de 1980 el pleno comienza a discutir la reforma sanitaria que venía tramitándose⁴². Toma la palabra, en primer lugar, el Ministro de Sanidad y Seguridad Social, Rovira Tarazona. El interviniente plantea que el Gobierno ha decidido adoptar este procedimiento al tratarse de una cuestión de Estado, por lo que desea tener la mayor información posible antes de proceder a presentar un proyecto de ley y, dentro de este proceso, la decisión del Congreso de los Diputados “inspirará la política y la Ley de Sanidad”. En su análisis comienza dando un repaso a los principales problemas del sistema sanitario actual:

- Desarrollo de una sanidad puramente asistencial, carente de aspectos preventivos.
- Masificación en la prestación del servicio hospitalario e incremento de sus costos por la pérdida de eficacia de los primeros niveles de asistencia.
- Práctica de una “medicina apresurada” en los ambulatorios, “con un gran consumo de exploraciones complementarias y de medicamentos”.
- Ausencia de planificación sanitaria y de coordinación de los recursos existentes.
- Falta de autonomía y descentralización, tanto en el ámbito territorial como en los respectivos centros sanitarios.

A partir de este diagnóstico de la situación, el Ministro plantea que “la reforma sanitaria supone dar un giro de ciento ochenta grados a nuestro sistema sanitario”. Como muestra de ello, la reforma incluye un concepto integral de la sanidad que, junto a la asistencial, contiene la preventiva y la comunitaria. También anota que la Organización Mundial de la Salud apoya el planteamiento de la reforma sanitaria apuntado por el Gobierno. Pero este apoyo no ha evitado las diferencias internas en la cámara. El Ministro centra las discrepancias con los grupos socialista y comunista fundamentalmente en tres puntos:

- **Gestión:** Frente al sistema de Servicio Nacional de Salud inglés, el responsable gubernamental sostiene que no conviene al caso español y cita dos artículos sobre dicho sistema para subrayar que “un servicio gratuito es subestimado y mal utilizado por los consumidores”, “las consultas suelen estar masificadas y el promedio de consulta es de dos minutos por persona”, las listas de espera, etc. Frente a ello, la propuesta gubernamental plantea que corresponde al Estado la planificación sanitaria y que la ejecución la lleve a cabo el Instituto Nacional de la Salud “que coordinará todos los centros sanitarios del país, sean del Estado, provincia o municipio, o pertenezcan al sector privado, mediante el correspondiente sistema de concierto. De esta

⁴² DSC, 6 de mayo de 1980, 5705 ss.

manera se aprovechan todos los recursos del país; se ponen a disposición de los ciudadanos a través de una oferta global que hace el Instituto Nacional de la Salud”.

- **Financiación:** La principal diferencia es que socialistas y comunistas propugnan la financiación por el Estado, mientras que el Gobierno defiende que, junto a ésta, también contribuyan las Comunidades Autónomas, las corporaciones locales y la Seguridad Social. El Ministro apunta que “precisamente esa financiación de la Seguridad Social es la que ha permitido un crecimiento de la asistencia sanitaria muy por encima del crecimiento de los Presupuestos Generales del Estado”.
- **Participación:** El planteamiento gubernamental la limita al control y vigilancia de la gestión, pero no es partidario de que la participación “tenga la facultad de tomar decisiones, porque en el orden sanitario estas decisiones tienen un contenido técnico que deben de ejercerse por los profesionales y deben de sustraerse a los órganos que no tienen estos conocimientos”.

Concluye el Ministro apuntando que “esta reforma se hace inaplazable... Una reforma sanitaria, a diferencia de otras reformas, no es una cuestión que se termina con la aprobación en el Parlamento. Ahí se empieza, y empiezan, a mi juicio, las mayores dificultades. Empieza la ejecución de la reforma. Se inicia un período largo, un período que no va a ser fácil. Hay que modificar unas estructuras que conllevan un entramado de intereses y, precisamente por ello, lo que siempre es conveniente es, más que sacar una reforma sanitaria objeto de las críticas, que posteriormente constituirán las coartadas que se opondrán a la aplicación, el apoyo que este Congreso pueda dar a esta reforma sanitaria. En todo caso, creo que vale la pena no amedrentarse. Estamos buscando... que el bien de la salud sea disfrutado por todos y a los mejores niveles. A ese objetivo es al que vamos a dedicar con nuestro mayor ahinco todos nuestros esfuerzos”.

Para defender la posición del grupo socialista, interviene el diputado Ciriaco de Vicente. Mantiene su postura de solicitar que el Gobierno remita al Congreso el proyecto de Ley de Sanidad antes del 15 de junio, de modo que la reforma sea una realidad “a través de ley, y no a través de declaraciones vagas e imprecisas”. Para su grupo, la reforma es necesaria y urgente. Los problemas se acumulan: La multiplicidad de agentes sanitarios públicos descoordinados y enfrentados, la masificación de los ambulatorios de la Seguridad Social, los megahospitales convertidos en casas de socorro y almacenes de enfermos, etc. Su posición es clara: “Estamos por el Servicio Nacional de Salud”.

Añade a ello el grupo socialista que “de aprobarse la ley sanitaria a través del documento elaborado por UCD, ésta contaría con la oposición de los colectivos del personal sanitario y parasanitario encargado de su aplicación”. En última instancia, “esta reforma es el continuismo”. Subraya el interviniente que “decir que no hacen falta recursos financieros nuevos para llevar adelante la reforma sanitaria hay que complementarlo diciendo que no hacen falta recursos financieros públicos porque lo van a pagar los particulares de sus bolsillos... El Gobierno de UCD no cambia de modelo...”

se trata de que los crecientes costes de la ineficacia se trasladen a los bolsillos de los particulares”.

Finalmente, el Congreso de los Diputados, por ciento cuarenta y nueve votos en contra, ciento treinta y cuatro votos a favor y diez abstenciones, rechaza la propuesta de resolución de los socialistas en que proponían devolver el documento sobre la reforma sanitaria al Gobierno y requerirle para que presentase un proyecto de Ley de Sanidad. En consecuencia, comienza el debate y votación de las propuestas de resolución presentadas en torno al documento por los diferentes grupos parlamentarios.

Defiende las propuestas del grupo socialista el diputado Yuste Grijalba que las patrocina como “alternativa global, completa, uniforme... Pretendemos plantear un nuevo sistema sanitario más justo, más científico, más económico y más participativo. La participación de la comunidad ha de ser el factor más importante en el funcionamiento del nuevo sistema sanitario. Se trata de conseguir que la comunidad apoye la reforma estimulando la decisión política del Gobierno para introducir y mantener esta reforma. La responsabilidad implica una mejor distribución de los recursos y, por tanto, dar prioridad a los grupos sociales menos favorecidos, todo lo cual nos lleva, en términos operativos, a la integración de la acción médico-sanitaria y a la mejora de la cobertura de los servicios de salud, tratando de aplicar una medicina preventiva, curativa, educativa y social, y de desarrollar servicios eficaces de salud, no de enfermedad”.

Este sistema propugnado por el grupo socialista descansa en tres supuestos: a) “Protección a todos los españoles mediante un Servicio Nacional de la Salud”, entendido como “un servicio público de administración autónoma... una organización integrada, ordenada y normalizada de todas las funciones y actividades sanitarias en un único departamento de la administración pública”; b) “La búsqueda de la salud que requiere la colaboración decisiva de otros sectores sociales, particularmente educación y vivienda”; c) “Preocupación fundamental y decisiva por la asistencia primaria, incluso *versus* hospitalaria... el centro de salud es el primer nivel de la asistencia sanitaria”.

Las propuestas del grupo comunista son defendidas por el diputado Núñez González, quien, después de repasar los problemas acuciantes que afronta la sanidad en el país, reitera que “uno de los aspectos que consideramos esenciales es la responsabilización del Estado en la asistencia sanitaria, que ha de ser pública, gratuita, omnicompreensiva, integrada y descentralizada”. En este sentido, arguye contra cualquier tipo de contraprestación económica exigible al usuario, pues esta posibilidad “crea de hecho una desigualdad de los ciudadanos ante la salud o enfermedad en función de sus recursos económicos... Además, mantiene un tipo de asistencia que pretendemos superar, ya que estos lazos económicos entre usuario y médico cuestionan el equipo de salud en la asistencia primaria y mucho nos tememos que contribuya a mantener como centro de la asistencia sanitaria la enfermedad y no la salud”.

En cuanto a la estructura de la asistencia, el grupo comunista defiende la existencia de sólo dos niveles: “La atención primaria, realizada a través de los centros de salud, y la atención secundaria, cubierta mediante una red hospitalaria, jerarquizada

en tres niveles que vendrían determinados por la capacidad resolutive en el orden de las prestaciones curativas y rehabilitadoras”.

Asimismo, subraya la necesidad de la participación de “todos los sectores sociales y profesionales en la gestión y control del sistema sanitario en general. Con funciones de consulta, propuesta, deliberación, control y vigilancia de la gestión y toma de decisiones” a través de “consejos de salud, que colaborarán en la determinación de las líneas generales de la política sanitaria”.

En suma, concluye el representante del grupo comunista, “nosotros nos pronunciamos por un Servicio Nacional de la Salud donde en cumplimiento del precepto constitucional, cada ciudadano sea atendido adecuadamente en su salud, tenga el dinero que tenga y habite en el lugar que habite”.

El debate proseguirá al día siguiente, miércoles, 7 de mayo de 1980, sesión en la que el pleno del Congreso aprueba las líneas cardinales de la futura reforma sanitaria⁴³. El diputado Reol Tejada, del Grupo Centrista, repasa los criterios fundamentales del proyecto sanitario de Unión de Centro Democrático:

1. “La consideración del derecho a la protección a la salud con carácter universal. Todos tienen derecho”.
2. “La necesidad de que el Estado garantice la efectividad de ese derecho”.
3. “La necesidad de que derechos y obligaciones, conceptos y criterios, se plasmen en una Ley de Sanidad que profile un nuevo modelo”.
4. “La necesidad de que el nuevo modelo esté basado en el concepto de salud y no en el de enfermedad”.
5. “La necesidad de arbitrar una verdadera política de salud y las acciones que correspondan en relación con los aspectos preventivos, la higiene de los alimentos y la del medio, entendida en su sentido amplio como higiene de la vivienda, del trabajo, de la escuela, de los lugares de convivencia y esparcimiento”.
6. “La necesidad de una rentabilidad social de los recursos existentes, que pase por una sustancial mejora en la gestión del sector público y una más adecuada coordinación y normativa para el privado”
7. “La financiación corresponde a los Presupuestos del Estado y de las corporaciones públicas, además de la Seguridad Social, ajustándose gradualmente las cuantías a lo que la equidad y la economía nacional determinen”.

⁴³ DSC, 7 de mayo de 1980, 5754 ss.

8. “Diseñar un sistema descentralizado, en el que la autonomía de los diferentes poderes territoriales y de las propias instituciones sanitarias sean garantía de una mayor eficacia, sin perjuicio de que la coordinación y normativa general garanticen también el cumplimiento de mínimos y la solidaridad nacional por la más equitativa asignación de los recursos y la justa habilitación y distribución de ingresos y de gastos”. Acerca de este punto, recuerda que la “crítica al actual sistema ha estado basada en lo intrínsecamente malo que es el pluralismo de los agentes sanitarios, no sólo privados, sino públicos. Mal se compagina esta crítica con el pretendido deseo descentralizador”.
9. “Considerar que la educación sanitaria, la formación profesional y la planificación de la investigación son pilares básicos de cualquier correcta política de salud”.
10. “El sistema debe ser participativo y democrático, de modo que los protagonistas de la sanidad, cualquiera que sea su procedencia o condición, el ciudadano y la Administración, participen activamente en los niveles que corresponda en la marcha de la actividad sanitaria y el control y vigilancia de la gestión de la misma”

El representante de Unión de Centro Democrático subraya que esta propuesta está realizada “desde un enfoque de ordenación y gestión unitaria, en el marco de un pluralismo y de unas libertades en que el hombre sea el verdadero destinatario de la política y la actividad sanitaria desde su libertad y responsabilidad personal”.

Frente a las posiciones mantenidas desde otras perspectivas, el diputado de Unión de Centro Democrático admite que “es evidente que para ciertos grupos –y están en su derecho de pensar así- el modelo sanitario pasa ineludiblemente por un dispositivo estatalizado y único. Para nosotros, más que persistir en la dialéctica sector público-sector privado, se trata de hacer una racional elección de la actividad pública y gestionarla con eficacia”.

En cuanto a uno de los puntos de desencuentro, el de la libre elección de facultativo, “en esta cuestión se observan ya las lógicas reticencias en algunos de los grupos de la oposición. En vez de reconocer el derecho a la libre elección de médico, en la resolución socialista se habla de que se procurará facilitar la libre elección. No hay, pues, aquí reconocimiento del derecho, que es, a mi modo de ver, algo fundamental. No hay convicción, no hay voluntad política, luego no habrá cambio efectivo en cuestión tan fundamental”.

Por lo que toca al modelo, el interviniente insiste en que “hay que superar arcaicas concepciones de sanidad pública *versus* privada. Lo que no cabe es el desorden funcional y económico de una, ni el monopolio de otra. En nuestra concepción hay un sector público eficiente, junto a otros agentes que, desde la competencia en calidad y servicios, en un marco de normativa y control del Estado, contribuyen con la misma vocación y espíritu que el sector público para hacer una sanidad humana y eficaz”.

En representación del grupo parlamentario de minoría catalana interviene la diputada Rubiés Garrofe. Subraya que para su grupo “el primer principio de la reforma sanitaria es la universalidad de su aplicación, tanto por lo que se refiere a todos los ciudadanos, como a todos los sectores de la población”. Como segunda cuestión prioritaria plantea la financiación, que ha de ser contemplada como “un medio de redistribución de la renta, haciendo posible que todos los ciudadanos, sin excepción, sea cual sea su edad, sexo, condición socioeconómica, trabajo, lugar de residencia, ya sea en medio rural, en medio urbano o en medio suburbial, tengan garantizado su derecho a la salud en los aspectos de prevención, educación y asistencia sanitaria y, en su caso, rehabilitación, readaptación y reinserción social”.

Como tercer eje de su posición, alude la diputada catalana a “la planificación y organización de todos los servicios y recursos sanitarios a través de un Instituto Nacional de la Salud que respete tanto la libre elección del médico por parte del enfermo o usuario, como el libre ejercicio de las profesiones sanitarias por parte de los profesionales y, asimismo, la actuación de entidades de seguro médico libre, de larga tradición en Cataluña, y de eficacia bien probada, instituciones sin afán de lucro que fundamentan la larga tradición del mutualismo catalán mucho antes de que existiera la Seguridad Social”.

En el cuarto lugar coloca el grupo catalán, como presupuesto de la eficacia de las prestaciones, la “descentralización en la gestión y en los servicios... El funcionamiento de los servicios de salud deberá establecerse de acuerdo con la estructura territorial y política del Estado”. La reforma “ha de hacer posible las rápidas transferencias en materia sanitaria, tanto en el desarrollo legislativo, como en la gestión de los servicios de salud”.

En nombre del grupo parlamentario coalición democrática interviene el diputado Fraga Iribarne. Sostiene que el trabajo realizado por la comisión parlamentaria “ya no es la propuesta original, sino que está enriquecida, merece un voto favorable”. Además, plantea que las acciones requeridas para la eficacia del artículo 43 del texto constitucional no están agotadas con la aprobación de una ley sobre la materia, dado que “una política es eso, una política, a desarrollar por acciones, unas normadas, otras normalizadas, otras de proyectos, otras de gestión, unas con rango de ley... a las cuales no hay por qué poner trabas en el tiempo con tal de que vayan precisamente en todas las líneas de lo que justamente se trae aquí como planificación de ideas generales y que, en mi opinión, es el camino correcto, que no es el de las sorpresas que pueden venir más por la rigidez legislativa que por una declaración general, en la cual se inscriban todas las acciones del Ejecutivo”.

A juicio del interviniente, la propuesta objeto de debate “contiene ideas fundamentales en un tema capital como es la salud de los españoles, y un tema no menos capital, que es lograrla por vías económicas y lograrla dentro de una visión de una sociedad liberal y humanista. Por esas ideas y estas razones, votaremos la propuesta”.

El resultado final de la votación arroja un balance favorable para el documento respaldado por el Gobierno, que resulta aprobado por ciento sesenta y siete votos a

favor y ciento treinta y siete votos en contra, contándose diez abstenciones. El Gobierno no aprovechará este apoyo parlamentario. Cuestiones más urgentes reclamaban su atención.

1.3.13.- ¿Antes la Ley o la reforma?

Transcurridos once meses, el jueves 23 de abril de 1981, Sancho Rof, Ministro de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social comparece ante la Comisión de Sanidad y Seguridad Social del Congreso de los Diputados⁴⁴. El responsable gubernamental anuncia que uno de los objetivos de su departamento consiste en “establecer un sistema sanitario integrado, de tal forma que haya una única red sanitaria pública mediante la fusión de la red administrativa institucional de servicios sanitarios y la del Instituto Nacional de la Salud”.

Asimismo, el Ministro advierte que es necesario tener en cuenta que “toda la gestión sanitaria va a corresponder, o debe corresponder, a las Comunidades Autónomas, pero toda la planificación sanitaria, en el amplio sentido de la palabra, debe corresponder al Estado. Dentro de este esquema de gestión sanitaria sigue en desarrollo todo el mecanismo de establecimiento de centros de salud, la transformación de los ambulatorios en centros de salud”⁴⁵.

En relación con la gran temática de la Ley de Sanidad, el Ministro se pregunta: “¿Se toman medidas con el modelo sanitario actual mientras se elabora la nueva Ley de Sanidad o se espera a la nueva Ley de Sanidad para adoptar una serie de medidas concretas? La contestación es muy clara. Yo entiendo que hay que hacer las dos cosas a la vez. Es decir, el sistema, si no se toma una serie de medidas urgentes, se irá deteriorando cada vez más, con lo cual, a lo mejor, cuando tengamos la nueva Ley de Sanidad lo que tenemos es un sistema muy devaluado que es imposible reformar”.

A pregunta del diputado Núñez, del grupo comunista, el Ministro aclara que no está previsto cobrar prestaciones a los usuarios por asistencia sanitaria, sino que “lo que tenemos que hacer es racionalizar la gestión, abaratar los costes y, en función de abaratar los costes, ver que no hay necesidad de nuevos ingresos adicionales”.

En esta línea ya apuntada por el Ministro del ramo, otro paso hacia la aplicación del modelo dibujado por el texto constitucional tiene lugar cuando un Real Decreto de 8 de julio de 1981 aprueba el traspaso a la Generalidad de Cataluña de los servicios correspondientes al Instituto Nacional de Servicios Sociales y al Instituto Nacional de la Salud⁴⁶.

⁴⁴ Acta taquigráfica de la sesión disponible en la sección de publicaciones oficiales de la página web del Congreso de los Diputados.

⁴⁵ A pregunta de un diputado del grupo andalucista, el Ministro aclarará que en el proyecto de Ley de Sanidad en el que trabaja su departamento tienen la idea de crear un Consejo Coordinador de Planificación con participación del Estado y de las Comunidades Autónomas.

⁴⁶ BOE, nº 176, 24 de julio de 1981.

Pasado el verano, el 27 de noviembre de 1981, un Real Decreto aborda la coordinación y planificación sanitarias⁴⁷. La norma tiene su razón de ser en la transferencia de funciones y competencias operada en materia de sanidad a favor de los entes autonómicos, lo que exige concretar cuáles son las responsabilidades y funciones que la Administración sanitaria del Estado asume, “necesidad que se hace de todo punto urgente e inaplazable, debido a la notoria sensibilización de toda la población española con los problemas relacionados con la sanidad, preocupación que se ha visto incrementada en los últimos meses, hasta tal extremo que puede decirse sin reserva alguna que constituye hoy día uno de los principales problemas de la política nacional”. En este punto conviene recordar que los primeros casos del llamado “síndrome de la colza” habían aparecido a mediados de ese mismo año.

La nueva disposición normativa parte del concepto de “interés” como elemento vehiculador de la atribución de competencias entre municipios, provincias y comunidades autónomas, en la medida en que el texto constitucional les atribuye la autonomía necesaria para la gestión de sus respectivos “intereses” (art. 137).

La aplicación de este criterio implica que “la Administración del Estado resulte responsable de la gestión del interés público en todos aquellos supuestos en que dicho interés público trasciende, por su propia naturaleza, del ámbito de actuación de los respectivos órganos gestores de los entes territoriales”.

Asimismo, el propio texto constitucional “encomienda al Estado la función de garantizar un equilibrio entre las diversas partes del territorio español, siendo garante de la unidad del mercado y de que no se produzcan discriminaciones económicas o sociales en los distintos territorios” (art. 138). A mayor abundamiento, coadyuva a ello la atribución constitucional al Estado de la competencia exclusiva en el establecimiento de las bases del sistema sanitario (art. 149).

El Estado actúa así como “garante de que el sistema sanitario nacional funcione en forma armónica y coherente”. En esta línea, el Decreto “establece en el articulado las funciones que se consideran imprescindibles para que no se produzca un desajuste en el sistema sanitario nacional”. Todo ello, llevado a cabo con “la audiencia y la participación de las Consejerías de Sanidad de los Entes Autonómicos” durante el proceso de elaboración del Decreto.

En esta línea, la norma dispone que la Administración del Estado ejerce las funciones sanitarias de interés general “para el conjunto de la comunidad española que trasciendan el ámbito de actuación de las demás Administraciones públicas sanitarias, la coordinación general de la sanidad, las de sanidad exterior y las de alta inspección de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas, Corporaciones o Entidades” (art. 1). Ello implica (art. 2):

- Determinar con carácter general los métodos de análisis y medición y los requisitos técnicos y condiciones mínimas en materia de control sanitario del medio ambiente.

⁴⁷ BOE, nº 288, 2 de diciembre de 1981. En ese mismo año el Estado transfiere las competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Cataluña.

- Determinar los requisitos sanitarios de las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.
- Llevar el registro general sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que interactúan con ellos.
- Autorizar a efectos sanitarios los aditivos y demás productos que exijan un control nacional.
- Autorizar, registrar, controlar e inspeccionar las especialidades farmacéuticas, productos estupefacientes, psicotrópicos y similares; los productos sujetos a registro farmacéutico, fitosanitario y zoonosanitario; material o instrumental médico, terapéutico o sanitario, “así como los laboratorios, centros o establecimientos que los produzcan, elaboren o importen”.
- Determinar “con carácter general los requisitos técnicos y condiciones mínimas para la aprobación, homologación, autorización, revisión o evaluación de las instalaciones, equipos, estructura, organización y régimen de funcionamiento de los centros, servicios, actividades o establecimientos sanitarios”.
- Acreditar, homologar y autorizar los centros y servicios que intervengan en extracción y trasplante de órganos.
- Llevar el “Catálogo y Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios”.
- Homologar programas de formación, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario.
- Establecer los criterios generales para determinar los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, “a fin de garantizar la homogeneidad del sistema sanitario, la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales sanitarios sin trabas ni discriminaciones”.
- “Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos o epizootiológicos de los procesos o plagas de incidencia o interés nacional, así como la coordinación de los servicios competentes de las distintas Administraciones públicas sanitarias”.
- Realizar las estadísticas sanitarias de interés nacional.
- Coordinar las actuaciones contra el fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público.

- Elaborar informes generales sobre la situación sanitaria o asistencial.
- Determinar la “planificación general sanitaria”, con el establecimiento de índices o criterios generales para los centros y servicios sanitarios, con la determinación de fines y objetivos comunes y medidas “para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario”.

Al Estado también le incumbe la alta inspección en materia de sanidad. Según este Decreto, las actividades propias de esta competencia comprenden las de (art. 4.2):

- Supervisar la adecuación entre los planes y programas de las Comunidades Autónomas y demás Administraciones con la planificación sanitaria general.
- Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias, genéricas o estructurales, que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.
- Analizar el nivel, extensión y calidad de las prestaciones y servicios sanitarios exigidos, con carácter general, por las disposiciones sanitarias y sociales.
- Supervisar el uso, destino y utilización de las subvenciones del Estado o de la Seguridad Social que tengan un destino o finalidad determinada.
- Supervisar la adscripción benéfica a fines sanitarios y asistenciales de los centros, servicios o establecimientos transferidos con dicha finalidad, sin perjuicio de las reorganizaciones que acuerden o puedan acordar las correspondientes Comunidades Autónomas o Entes preautonómicos.
- Impedir cualquier tipo de discriminación en los sistemas de admisión y régimen de prestación de los servicios sanitarios, así como en los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.
- Asegurar que el ejercicio de las competencias en materia de sanidad se ajusta a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los sindicatos de trabajadores y asociaciones empresariales, en los términos establecidos por la Ley.
- Con carácter general, garantizar el cumplimiento de las facultades atribuidas al Estado en materia de sanidad, la observancia de los principios y normas constitucionales y de las Leyes y demás disposiciones generales que desarrollen el art. 43 y concordantes de la Constitución.

Como cláusula de salvaguarda, este mismo artículo del Decreto, advierte que “la Administración sanitaria del Estado, podrá, además, adoptar las medidas que considere necesarias para proteger la salud pública, así como la sanidad animal y vegetal ante cualquier problema o proceso que pueda tener una incidencia a nivel nacional”.

En cuanto a la estructura orgánica, el Decreto establece que el “Consejo de Coordinación y Planificación Sanitaria es el órgano superior colegiado de información y asesoramiento sobre planificación y coordinación sanitaria, en las materias competentes del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social” (art. 5). Presidido por el Secretario de Estado para la Sanidad, de él forman parte los órganos decisorios del Ministerio competente en materia sanitaria; un representante de otros ministerios con competencias en defensa, educación, ciencia, agricultura, pesca, industria, energía y administración territorial; un representante de cada Comunidad Autónoma; y nueve personas de reconocido prestigio vinculadas a la sanidad y designadas por los restantes miembros del Consejo. Este Consejo asume las funciones de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

A modo de balance de este período, podría apuntarse que el modelo de asistencia sanitaria pública “se encontraba mucho más cerca del modelo socializado que sus antecesores -ya sea el Seguro Obligatorio de Enfermedad o la asistencia sanitaria de la Seguridad Social-, aunque el paso decisivo hacia el establecimiento de un modelo universalista no se produjo. Asimismo, cabe subrayar que en este período, y gracias sobre todo a las disposiciones constitucionales, se abrió la posibilidad de una actuación pública para la creación de un Servicio Nacional de Salud”⁴⁸.

⁴⁸ GUILLÉN, *La construcción*, 193.

LA LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986

La necesidad de una reforma del sistema sanitario ha sido reiteradamente reconocida como acuciante. Ahora hay una obligación normativa que emana de la Constitución y que parte de la necesidad de organizar un sistema que articule, por un lado, las medidas públicas que hagan efectivo el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y, por otro lado, el papel institucional reservado a las Comunidades Autónomas por el texto constitucional. Todo ello en ejecución de la competencia exclusiva atribuida al Estado en torno al establecimiento de las bases y coordinación general de la sanidad.

A estas alturas del proceso de transición, las posiciones de las principales fuerzas políticas son conocidas¹. A modo de resumen, cabe recordar que el Partido Comunista Español las defiende en unas I Jornadas Sanitarias celebradas en 1978. En ellas aboga por la expansión del sistema público de previsión y sostiene que “la planificación democrática en el sector sanitario es inseparable de la que se lleve a cabo en otros sectores... en el contexto de la democracia política y social”. Al mismo tiempo, rechaza la presencia del sector privado en el sistema sanitario público. Medicina preventiva y asistencia primaria serán elementos clave de la propuesta.

El Partido Socialista Obrero Español propugna un modelo sanitario unificado, público y gratuito, con servicios adecuados, integrados y coordinados. Para ello es precisa la expansión del sistema, la integración de los servicios y los recursos, la regionalización sanitaria, la introducción de mecanismos de participación y control popular, y todo ello es compatible con la coexistencia con un sector privado reducido. Asimismo, colocan la apuesta por la medicina preventiva y la asistencia primaria en un lugar preferente.

Unión del Centro Democrático parte del reconocimiento de la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, asegurando idénticas posibilidades de acceso al sistema de asistencia para todos los ciudadanos, lo que exige una efectiva coordinación y reglamentación general por parte de los responsables estatales. El objetivo era lograr “la salud integral al servicio de la persona y de la comunidad”. Los

¹ Un resumen de las principales posiciones políticas y sociales puede encontrarse en GUILLÉN, *La construcción*, 194-199.

principios de la reforma pasarían por la racionalización, la democratización, la regionalización, la humanización del sistema sanitario, la libre elección de médico y la gestión basada en la libre competencia. Asimismo, esta formación política promueve una reforma en la provisión de servicios y beneficios, en la gestión y en la financiación que acerque el modelo a sus referentes europeos.

Por su parte, Alianza Popular apuesta por incorporar la iniciativa privada a la gestión del sistema y considera prioritaria la mejora de los mecanismos de financiación. El sistema de salud partiría de la reforma del ya existente, con elementos favorables a la prestación privada de servicios en el sector sanitario. La asistencia preventiva no figura entre las prioridades de su programa.

En cuanto a las organizaciones más representativas de colectivos de trabajadores y empresarios, Comisiones Obreras defiende la mejora del sistema heredado del régimen anterior. También del lado sindical, la Unión General de Trabajadores pretende la introducción de cambios radicales en el sistema, radicalidad que el paso del tiempo modera hacia la aceptación de una mejora gradual del sistema existente, en aras de lograr la cobertura universal y la expansión de los servicios.

Desde el lado empresarial, la Confederación Española de Organizaciones Empresariales aboga por una postura cauta al principio del proceso de transición, para pasar a sostener, a partir de 1982, el incremento de la gestión privada y de la provisión privada de servicios dentro del sistema público de bienestar.

A juicio de Beato Espejo, las principales problemáticas que debe abordar la reforma sanitaria a las puertas del año 1986 pasan por las siguientes cuestiones²:

- La centralización y concentración del sistema de salud español en el ámbito de la gestión;
- La necesidad de integrar enfoques profesionales diferentes al estrictamente sanitario y propiciar la participación de las entidades territoriales y de la ciudadanía;
- La dispersión de los actores operativos del sistema en el terreno, lo que provoca la existencia de múltiples órganos colegiados de coordinación en los distintos niveles territoriales;
- La necesidad de alcanzar un concepto integral de salud a través de la reordenación de la organización y de las competencias de los entes implicados en la gestión de los servicios sanitarios, integrando prevención y curación, medicina hospitalaria y atención primaria y comunitaria;
- La dedicación de los profesionales sanitarios a quehaceres meramente burocráticos;

² “El sistema sanitario”, 387-395.

- La clarificación de las relaciones entre el sector privado y el sector público. Resume este autor que el desafío radica en organizar un “equipo multiprofesional y plural, con participación ciudadana y a nivel descentralizado, que orienten la sanidad como una faceta más de la sociedad a la que sirven y no como una estructura sobre la que se monta”.

Estaríamos, en suma, ante la oportunidad histórica de acabar con un círculo en el que el sistema sanitario español “se ha caracterizado a lo largo de la Historia porque las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de necesidades, sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época”³.

Realizado este esbozo inicial de la situación, el presente capítulo tiene su frontispicio temporal en la legislatura que comienza en el año 1982, fecha clave, pues a partir de ella, constituido el nuevo Gobierno, el Ministerio de Sanidad y Consumo aborda la reforma sanitaria de un modo decisivo. En el seno del Ministerio, una comisión redactora es encargada de recabar opiniones de los distintos agentes sanitarios en aras a la elaboración de un borrador de anteproyecto de Ley General de Sanidad.

En este contexto, tiene especial incidencia la Sentencia del Tribunal Constitucional 32/1983, de 28 de abril, cuyo ponente, el profesor Tomás y Valiente, desarrolla una doctrina de alcance general sobre el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria. La sentencia surge como consecuencia de un conflicto positivo de competencias planteado por el Gobierno Vasco contra el Real Decreto 2824/1981, de 27 de noviembre, sobre coordinación y planificación sanitaria.

La posición del Gobierno vasco parte de que el trámite de audiencia verificado en el procedimiento de elaboración del Real Decreto respecto de las Consejerías de Sanidad de los entes autonómicos no implica su conformidad con el resultado plasmado en la norma recurrida. Además, protestan de que el criterio del “interés”, la “coordinación” o la “alta inspección”, en la práctica, vacían de contenido la competencia de la Comunidad Autónoma sobre sanidad interior.

Junto a ello, alegado con carácter general, plantea la existencia de diversas vulneraciones concretas del articulado del Estatuto de Autonomía del País Vasco. En resumen, “la interpretación de unas y otras competencias no autoriza a que con base en la coordinación general se produzca la invasión de las competencias de la Comunidad, sino que la competencia estatal de coordinación presupone la existencia de las comunitarias y porque las presupone tiene aquélla sentido, pues en otro caso sería una competencia superflua”.

³ M. L. MACIA SOLER Y J. MONCHO VASALLO, “Sistema Nacional de Salud español. Características y análisis”, *Enfermería global*, 10 (mayo, 2007), 5.

Por su parte, la Abogacía del Estado defiende la constitucionalidad de la norma recurrida. Alega que la pretensión del Decreto es sencilla: Adecuar la normativa preconstitucional, fundamentalmente la recogida en la Ley de Bases para la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, a la nueva estructura territorial del Estado adoptada por la Constitución de 1978, todo ello, “entre tanto no se promulgue por las Cortes Generales una futura y necesaria Ley General de Sanidad... La competencia gubernativa de adecuación permite así evitar las inaceptables consecuencias que podrían derivarse, mientras las Cortes Generales no promulguen la Ley General Sanitaria, de la existencia de una legislación sanitaria preconstitucional de la que cada Comunidad dotada de competencia de desarrollo legislativo tendría que extraer lo que, a su entender, constituyan aspectos básicos si quisiera ejercer ya su competencia, con el riesgo de descoordinación como consecuencia de lo que cada Comunidad entendiera como básico”. También añade “los acuerdos de la III Reunión de los Consejeros de Sanidad de Comunidades Autónomas y Entes Preautonómicos, acuerdos éstos que se produjeron a propuesta de los representantes vascos y catalanes y que reflejan por ello sus puntos de vista jurídico-constitucionales”.

Por su parte, los fundamentos jurídicos de la sentencia, en la que, como apuntamos, actuó como ponente el presidente del Alto Tribunal, el profesor Tomás y Valiente, pueden sintetizarse en los siguientes aspectos:

- De la interpretación sistemática de los preceptos constitucionales relativos a la materia, “se infiere la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de la sanidad nacional, puesto que los derechos que en tal sentido reconoce la Constitución en los arts. 43 y 51 o, complementariamente en otros, como el 45.1, que reconoce el derecho que todos tienen a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, pertenecen a todos los españoles y a todos se les garantiza por el Estado la igualdad en las condiciones básicas para el ejercicio de los mismos”.
- A mayor abundamiento, “dada la unidad del mercado, la libre circulación de bienes y la indudable incidencia que en la salud de los ciudadanos pueden tener determinados productos, es obvio que todo ello debe quedar integrado en un mismo sistema normativo”.
- En materia de sanidad interior, corresponden al Estado las bases, la coordinación general y la alta inspección, y al País Vasco el desarrollo legislativo y la ejecución.
- La legislación preconstitucional, constituida principalmente por la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, “no proporciona fácilmente criterios básicos en la materia susceptibles de validez en un Estado como el nacido con la Constitución, tan radicalmente otro del existente cuando aquella Ley se promulgó, y ello, como es obvio, dificulta la búsqueda y el hallazgo de bases preconstitucionales en las que el Gobierno hubiera podido fundarse al promulgar los Reales Decretos aquí impugnados, y a las cuales no hace ninguna referencia ni en el articulado ni en los preámbulos de los mismos”.

- El Tribunal Constitucional tiene meridianamente claro que “ni la fijación de bases ni la coordinación general deben llegar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias de las Comunidades”.
- Aclara el Alto Tribunal que “la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario”.
- En cuanto a la suficiencia normativa de un Decreto para regular competencias básicas, impugnada por el Gobierno vasco, el Tribunal Constitucional recuerda que “no puede ser el Gobierno por medio de un Real Decreto quien defina competencias básicas y quien habilite a determinados órganos de la Administración ("la Administración Sanitaria del Estado") para que desarrollen por vía reglamentaria lo previamente definido por él mismo como básico. Como ya ha declarado este Tribunal y ha reiterado en fundamentos anteriores de esta Sentencia, el Gobierno puede regular por vía reglamentaria materias básicas definidas como tales en normas con rango de Ley, porque entonces su actuación es completiva y no delimitadora o definidora de competencias, y por ello este precepto y las normas reglamentarias que lo desarrollen sería indudablemente conforme al orden de competencias si estuviera contenido en una Ley de las Cortes Generales o, al menos, en una norma con rango de Ley. Pero no es formalmente conforme con ese orden de competencias la presente norma reglamentaria que define y habilita, pues entre ella y el bloque normativo constitucional falta el eslabón intermedio y necesario, esto es, una Ley formal del Estado o una norma estatal con rango de Ley”.
- La cláusula de salvaguarda final que permite intervenir a la Administración estatal a la hora de abordar “cualquier problema o proceso que pueda tener una incidencia a nivel nacional”, permite al Tribunal Constitucional aclarar que “en tales supuestos la Administración del Estado podrá ciertamente actuar en consecuencia, pero ya no podrá cobijar cualesquiera medidas bajo el título competencial de la alta inspección, sino bajo los otros títulos competenciales ya examinados, de modo que la frase "podrá, además, adoptar las medidas que considere necesarias" debe entenderse referida a medidas de coordinación (art. 149.1.16 CE) o acaso otras amparables, en su caso, bajo la competencia estatal de seguridad pública (art. 149.1.29 CE)... Por lo mismo, la frase final del párrafo (desde "cualquier problema..." hasta el final) tampoco debe entenderse en su literalidad, ni mucho menos en el sentido exageradamente holista de que todo está relacionado con todo, o de que cualquier problema puede tener incidencia nacional, de modo que el sentido literal, peligrosamente abierto a posibles discrecionalidades excesivas, debe ser reducido para que equivalga a problemas o procesos diversos, pero de grave entidad para la salud pública o la sanidad interior que puedan tener una incidencia también grave o inminente en el ámbito supracomunitario. Sólo así entendido el párrafo aquí acotado contiene una competencia estatal no excesiva”.

En coherencia con estos fundamentos jurídicos, el Tribunal Constitucional declara nulas seis de las atribuciones básicas conferidas al Estado en el artículo 2 del Real Decreto recurrido “por insuficiencia de rango” (regulación por Decreto, en lugar de la requerida regulación por Ley de las Cortes Generales), amén de las convenientes indicaciones interpretativas que acompañan a los fundamentos jurídicos de la sentencia ya expuestos.

Es evidente que, tras el pronunciamiento decisivo del Tribunal Constitucional, es cada vez más palpable la necesidad urgente de elaborar y aprobar una Ley General de Sanidad que aborde de una vez el marco general y la coordinación dentro del nuevo esquema territorial adoptado por la Constitución.

Pocos días después de darse a conocer al público el texto del anteproyecto de la Ley General de Sanidad, tienen lugar en Barcelona unas *Jornadas Técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social* los días 1 al 3 de marzo de 1984, organizadas por la Generalitat de Catalunya⁴. Representa uno de los primeros termómetros de la acogida que puede tener el anteproyecto entre los sectores técnicos interesados.

En el seno de estas jornadas, Parada Vázquez señala que la opción del anteproyecto por un servicio de salud integrado y uniforme de ámbito nacional y con igualdad de trato entre las Comunidades Autónomas, supone que “para la memoria y su articulado, todas las Comunidades Autónomas son iguales y tienen la misma posición en la organización del Servicio de la Salud. La obsesión por el uniformismo organizatorio, por la afirmación de los poderes del Estado y el igualitarismo absoluto en las prestaciones a todos los ciudadanos es patente”⁵.

Junto a esta filosofía de objetivos uniformizadores, adobada con “técnicas de prepotencia legislativa y ejecutiva del Estado sobre las Comunidades Autónomas”, también está presente “el elemento más incompatible y opuesto a una verdadera descentralización, no sólo política, sino también administrativa, el del centralismo burocrático”. Para este autor, el anteproyecto “reserva a las Comunidades Autónomas la función propia de una Administración periférica del Estado con un grado mayor o menor de desconcentración. Otra forma de calificarlo sería la de un servicio estatal participado por las Comunidades Autónomas o como una mancomunidad sanitaria regional forzosa”.

Mediado el año 1984, el Ministerio de Sanidad auspicia la celebración de una Conferencia Internacional sobre organización de los sistemas sanitarios en relación con la Ley General de Sanidad⁶. Las palabras del ministro Ernest Lluch en la presentación de la Conferencia son claras: “No se trata tanto de dar una solución ideológica a los problemas que plantea el sistema sanitario español, sino de encontrar la mejor solución

⁴ AAVV, *Jornadas técnicas sobre sanidad y seguridad social en el Estado de las Autonomías*, Barcelona, 1984.

⁵ “La Sanidad en el Estado de las autonomías”, *Jornadas*, 23-25.

⁶ Las aportaciones a esta Conferencia están recogidas en AAVV, *La reforma sanitaria en España a debate desde una perspectiva nacional e internacional*, Madrid, 1984.

posible desde una perspectiva técnico-organizativa que nos permita tener aceptables niveles de salud”⁷.

En su intervención, el entonces Subsecretario del Ministerio, Sabando Suárez, evidencia la insuficiencia de las políticas de coordinación como instrumento para remediar los males que aquejan al sistema sanitario español; el desarrollo fundamental del sistema sanitario español en los últimos treinta años en torno al hospital, a la medicina hospitalaria, en detrimento de otros niveles asistenciales, en particular de la atención primaria de salud y de la salud comunitaria; la necesidad de implementar un concepto integral de salud y la extensión de la cobertura sanitaria a toda la población⁸.

De esta Conferencia Internacional resulta que en ese momento histórico, básicamente, los modelos organizativos del sistema sanitario pivotan entre un sistema de un servicio nacional de sanidad (Reino Unido, Italia o Grecia), un sistema de sanidad a través de las autoridades locales (Finlandia o Suecia) y un sistema de seguros sanitarios (Alemania, Países Bajos, Francia y Bélgica)⁹.

El ponente encargado de exponer la conclusión general de la Conferencia, André Prims, planteó los siguientes enunciados como consideraciones finales acerca del Anteproyecto de Ley General de Sanidad¹⁰:

- La organización de los servicios sanitarios es específica para cada país. En este sentido, cada país es único y particular. No hay dos países que tengan el mismo sistema de asistencia sanitaria. Además, el que tengan ha de irse adaptando a los cambios que acaezcan en las necesidades, demandas, recursos, medios y posibilidades.
- La Ley de Sanidad Española está de acuerdo con las pautas generales que pueden observarse en el ámbito de los servicios sanitarios en la gran mayoría de los países europeos.
- Elaborar una ley es una cosa y puede ser tarea sencilla o difícil; hacer efectiva una ley es otra cosa y es siempre tarea difícil, nunca sencilla. En el caso de la ley sanitaria, para su efectiva implantación será necesaria la plena colaboración de los profesionales médico-sanitarios, un mecanismo de financiación eficaz, una dirección efectiva del proceso que estructure e integre, la formación de los profesionales en los nuevos conceptos sanitarios y, por último, la necesidad de proceder a una evaluación regular de los cambios introducidos.

En septiembre de ese mismo año 1984, el mencionado Subsecretario de Sanidad y Consumo, Pedro Sabando, publica un artículo en el que subraya que “la Ley General de Sanidad, en la medida en que pretende ser apoyada por el conjunto de la sociedad española, no presenta servidumbres de carácter ideológico. Emerge como consecuencia tanto del estudio profundo de nuestro sistema sanitario como de los de nuestro entorno

⁷ *Ibidem*, 14.

⁸ *Ibidem*, 30 ss.

⁹ *Ibidem*, 318.

¹⁰ *Ibidem*, 318 ss.

geopolítico y aporta soluciones de modernidad a nuestros problemas sanitarios. Pretende, en definitiva, establecer un puente de continuidad entre la tradición legislativa del pasado y las exigencias sanitarias de este momento, configurándose como una auténtica ley de Estado”¹¹.

Con esas premisas, el Subsecretario dibuja los elementos esenciales del anteproyecto legislativo. Su primer objetivo consiste en extender la cobertura sanitaria y la protección de la salud a toda la población, a partir de un concepto integral de salud, lo que requiere la “existencia de equipos intermultidisciplinarios en cuya metodología de trabajo esté el acercamiento al individuo o a la comunidad desde todas aquellas ópticas que nos permitan un conocimiento global de uno o de otra”.

El segundo objetivo consiste en garantizar la efectividad de los actos sanitarios. A juicio del Subsecretario, “una característica permanente de nuestro sistema ha sido quizá la poca efectividad de los actos sanitarios, la lentitud con la que éstos se prestaban y la rigidez de la estructura, y que ha de ajustarse más adecuadamente a las necesidades de la población. La Ley General de Sanidad quiere eliminar estos estigmas del sistema, estableciendo como principios básicos del mismo la eficacia, la celeridad y la flexibilidad. Todos estos principios son la base para la constitución y desarrollo de un sistema sanitario coherente, solidario y armónico”.

Como tercer objetivo gira en torno al marco organizativo, en el que el “problema radica en convertir el Estado centralista, como realidad social, en un Estado autonómico, existente como realidad legal. Para elevar a lo concreto esta afirmación procede transferir a las Comunidades Autónomas todos los organismos o servicios que actualmente siguen siendo prestados por las estructuras centrales del Estado; es decir, que, salvando en beneficio del Estado todas las estructuras consustanciales a la necesaria unidad de la nación, deben transferirse a las Comunidades Autónomas todos aquellos servicios que, por su naturaleza, se gestionan mejor cuanto más cerca están de los ciudadanos”.

En ejecución de este principio autonómico, la propuesta legislativa “sólo limita las competencias de las Comunidades Autónomas respecto a aquellas que expresamente se reserva el Estado al objeto de conformar un sistema uniforme y homogéneo en toda la nación, por cuanto que la Constitución así lo requiere, y aquellas otras que corresponden a las corporaciones locales en razón a las exigencias de la convivencia comunal y acercamiento máximo de los servicios a la población”.

Como cuarto objetivo, la financiación, a partir de la constatación de que “los países con Servicio Nacional de Salud no gastan más en salud que los países con servicios sanitarios dependientes del mercado privado, y en la mayoría de ellos puede afirmarse que menos”. En esta medida, el anteproyecto prevé que la financiación parta casi exclusivamente de los Presupuestos Generales del Estado y de las Administraciones públicas comunitarias o infracomunitarias, lo que implica un descenso paralelo de las cotizaciones a la Seguridad Social.

¹¹ “La Ley General de Sanidad”, *Papeles del psicólogo*, 15 (septiembre, 1984).

En resumen, para este responsable político, se propone una Ley: “1. Que determina con claridad cuáles son las características básicas y generales para todo el Sistema Sanitario, estableciendo el marco de actuación sanitaria; 2. Que determina los derechos y deberes de todos los ciudadanos para el Sistema Sanitario; 3. Que articula la Administración sanitaria sobre la base de la nueva estructura del Estado; 4. Que integra las distintas redes sanitarias, estableciéndose sistemas de control de calidad y criterios de eficacia, eficiencia y flexibilidad; 5. Que establece un Servicio Nacional de Salud que integra todos los aspectos que inciden sobre la salud y sus sistemas de cobertura”.

Aún tardará algún tiempo en comenzar la tramitación parlamentaria de la Ley General de Sanidad. El 17 de abril de 1985, la Mesa del Congreso de los Diputados acuerda publicar el proyecto de Ley General de Sanidad en el Boletín Oficial de las Cortes Generales y remitirlo a la Comisión de Política Social y de Empleo de la cámara, al objeto de que los diputados puedan presentar enmiendas al proyecto. El proyecto será publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales del 23 de abril¹².

La sesión plenaria del Congreso de los Diputados que tiene lugar el martes 11 de junio comienza a celebrar el debate de totalidad sobre el proyecto de Ley General de Sanidad¹³. En primer lugar, interviene el Ministro de Sanidad y Consumo, Lluís Martí, en defensa del proyecto. Desde su perspectiva, las razones que abonan la necesidad del proyecto radican en la conveniencia de agrupar las distintas redes sanitarias públicas, adecuar el sector sanitario al marco constitucional y al panorama legislativo más reciente, diseñar el marco legislativo que ordene la articulación entre Comunidades Autónomas y Gobierno de la Nación, regular aspectos como los derechos de los pacientes, la participación comunitaria, la autonomía y gestión hospitalaria, la libre elección de médico, etc.

Junto a ello, el Ministro expone los principios que fundan el proyecto, esto es, llevar al terreno práctico el derecho constitucionalmente reconocido a la protección de la salud en orden a “proteger la salud de todos los ciudadanos de este país, sin ninguna diferenciación en el terreno efectivo de su origen o de su situación social”. Asimismo, apostar por un concepto integral de salud que imbrique los múltiples aspectos que inciden en ella, lo que lleva a la necesidad de equipos multidisciplinares, otorgando un “nuevo marco a la protección de la salud del individuo y de la comunidad”. Como tercer principio informador del proyecto, apunta el Ministro a la “participación mejor y más adecuada de la comunidad en la gestión de los servicios sanitarios”.

En cuanto al encaje del proyecto en la nueva configuración territorial que dibuja la Constitución, el Ministro recuerda que “este ya no es un Estado centralista... No se puede establecer en España un Servicio Nacional de Salud, puesto que el sistema español no es descentralizado, sino que al ser un sistema con autonomías políticas, los servicios tienen que existir en cada una de las Comunidades Autónomas, mientras que en el conjunto del Estado solamente puede haber un sistema nacional que articule los distintos servicios de salud. Si en España hubiera un servicio general de salud, ello sería demostración de que no hay autonomía sanitaria. Solamente con un sistema que agrupe los servicios es como pueden establecerse unas garantías autonómicas”.

¹² BOCG, 23 de abril de 1985, 1989 ss.

¹³ DSC, 11 de junio de 1985, 9852 ss.

Concluye su defensa el Ministro enfatizando que “defender aquí este proyecto de ley tiene una razón fundamental, al menos, para los socialistas. Es defender un proyecto de ley que extiende la sanidad a todos los ciudadanos, es conseguir en un Estado democrático algo que está en el prefacio de la Constitución, que dice que no solamente queremos construir una sociedad democrática, sino que queremos construir una sociedad democrática avanzada. Y una de las concreciones de una sociedad democrática avanzada es –a partir de que esta ley sea aprobada y se ponga en marcha- que todos los ciudadanos de este país tendrán derecho a una sanidad pública”.

Contesta al Ministro, en primer lugar, el diputado Romay Beccaria, del grupo popular. Este parlamentario reconoce la necesidad de la reforma, pero “el problema es el sentido de la reforma... es el sentido de la ley, la orientación de la ley, y de ahí vienen nuestras discrepancias”. Estas discrepancias, “que nos llevan a pedir la devolución”, son fundamentalmente de dos órdenes: jurídico formales y de fondo.

En cuanto a las discrepancias jurídico-formales, “lamentamos que la Ley opere con un doble centralismo. La Ley es centralista a favor del Estado y a costa de las Comunidades Autónomas, pero opera con un segundo centralismo a favor de las Comunidades Autónomas, sin contar con ellas, formalmente al menos, y a costa de las corporaciones locales. Es centralista la imposición de un modelo homogéneo organizativo, en contra de la potestad autoorganizativa de las Comunidades Autónomas... Pero el proyecto es centralista también con referencia a las corporaciones locales... No tiene sentido hacer desaparecer a las corporaciones locales de este sector, y mucho menos como lo hace el proyecto: confiscando sus bienes, que se integran *ex lege* en unos servicios de sanidad de las Comunidades Autónomas y, para mayor inri, obligándolas a seguir financiando esos servicios que no van a gestionar”.

En cuanto a las discrepancias de fondo, a juicio del interviniente, el diagnóstico del proyecto sobre los orígenes de los problemas de la sanidad actual es errado. Para este grupo parlamentario, “el problema más grave... es que aquí tenemos una mala sanidad, una mala asistencia sanitaria, fundamentalmente porque esa asistencia pública sanitaria es una asistencia burocratizada, deshumanizada, que no cuenta con los estímulos del acicate de la competencia, eso que sólo puede dar la libertad de los usuarios para elegir los servicios que desean. Esa es la causa fundamental de nuestros males y el perfeccionamiento de nuestro sistema sanitario pasa por resolver estos problemas de fondo”.

Dado lo errado del diagnóstico, las soluciones aportadas por el proyecto también lo son, en la medida en que el proyecto bebe de un miedo, “miedo a todo lo que no sea intervención estatal o gestión burocratizada... Esto quiere decir miedo a la libertad y miedo a la diversidad, miedo a las universidades, también miedo a los profesionales, miedo a las autonomías y, finalmente, y por paradójico que pudiera parecer, miedo al cambio, miedo a la libertad”. Frente a este miedo, el interviniente sostiene que “la plena libertad de elección de médicos y centros hospitalarios tiene que ser la gran conquista de nuestra reforma sanitaria. Es la gran palanca para transformar el sector público y para potenciar un sector privado competitivo y estimulante”.

Se pregunta este parlamentario cuál es la razón de que no se sigan modelos como el belga, que siendo “tan eficaz como el que más, es con toda certeza uno de los menos costosos... La filosofía de que la intervención del Estado se entiende exclusivamente como función de dirección y control de las actividades e iniciativas desarrolladas prevalentemente por los órganos de la Administración local o por las personas o entidades privadas. El Estado establece las normas o los *standard* mínimos a los que han de atenerse los servicios, incluye reglas de programación hospitalaria y financiación en plan contable, pero fomenta financieramente la creación de instituciones sanitarias privadas”.

Es el turno de la minoría catalana, que también había presentado una enmienda de devolución al Gobierno. Interviene en su nombre el diputado Molins i Amat, quien reconoce la necesidad de la Ley, pero, de entrada, echa en falta la racionalización del sistema de financiación a través del sistema fiscal general y un tratamiento integrado dentro de los Presupuestos Generales del Estado, porque “sin proceder a ello es difícil, como en el texto se demuestra, el conseguir esa universalización de las prestaciones que se persiguen”.

Pero es que, además, “el proyecto de Ley del Gobierno cuyo debate nos ocupa no configura ninguna reforma sanitaria y sí perpetúa el modelo existente, si es que al existente se le puede llamar modelo, que lo dudamos”. Porque, aparte de la cuestión financiera, el proyecto no define al usuario, es decir, “a quién va dirigido, para quién es el sistema y qué tipo de prestaciones sanitarias se reciben, en definitiva, qué es lo que da el sistema”. En este punto, la propuesta gubernamental “no introduce nada nuevo en cuanto a la universalización y ampliación de las prestaciones, ni en cuanto a la libertad del usuario”.

Uno de los principales defectos de la propuesta para el interviniente reside en su concepción de lo público, pues “estar esa responsabilidad en manos públicas no significa que para su cumplimiento sólo puedan y deban disponer de los medios públicos a su alcance. Al contrario, a nuestro entender, esa alta responsabilidad obliga a los poderes públicos a poner a disposición de los ciudadanos los mejores, los más cualificados medios para velar por su salud de los que pueda disponer, sean éstos públicos o privados. Y esto aquí y ahora significa la posibilidad de utilizar en mucha mayor medida, de lo que el proyecto lo hace, los recursos privados que existen en la sociedad”.

Finalmente, alude el parlamentario al “reconocimiento del papel que deben desarrollar las corporaciones locales, las Comunidades Autónomas y el propio Estado en el sector sanitario público... Estamos seguros... de que el reconocimiento que el proyecto de ley realiza del papel de las corporaciones locales y de las Comunidades Autónomas no satisface ni a unas ni a otras, independientemente de las ideologías de quienes gobiernen. Nos atrevemos a afirmar que, en múltiples aspectos, roza incluso fuertemente a la Constitución, y que además dibuja un sistema que, por su complejidad y burocratización, difícilmente puede provocar la satisfacción del usuario”.

Concreta el interviniente del grupo catalán que “muchos aspectos de la ley coartan o limitan la libertad de las Comunidades Autónomas en aspectos cuya decisión

no puede ser indiscriminada para todo el territorio del Estado, pues dependen de las condiciones de cada Comunidad, y éstas varían mucho de unas a otras. Por ejemplo, estoy pensando en que no es lo mismo la necesidad de utilizar recursos privados en Comunidades Autónomas en los que éstos existen y son imprescindibles para el buen servicio al ciudadano, que en aquellas en que los centros públicos son suficientes y de calidad. ¿Cómo entonces puede darse un método único como el incluido para los conciertos?”.

A la hora de presentar enmiendas de devolución del proyecto, también va a la zaga el grupo parlamentario vasco, quien interviene por boca de la diputada Gorroño Arrizabalaga, quien, de entrada, cuestiona “si la competencia coordinadora que la Constitución establece puede legitimar [al Estado] para organizar los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas”. En opinión de este grupo, la regulación contenida en el proyecto “excede sus competencias constitucionales... pivota sobre la creación de una estructura organizativa que consideramos poco flexible para adaptarse a las peculiaridades territoriales, demográficas y sanitarias de las distintas Comunidades Autónomas del Estado español... Con esta estructura organizativa rígida e indiscriminada, la Comunidad Autónoma Vasca pierde esa esperanza de asumir el reto histórico de organizar su propia sanidad, adaptada a sus peculiaridades y orientada a los ideales de calidad y servicio”.

Abunda en este punto la diputada vasca al señalar que “la Comunidad Autónoma puede prever un modelo organizativo propio no diseñado por el legislador estatal. En concreto, pensamos que la legislación básica constituye en sí una competencia estatal, y no puede ser empleada como mecanismo de delimitación competencial. La distribución competencial está ya operada por la Constitución y los diferentes Estatutos de Autonomía y a ella debe someterse la posterior legislación básica”.

Por si fuera poco, “el modelo de la financiación previsto en este proyecto de Ley General de Sanidad convierte las competencias de las Autonomías en mera gestión administrativa, en meras administraciones descentralizadas, siendo la sanidad una materia en la que algunas de las diferentes Comunidades Autónomas pueden legislar y ejecutar”.

Con independencia de estas cuestiones competenciales, el grupo vasco critica también “el excesivo protagonismo brindado a la sanidad ofrecida por la Administración pública. Creemos que prescindir de hecho del potencial de imaginación, de esfuerzo, de otras iniciativas es nefasto y éticamente insostenible en una situación de escasez de recursos sanitarios como la que vivimos... Asumir la responsabilidad de ofrecer una sanidad para todos, y yo diría además, una sanidad de alta calidad para todos, es un reto que requiere la puesta en marcha de todos los recursos materiales y humanos disponibles por el Estado”.

Seguidamente, será el diputado Rodríguez Sahagún el encargado de defender la enmienda de devolución presentada por el Centro Democrático y Social, encuadrado en el grupo parlamentario mixto. Plantea que “este proyecto no es una auténtica reforma de la sanidad, ni una respuesta a las necesidades sanitarias de los españoles, y mucho nos tememos que va a producir un deterioro importante de la sanidad pública y que, en

definitiva, vamos a padecer las consecuencias de un planteamiento así el conjunto de la población española”.

Varias son las razones alegadas en defensa de tal planteamiento. Entre otras, sostiene el diputado que el proyecto no cumple el mandato constitucional recogido en el artículo 43 de la Constitución “porque no hay en el proyecto ni un solo punto de referencia a si será posible y cuándo efectivamente esa universalización y la gratuidad. Al contrario, el preámbulo, el texto y la memoria están llenos de citas que demoran *sine die* esa realidad y se limitan a un planteamiento genérico de volver a repetir lo que ya dice la Constitución. Para eso, sobra la Ley.... Se pospone la gratuidad so pretexto de la crisis económica. Se habla de aplicación paulatina. Se dice que habrá que seguir con prudencia la evolución de los costes. Se dice que según permitan las disponibilidades presupuestarias... Pero no hay ningún compromiso político por parte del Gobierno... No hay ni un solo mecanismo concreto en toda la ley para corregir desigualdades, de hecho, a las desigualdades sociales ni siquiera se alude”.

Añade el diputado centrista que “no hay ningún cambio ni garantía de la financiación, como tampoco se va a fomentar la participación del ciudadano... al contrario se desnaturaliza, siendo como es, un derecho básico fundamental y un instrumento importante para evitar cualquier proceso de desnaturalización, porque se sustituye por la representación de las corporaciones locales y sus representantes, es decir, por una representación de segundo grado y, además, limitada a aspectos puramente consultivos... Como no saben lo que va a costar y no saben cómo se va a financiar, difícilmente pueden asumir un compromiso”.

La última enmienda de devolución del texto gubernamental es presentada por el partido Euskadiko Ezkerra. Interviene en su nombre el diputado Bandrés, integrado en el grupo mixto, quien entiende que el proyecto invade las competencias de la Comunidad Autónoma Vasca (“quedarían destrozados –si se llega a aprobar- el mapa sanitario y el servicio vasco de salud”), renuncia a universalizar el derecho a la asistencia sanitaria al subordinarla a las disponibilidades económicas del Estado, establece una nueva discriminación en el acceso a los servicios del sistema de salud al incorporar una tasa a abonar por los ciudadanos, no estructura un servicio público de salud único, prima la existencia de hospitales en lugar de la asistencia primaria, apenas desarrolla la participación ciudadana en el control del servicio, etc.

Frente a esta situación, el diputado Bandrés propone que “en cinco años toda la sanidad pase a ser absolutamente gratuita para todos, financiándose, como las carreteras o la educación, a partir de los presupuestos exclusivamente”, además de extender la participación con un mayor número de competencias a favor de usuarios más diversos y a todos los niveles del sistema.

A las enmiendas de devolución presentadas por los diferentes grupos responde el diputado Martín Toval, del grupo socialista. Entre otros aspectos, subraya que la Ley logrará que al menos el noventa y siete por ciento de la población esté sanitariamente protegida (ya lo está el noventa y tres por ciento a través de la Seguridad Social), siendo voluntad del Gobierno que la cobertura sea universal. Asimismo, en cuanto a la libertad de elección de médico, recuerda que “necesidades de planificación del sistema y de la

protección sanitaria de la salud integral requieren la adscripción de grupos de población a equipos y centros sanitarios... La necesidad de atención integrada e integral de la salud contradice la libertad plena de elección... Al haber una contradicción entre la libre elección generalizada y la necesidad de planificación sanitaria en áreas de salud, [el proyecto] promueve la salud integral”.

Junto a ello, entiende que “no existe de ninguna manera, por así decirlo, en rigor, ningún tipo de aprehensión de competencias de las corporaciones locales por parte del sistema sanitario. Lo que sí existe es la integración en el dispositivo sanitario único de todos los recursos sanitarios existentes, también los privados, los municipales y los de Diputaciones provinciales, sin duda”.

Por último, aclara “¿por qué hay que hablar en España de *sistema* nacional de salud? Porque no puede haber un *servicio* nacional de salud unificado, señorías; no puede haberlo, sería inconstitucional y contrario el Título VIII de la Constitución [el título regulador de las Comunidades Autónomas]. El *sistema* nacional de salud, no obstante, permite, a través del proceso de coordinación y de bases y de la integración en el dispositivo sanitario de todos los recursos sanitarios y hospitalarios, prácticamente los mismos efectos sin contradecir lo que es previsión constitucional, que sin duda debe respetar”.

También apoya la ley con su palabra el propio Ministro de Sanidad y Consumo, quien agradece “la colaboración y la confluencia al cien por cien del grupo mayoritario y, en un alto porcentaje, de otros grupos parlamentarios, que si no hubieran presentado textos alternativos no lo sabríamos, pero viendo los que han presentado las coincidencias no son nada despreciables”.

Finalmente, votadas las enmiendas a la totalidad y de devolución del texto del proyecto al Gobierno, resultan rechazadas por ciento setenta y cinco votos en contra, ciento catorce votos a favor y tres abstenciones. Tocaré el turno ahora a la discusión de las enmiendas de texto alternativo al de la propuesta gubernamental. Pero eso será mañana.

Y, en efecto, el miércoles 12 de junio de 1985 comienza el debate en torno a las enmiendas de texto alternativo¹⁴. Por el grupo popular defiende su propuesta el diputado Ruiz Soto, quien invita al grupo socialista a que la apoye por fundarse en los principios de “solidaridad, igualdad, en la libertad de elección de facultativo y centro, en la libertad de ejercicio y especialización de las profesiones, en el reconocimiento de la acción privada y de la acción pública, y también, cómo no, en los derechos y deberes de los pacientes”.

Sin embargo, reconoce que “la distinción más notable entre la ley socialista y la del grupo popular es la libertad. Siempre será la ambición de todos los usuarios la libertad de elección de médico.... El grupo socialista ha ido poniendo coto a esa libertad de elección y a otras muchas libertades, pero sobre todo a ésta. Primero fue en un barrio,

¹⁴ DSC, 12 de junio de 1985, 9886 ss.

ahora es en un área de salud, pero siempre están poniendo acotaciones, trabas, número a la libertad de elección”.

Dentro de las bondades de su propuesta alternativa, el diputado del grupo popular resalta que “no elige sanidad pública frente a la privada, ni elige sanidad privada frente a la pública, elige los dos modelos. Se esfuerza con imaginación para introducir los dos dentro del sistema sanitario... Nosotros hacemos complementarias las dos medicinas, las dos sanidades, la pública y la privada, pero no complementarias una de la otra, porque además en nuestra Constitución está también la libertad de empresa”.

En cuanto al modelo de financiación, considera el representante del grupo popular que “tienen que entrar los Presupuestos Generales del Estado en la financiación de la sanidad, y los de las autonomías, los municipales y los locales. Intervenimos a los usuarios con una fórmula que es original, por niveles de renta, de tal manera que más pague el que más nivel de renta tenga, y que, para ciertos niveles de renta, sean gratuitas todas las prestaciones, que no cuesten nada. Lo que nosotros proponemos es que aquel que por encima de un nivel de renta no tenga derecho a todas las prestaciones, pueda concertarlas luego con algún seguro privado o pueda pagarlas”.

A continuación, interviene el diputado Pérez Royo para defender el texto alternativo presentado por los diputados comunistas, integrados en el grupo mixto. Básicamente propugnan la creación de un Servicio Nacional de la Salud dado que existen las condiciones propicias para ello: “Una estructura sanitaria pública con una importante red hospitalaria, una red de centros de atención primaria y una plantilla de profesionales en el sector público sanitario que permitiría, en un proceso de reforma sanitaria, unificar, integrar y racionalizar todos los recursos sanitarios públicos. Por otra parte, las condiciones sociales son favorables en su inmensa mayoría. Las organizaciones sindicales, las organizaciones sociales y una gran parte de la representación política del pueblo español... En contra de esta alternativa sanitaria sólo ha estado la cúpula de la organización médica colegial, los sectores empresariales de la medicina privada, una parte de la patronal farmacéutica y los sectores financieros interesados en la puesta en marcha de seguros complementarios de enfermedad”.

Entre las características de este Servicio Nacional de Salud figura su suficiencia para toda la población y su homogeneidad en cantidad y calidad, el acceso gratuito para todos a todos sus servicios, la financiación exclusivamente pública con cargo a los presupuestos de las distintas Administraciones, la concreción global de la salud y de la enfermedad en el entorno social, la atención primaria como el pilar estructurador y organizador de funcionamiento del resto del sistema sanitario, la corresponsabilización y participación en la gestión, o la presencia de equipos pluridisciplinarios.

A juicio de los diputados comunistas, frente a los valores que representa su alternativa, el proyecto gubernamental “renuncia de hecho a la creación de un Servicio Nacional de la Salud con integración patrimonial y jurídica de las distintas redes sanitarias públicas. Abandona la idea de un sistema público, optando por un sistema mixto al integrar en él a entidades privadas. No garantiza la gratuidad del uso, existiendo una financiación a través de cuotas y tasas y, lo que es más grave, manteniendo un sistema prácticamente decimonónico de beneficencia... Refleja una

claudicación ante las presiones empresariales y corporativas, mercantilizando la asistencia sanitaria. No garantiza la igualdad ante la enfermedad y el acceso al dispositivo asistencial, al determinar que ciertas prestaciones se paguen a través de tasas. Elude la participación comunitaria, a la que sustituye por una participación institucional y por los profesionales. Esboza un modelo centralizado, a costa fundamentalmente de eliminar el papel de los municipios y de las Comunidades Autónomas... y mantiene un sistema medicalizado y hospitalocentrista”. Finalmente, este diputado recuerda al Ministro que “el texto alternativo que presentamos... tiene como base el primer borrador de la Ley General de Sanidad elaborado por el propio Ministerio que usted dirige”.

En oposición a la enmienda de texto alternativo presentada por el grupo popular, interviene el diputado socialista Arnau Navarro, quien desvela que esa alternativa sitúa a la “acción privada sanitaria como un principio prioritario del sistema sanitario que pretenden... Al Estado, según ustedes, no le incumbe otro papel que el de mero garantizador de esa actividad sanitaria... El derecho a la protección y desarrollo de la salud es para ustedes objeto de transacción económica”.

Entre otras objeciones, plantea el diputado socialista al grupo que presenta el texto alternativo si “¿han calculado el coste de la libre elección de médico absoluto que ustedes propugnan? Yo espero que me den los datos. Espero que tengan en cuenta que la libre y absoluta elección de médico, que por otra parte está limitada en todos los países de la Comunidad Económica Europea, nos lleva a fomentar el acto médico, y esto requiere un coste que, por lo menos, necesitamos que ustedes lo evalúen”.

Finalmente, la enmienda de texto alternativo presentada por el grupo popular es rechazada por ciento setenta votos en contra, ochenta y cuatro votos a favor y veintidós abstenciones. Por su parte, la alternativa presentada por los diputados comunistas es igualmente rechazada por doscientos cuarenta y nueve votos en contra, cuatro votos a favor y veintiuna abstenciones. Asimismo, la enmienda de texto alternativo presentada por la minoría catalana (cuya defensa realizó con ocasión de la defensa de la enmienda de devolución) también fracasa por ciento sesenta y ocho votos en contra, quince votos a favor y noventa y una abstenciones.

A raíz de la publicación del proyecto de ley, el Instituto de Estudios Económicos solicita tres informes (jurídico, económico y técnico-sanitario) a tres acreditados especialistas en las distintas materias, informes cuyo contenido es publicado por el Instituto en julio del mismo año 1985¹⁵.

En cuanto al informe jurídico, obra de González Navarro, y por lo que toca a nuestro objeto de conocimiento, llama la atención sobre la indefinición del Sistema Nacional de Salud, pues “podría pensarse que se pretende crear una especie de holding público sanitario. Más bien parece, sin embargo, que el llamado Sistema Nacional de Salud no es más que una idea, una abstracción, una aspiración, si se quiere. Refleja, por tanto, no una realidad subjetiva y orgánica, sino una realidad puramente objetiva: la adscripción –puramente ideal, en ningún caso formal- al cumplimiento de ese fin del

¹⁵ *Informes. El Proyecto de Ley General de Sanidad*, Madrid, 1985.

Estado, globalmente considerado, que es la salud, de un conjunto de medios personales y reales que pertenecen a distintos entes públicos y cuyas características y funcionamiento se desea que sean análogos, de forma que lleguen a poseer aproximadamente el mismo nivel técnico en los diversos planos de actuación. Y ello porque sólo así podrá conseguirse que sea efectiva en el campo de la sanidad esa igualdad en las condiciones básicas de que habla la Constitución”¹⁶.

Transcurre el verano, comienza el otoño y el sábado 5 de octubre de 1985 es publicado el informe emitido por la ponencia relativo al proyecto de Ley General de Sanidad¹⁷. El proyecto gubernamental había sido objeto de la presentación de mil ciento cuatro enmiendas por los distintos grupos parlamentarios, incluido el propio grupo parlamentario socialista. Algunas de las enmiendas, consideradas técnicas o que mejoran el texto del proyecto, son incorporadas al informe de la ponencia. Las enmiendas no admitidas por la ponencia quedan vivas para su defensa en la comisión correspondiente.

A la semana siguiente, el martes 8 de octubre, comienza la discusión de este informe en el seno de la Comisión de Política Social y de Empleo del Congreso de los Diputados, con objeto de que ésta proceda a emitir el dictamen correspondiente¹⁸. Las posiciones mantenidas por los diferentes miembros de la Comisión reproducen las adelantadas por los respectivos grupos parlamentarios con ocasión del debate en el pleno de las enmiendas a la totalidad y de texto alternativo. Así, por ejemplo, tanto la representación del grupo parlamentario vasco, como la de la minoría catalana insisten en la necesidad de que la Ley distinga concretamente cuáles de sus artículos constituyen normativa básica y cuáles no, para así dejar francas las competencias de las Comunidades Autónomas, pues “la normativa básica estatal ha de establecer el marco de una política global dentro de la que son constitucionalmente posibles una diversidad de regulaciones... Esta Ley establece bases y además reserva su desarrollo al Gobierno, vaciando a las Comunidades Autónomas”.

Frente a esta posición, el representante socialista sostiene que “Minoría Catalana parece ser que entiende que el Estado en materia de sanidad sólo puede dictar normas básicas. Nosotros pensamos, en contra de esta opinión, que el Estado, en este caso, el legislativo estatal, tienen, tenemos facultad para aprobar normas generales, bien sean con carácter básico o con carácter no básico. Es una facultad constitucional”. Las enmiendas presentadas por los grupos vasco y catalán en este sentido fueron rechazadas por la comisión.

Por su parte, el diputado comunista Fernández Inganzo presenta una enmienda para que la Ley señale expresamente que “la atención de la salud estará garantizada en condiciones de igualdad efectiva para toda la población residente en el territorio español. Para conseguir tal derecho, el Estado creará un dispositivo público de salud, con capacidad suficiente, cuyo acceso será gratuito para todos en el momento del uso. La política de salud que oriente al dispositivo público irá dirigida hacia la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”.

¹⁶ *Ibidem*, 106.

¹⁷ BOCG, 5 de octubre de 1985, serie A, nº 145-I-2.

¹⁸ DSC, 8 de octubre de 1985, 10291 ss.

Con ello pretende poner de manifiesto que “la satisfacción del derecho a la salud sólo aparecerá garantizada a partir de que el Estado se haya comprometido por el dictado expreso de la Ley a establecer la estructura de salud gratuita suficiente ofertada en las mismas condiciones a todos los ciudadanos”. Al mismo tiempo, matiza que “a nuestro juicio, la política de salud comprende la prevención, curación, rehabilitación y reinserción del enfermo”. Asimismo, en el ámbito de los derechos, proponen una adición y ampliación de unos derechos “cuya necesidad está en la mente de todos. Se trata de evitar molestias al enfermo: se habla de unos cuidados dignos”.

Además, en orden a garantizar que la “oferta sea homogénea, integral integrada y única, no mediatizada, y que no se cuestione la participación”, el parlamentario comunista sugiere la inclusión en la Ley del siguiente literal: “Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás administraciones públicas competentes organizarán y desarrollarán todas las acciones de salud dentro de una concepción integral, integrada, homogénea y única del dispositivo de asistencia público”.

También demanda garantizar y ampliar la participación y que ésta no sea vehiculada exclusivamente a través de las corporaciones territoriales (tal y como reza el proyecto) añadiendo el siguiente texto: “Los servicios públicos de salud se organizarán de forma que se articule una amplia participación comunitaria con capacidad para intervenir en la evaluación de la situación sanitaria, en la definición de sus problemas, en la formulación de la política de salud y sus prioridades, en la gestión de la misma y en el control de su ejecución”.

Desde la perspectiva del grupo centrista, el diputado Núñez Pérez defiende, entre otras enmiendas, una por la que la redacción del proyecto que señala “la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española” sea sustituida por “la asistencia sanitaria se extenderá a toda la población española”, con supresión del vocablo “pública”. Las razones para ello radican en que “hay que llegar en el plazo más breve posible a la igualdad efectiva que establece la Constitución, y para ello todos los recursos sanitarios deben ser tenidos en cuenta en esta ley... El proyecto no puede olvidar en ningún momento... la asistencia sanitaria privada”.

Al mismo tiempo, plantea la necesidad de abrir los cauces de participación de modo que también puedan tener un papel las “organizaciones profesionales sanitarias y las de los usuarios” tal y como figura en la legislación sobre defensa de los consumidores, también aprobada a instancias del Gobierno socialista. En el ámbito de los derechos, aboga por una redacción más amplia que garantice “que los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios y de los enfermos deben ser iguales en cualquier centro sanitario” y no sólo en los públicos.

En cuanto a la libertad de elección, el grupo centrista propone la siguiente redacción: “Los poderes públicos promoverán, mediante el adecuado y gradual desarrollo normativo, la efectividad del derecho de libre elección en la asistencia sanitaria”. Con ello, consciente de que “no se puede pedir un sistema de libre elección perfecto, porque hay limitaciones de variada significación y orden, pero establezcamos las limitaciones de otra manera sin que afecten a lo esencial de la libertad de elección...”

porque en ese caso estaremos vulnerando ese principio de libertad que también parte de la Constitución”.

Desde el grupo popular, el diputado Gila González, defiende diversas enmiendas. Algunas de ellas persiguen garantizar la efectividad de los derechos y de la igualdad de prestaciones y que “la sanidad privada no debe ser un privilegio de los que la imparten, sino que debe ser un derecho en la libertad del usuario. Por tanto, los diversos sistemas sanitarios deben estar a la disposición de los usuarios, porque es parte de su libertad”. Además, “no se deben poner cortapisas en la libertad de elección del usuario de todos y cada uno de los medios sanitarios que se puedan poner a su alcance”. Se trata, en suma, de “potenciar la libertad de elección de los usuarios de la sanidad, elección no solamente de los profesionales sanitarios, sino también de los centros sanitarios”.

El diputado Palacios Alonso, por el grupo socialista, defiende el proyecto y, en cuanto a la libertad de elección, ruega que “no hagan ustedes de esto una bandera, porque, además, no corresponde con la realidad de nuestro entorno europeo, ni cultural, ni regional. Porque no puede decirse que en todos los países hay una libertad de elección total y absoluta, porque no es cierto. Porque en Italia hay connotaciones regionales, porque en otros países la libertad de elección viene condicionada con un pago adicional en determinados casos, porque en Inglaterra tampoco es así, porque en Francia prácticamente nadie se mueve de su entorno porque sus estructuras sanitarias son verdaderamente abundantes y eficaces... No nos movamos sobre la base de supuestos falsos en banderas que pretenden presentarse como reales. La bandera de la libertad de elección es una bandera de todos y, por lo tanto, no es nada nuevo y estamos todos en la línea de que realmente podamos entendernos al respecto”.

Por último subraya el diputado Palacios que “nadie puede decir que nosotros vamos en contra de la sanidad privada. Nosotros no estamos en contra de la sanidad privada, ni de la empresa sanitaria privada. Estamos a favor de un sistema de salud racional, razonable, eficaz, bien distribuido, justo y solidario. Eso es todo. Creo que, al final, coincidimos prácticamente en la mayoría de los temas”.

El miércoles, 9 de octubre de 1985, prosigue el debate en el seno de la Comisión¹⁹. Las intervenciones de los diputados defensores de las enmiendas continúan en el sentido ya adelantado con ocasión de los debates en las enmiendas a la totalidad y de texto alternativo. Concluidos los trabajos de la Comisión, su dictamen y la relación de las enmiendas que permanecen vivas para su defensa en el Pleno del Congreso son publicados el 17 de octubre²⁰.

La sesión plenaria celebrada por el Congreso de los Diputados el jueves 31 de octubre de 1985 asiste al inicio del debate sobre el dictamen de la Comisión²¹. Comienza con la intervención de la minoría catalana, representada por el diputado Gomis Martí, quien inicia su discurso apuntando que “cuatro enmiendas aceptadas, de las doscientas noventa presentadas por mi grupo, no son el mejor bagaje para iniciar con

¹⁹ DSC, 9 de octubre de 1985, 10345 ss.

²⁰ BOCG, 17 de octubre de 1985, serie A, números 145-II y 145-II-1.

²¹ DSC, 31 de octubre de 1985, 10944 ss.

entusiasmo la defensa de las enmiendas que hemos mantenido para este Pleno. Sólo el sentido de nuestra responsabilidad política y la esperanza de que el Grupo Socialista pueda reconsiderar su inflexible postura respecto a nuestros criterios explicitados en las enmiendas me permiten iniciar este debate con esperanzas de optimismo”.

Prosigue este diputado recordando que “este proyecto no resuelve los problemas de la sanidad del país. Consideramos que el proyecto es antiautonomista. Opinamos que no respeta las facultades de las Comunidades Autónomas y, sobre todo, de las que tienen competencias exclusiva en esta materia... Este, señorías, me atrevería a decir, es el sentido del ochenta por ciento de nuestras enmiendas al proyecto de ley. Este, señorías, es el sentido que con ligeras matizaciones mantienen todos los grupos de la Cámara, excepto el Grupo Socialista”.

Abunda el parlamentario en esta posición al reiterar que “al Estado le compete la regulación básica de la sanidad, no la regulación general de todas las acciones... En el proyecto de ley se pretende abarcar de forma total la legislación sanitaria y por ello se olvida de las capacidades legislativas de las Comunidades Autónomas... pretende considerar toda la legislación sanitaria como básica, cosa que no es jurídicamente correcta. Toda, toda la legislación sanitaria no compete al Estado, ni puede ser básica”.

En nombre del grupo parlamentario vasco, la diputada Gorroño Arrizabalaga llama a la necesidad de alcanzar un amplio consenso en esta materia, porque, de lo contrario “¿no les parece a sus señorías que este pueblo, en general, está cansado de promesas y quiere realidades? ¿No les parece que una Ley General de Sanidad no pactada ampliamente acabará siendo transformada antes de su definitiva maduración? ¿No les parece, además, que la esperanza de una sanidad mejor se desvanece en esta Cámara si la mayoría de los votos impone su criterio de algo que es de todos y para todos? Señoras diputadas, señores diputados, el reto de lograr una sanidad de gran calidad para todos puede conseguirse y su precio parlamentario es, como les vengo diciendo, el consenso, el difícil consenso”.

Añade esta parlamentaria que “estas enmiendas nuestras van en el espíritu de introducir unos artículos, que se consideran como básicos en esta ley, que sean considerados como no básicos. Porque consideramos que las Comunidades Autónomas, con ese acercamiento a la sociedad, con ese acercamiento a lo que supone el problema sanitario de cada Comunidad, pueden hacer mejor uso de una organización propia, de una organización peculiar a la medida de donde se sitúa”.

La respuesta del grupo socialista corre a cargo del diputado De Vicente, quien subraya que “no hay antiautonomismo difícil de justificar, pero fácil de decir, no hay en absoluto esas pretensiones. No se olvidan capacidades legislativas de Comunidades Autónomas... no se pretende una regulación exhaustiva excluyente de tal capacidad. Lo que se pretende es dejar claro aquello que es común a todos y, a partir de ahí, desarrollemos. Lo que no se puede hacer es poner en crisis los derechos básicos atribuidos por la ley a los ciudadanos... Garantizar a todos los españoles un común denominador que no ponga en crisis las competencias de las Comunidades Autónomas, pero que –repito- tenga algo de común mínimo básico para todos los ciudadanos

españoles, cualquiera que sea la Comunidad Autónoma en la que vivan y de la que sean ciudadanos”.

El diputado Pérez Royo interviene en nombre de los diputados comunistas para resaltar que “las enmiendas que defendemos tienden a garantizar una extensión de los servicios de la salud a toda la población y sin discriminación entre trabajadores cotizantes, entre personas con recursos económicos y entre personas pobres de solemnidad. Nuestras enmiendas tienden también a que el concepto de participación de los ciudadanos en los temas de salud no sea exclusivamente una declaración vacía, puesto que nosotros pretendemos dotar de contenido a los órganos de participación para que esta participación sea real y efectiva y no que básicamente se reduzca a la esfera consultiva”.

La discusión sobre el dictamen de la Comisión en torno al proyecto de Ley General de Sanidad prosigue el jueves 7 de noviembre de 1985 en el pleno del Congreso de los Diputados²². Los intervinientes se limitaron a insistir en los mismos términos expuestos en los anteriores debates mantenidos sobre la materia. En la medida en que el proyecto de ley contiene disposiciones de naturaleza orgánica, que requieren la mayoría cualificada para su aprobación establecida para las leyes orgánicas en el texto constitucional, la votación final y de conjunto del proyecto queda señalada para el martes siguiente.

En efecto, el día 12 de noviembre, el pleno del Congreso de los Diputados se reúne, pero hay un cambio de última hora²³. Llegado el momento establecido para la votación, el Vicepresidente del Congreso anuncia que la Junta de Portavoces ha acordado por unanimidad “desglosar de dicho proyecto los artículos 21, 22 y 29 y suprimir la disposición adicional séptima para formar con independencia una ley orgánica denominada proyecto de Ley Orgánica sobre Medidas Especiales en materia de Salud Pública, integrada, como digo, por los artículos 21, 22 y 29 del proyecto, autorizando a los servicios técnicos de la Cámara para hacer la correlación de artículos en la Ley General de Sanidad y articular técnicamente la nueva Ley Orgánica, que seguidamente se va a someter a votación final y de conjunto”. Efectuada la votación, resulta aprobada por ciento noventa y dos votos a favor, sesenta y cinco votos en contra y quince abstenciones²⁴.

El texto aprobado por el pleno del Congreso de los Diputados tiene entrada en el Senado con fecha de 13 de diciembre de 1985 y el presidente de esta cámara ordena que pase a la Comisión de Sanidad y Seguridad Social y se abra el plazo para la presentación de enmiendas²⁵.

Las enmiendas presentadas al proyecto remitido al Senado ocupan doscientas ochenta páginas del Boletín Oficial de las Cortes Generales, con un total de seiscientos setenta y cuatro enmiendas²⁶. En general, los grupos parlamentarios presentan

²² DSC, 7 de noviembre de 1985, 11063 ss.

²³ DSC, 12 de noviembre de 1985, 11154.

²⁴ Texto publicado en el BOCG, 20 de noviembre de 1985, serie A, nº 145-III.

²⁵ BOCG, 13 de diciembre de 1985, serie II, nº 319 (a).

²⁶ BOCG, 21 de enero de 1986, serie II, nº 319 (c).

enmiendas a la totalidad y de devolución del proyecto al Gobierno y, al mismo tiempo, enmiendas parciales que pretenden incluir las consideraciones manifestadas en la enmienda a la totalidad en las distintas partes que constituyen el proyecto de Ley.

Dentro del grupo parlamentario mixto, un senador comunista presenta una enmienda a la totalidad que, sin desconocer la necesidad de la Ley, aparece fundado en los siguientes motivos: “*No garantiza la protección de la salud...* En el proyecto del Gobierno prácticamente sólo se contemplan objetivos y acciones de tipo sanitario, cuando existe el consenso a nivel científico respecto a que las medidas más eficaces para elevar el nivel de salud son intersectoriales y extrasanitarias... *No se crea un Servicio Nacional de Salud...* es la forma conceptual y organizacional que se ha mostrado más eficaz en la acción sanitaria... El Servicio Nacional de Salud se define como un sistema de atención integral e integrada de salud y gratuito en el momento del uso, organizado de manera unificada, que cubre la atención sanitaria de toda la población, financiado con los Presupuestos Generales del Estado y con gestión descentralizada y democrática”.

A juicio del grupo enmendante, “el partido en el Gobierno, desde su programa electoral y el primer borrador de proyecto elaborado, ha desnaturalizado su proyecto de Servicio Nacional de Salud hasta llegar al proyecto que ahora presenta en el que propone un sistema mixto de salud, en el que se renuncia a la gratuidad de la asistencia, se perpetúa la existencia de ciudadanos en diferente situación respecto a la asistencia sanitaria y se mantiene la vía principal de financiación a cargo de la Seguridad Social, cuando esta institución está aquejada a su vez de graves problemas de financiación”.

Esta enmienda añade a los motivos ya explicitados el hecho de que con el proyecto “el modelo de salud no será uniforme en todas las Comunidades Autónomas”. Además, “no se incorpora una participación ciudadana efectiva... suponiendo un retroceso de lo contemplado actualmente en el Insalud, donde se elaboran criterios de actuación, anteproyecto de presupuesto y aprobación de la memoria. Estas tres funciones quedan en el proyecto bajo responsabilidad de la Administración”. Por si fuera poco, el proyecto “no va a servir para mejorar los indicadores de salud, ni para reducir y eliminar las desigualdades sociales”.

También solicita la devolución del texto al Gobierno el grupo parlamentario de senadores nacionalistas vascos, con el fundamento de que “el proyecto de Ley no se adecúa al sistema de delimitación de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, previsto en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía, y no constituye el soporte para una adecuada y eficaz política sanitaria, ni para la reforma sanitaria que demanda la sociedad y la situación actual”. Las enmiendas parciales que presentan a continuación están fundamentalmente inspiradas en la misma idea y orientadas a delimitar claramente las competencias autonómicas y dejar las competencias estatales reducidas a su carácter básico.

La enmienda a la totalidad presentada por el grupo parlamentario popular hunde su justificación en que “la Ley es centralista a favor del Estado y a costa de las Comunidades Autónomas, y, a un segundo nivel, a favor de las Comunidades Autónomas y a costa de las corporaciones locales. No se respetan los principios

constitucionales de respeto a las libertades individuales. Se mantiene el mismo sistema de financiación e idéntica extensión de la asistencia. La Ley es inaceptable a la luz de las más elementales exigencias de la técnica jurídica”.

El grupo popular en el Senado propone un texto alternativo a la exposición de motivos del proyecto de Ley que dibuja más matizadamente su propuesta, pues habla de una “reforma sanitaria en profundidad, que garantice el derecho a la protección, promoción y desarrollo de la salud de los ciudadanos. Esta reforma debe fundamentarse en criterios de posibilidad tecnológica y financiera... con el máximo respeto obligado al Estado de las Autonomías... tanto los recursos públicos como privados deben integrarse en un Sistema Sanitario Nacional único... la financiación del sistema sanitario debe hacerse con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, de las Comunidades Autónomas, de las administraciones locales y del propio usuario, pues carece de sentido que se haga con cargo a los Presupuestos de la Seguridad Social, al no ser la relación laboral la que da derecho a la asistencia sanitaria”.

Por su parte, el grupo parlamentario Cataluña al Senado también interpone una enmienda a la totalidad, basada en que el proyecto “consolida el modelo sanitario actual perpetuando un sistema fragmentario e insatisfactorio que convierte a esta Ley en un instrumento inútil e innecesario... Desarrolla una filosofía basada en la infrutilización de los medios y recursos sanitarios existentes en la sociedad y se limita en la mayoría de los casos a potenciar el intervencionismo público y a primar la burocratización por encima de los aspectos técnico-sanitarios, que quedan subordinados a las conveniencias de la Administración... Perpetúa el sistema financiero actual, que no sufre la más ligera variación en sus aspectos básicos... No responde al contenido propio de una Ley Básica de Sanidad, en los términos que prevé el artículo 149.1.16 de la Constitución, ya que se procede a una regulación detallista y reglamentaria de esta materia, provocando por ello una invasión en las potestades de desarrollo legislativo que tienen atribuidas las Comunidades Autónomas”.

El mismo grupo parlamentario socialista en el Senado presenta numerosas enmiendas parciales, justificadas como “mejora técnica”, o “mejora de redacción”, o “mejor adecuación de contenidos”, o “eliminar la rigidez excesiva de la regla”, o “para mejor garantía de los derechos”, o para respetar la “facultad de organización de cada Comunidad Autónoma”, o “precisión de competencias”.

No sorprende, pues con motivo del último debate del proyecto en el Congreso, el Ministro del ramo había anunciado que estaba manteniendo conversaciones con responsables autonómicos que podrían resultar en una mejora del texto en su paso por la cámara alta. En todo caso, las enmiendas introducidas no suponen modificaciones sustanciales en el texto por lo que a nuestro objeto de conocimiento atañe. El resultado fue que, finalmente, el grupo parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos y el grupo parlamentario Cataluña al Senado retiraran sus enmiendas de veto a la totalidad²⁷.

²⁷ DSC, 26 de febrero de 1986, 7003.

El 14 de febrero de 1986, la ponencia eleva su informe a la Comisión de Sanidad y Seguridad Social del Senado²⁸. En general, este informe acepta las enmiendas presentadas por el grupo parlamentario socialista, introduce algunas mejoras gramaticales y rechaza las suscritas por los restantes grupos parlamentarios.

Transcurren pocos días y, el 21 de febrero, la Comisión de Sanidad y Seguridad Social del Senado emite su dictamen sobre el proyecto de Ley General de Sanidad, con expresión relacionada de los votos particulares comprensivos de las enmiendas que quedan vivas para su defensa en el pleno de la cámara²⁹.

Bien pronto, el miércoles 26 de febrero, el pleno del Senado comienza la discusión del dictamen sobre el proyecto de Ley y de las enmiendas que permanecen vivas³⁰. En primer término, son discutidas las enmiendas de veto, comenzando por la presentada por el grupo popular, defendida por el senador Mateos Otero, quien insiste en los argumentos centrales presentados por su grupo y partido, tanto en esta cámara, como, con anterioridad, en la cámara baja.

Su oposición al proyecto puede quedar resumida en que el texto presentado “no es una ley progresista, porque está basada en una concepción de la sanidad trasnochada, antigua, anclada en planteamientos y en ideas de hace más de cuarenta años. Consagra el mismo sistema financiero que ideó el señor Girón cuando puso en marcha el seguro obligatorio de enfermedad. Han sido incapaces de la menor originalidad y del menor avance. No es una ley moderna, es una ley que nace sin futuro porque se apoya en un sistema ya fracasado, en un sistema que todo el mundo coincide en la necesidad de cambiar, excepto ustedes, que naturalmente se empeñan en perpetuarlo y en ampliarlo. No es una ley moderna porque en ella no se contempla la verdadera realidad social española, ni la verdadera realidad sanitaria”.

Frente a esta posición, el senador Luna González, por el grupo socialista, contraataca criticando el modelo alternativo propuesto por el grupo popular, al que califica de “modelo asistencialista, un modelo absolutamente medicalizado, es decir, un modelo que pugna abiertamente con lo que son las concepciones epidemiológicas vigentes hoy en día... No les preocupa nada más que la asistencia. Lógicamente, el negocio en la sanidad está con los enfermos, no con los sanos y, por lo tanto, si hay que primar el negocio, el negocio es curar a los enfermos”.

Además, prosigue el senador socialista en el desmonte del contramodelo presentado por el grupo popular, “¿qué planificación proponen? Una planificación sin objetivos, sin preocuparse de los objetivos de salud que tiene que tener una comunidad... No hay ningún objetivo de salud que defender en la comunidad, porque no hay que defender la salud de la comunidad”. También le acusa de pretender que la participación en el sistema quede reducida a “los representantes técnicos sanitarios y los Colegios, es decir, los ciudadanos no participan. El problema de la salud es

²⁸ BOCG, 18 de febrero de 1986, serie II, nº 319 (d); corrección de erratas en BOCG, 19 de febrero de 1986, serie II, nº 319 (e).

²⁹ BOCG, 25 de febrero de 1986, serie II, nº 319 (f).

³⁰ DSS, 26 de febrero de 1986, 6989 ss.

exclusivamente de organización médica. Participan los médicos en esos consejos y de esta manera ya tenemos garantizada la participación de todos los ciudadanos”.

A continuación el senador Luna González ataca en un punto clave: la financiación. Frente a la acusación de que el sistema que propone la Ley es el actual, el interviniente alude al modelo propuesto por el grupo popular y afirma que, para los defensores del proyecto alternativo “la financiación por cotizaciones a la Seguridad Social es regresiva, pero que el ciudadano pague los servicios, eso no es regresivo. De manera que aquel que pueda pagarse determinados servicios tendrá acceso al sistema sanitario, y el que no pueda pagarlos no tendrá acceso al sistema sanitario o tendrá acceso a un sistema sanitario de segunda”.

En suma, el modelo alternativo presentado por el grupo popular, a juicio del senador socialista, “es un modelo privatizador y liberalizador... Establecen que para realizar conciertos con las instituciones públicas no hace falta ningún tipo de cautela, no hace falta ningún tipo de límite, no hay que controlar nada, incluso llegan a mantener en una enmienda que se pueden hacer conciertos sin respetar los objetivos sociales o económicos sanitarios... No les preocupa nada más que el concierto por el concierto, la asistencia privada por la asistencia privada”.

A continuación, para defender el veto presentado por el grupo mixto, interviene el senador comunista Fernández-Piñar y Afán de Ribera. En primer término, subraya que “esta ley no garantiza el derecho a la protección de la salud... El proyecto de ley identifica en la práctica el derecho a la salud con el derecho a la asistencia sanitaria. Aunque en la exposición de motivos y en los primeros apartados se hace un llamamiento, se proclama el principal objetivo de la promoción de la salud, sin embargo luego, en la práctica, a lo largo del contenido eso se va reduciendo hasta quedar exclusivamente en el derecho a la asistencia sanitaria... El derecho a la protección eficaz de la salud contiene sin duda el derecho a la asistencia sanitaria, pero es mucho más comprensivo y exige toda otra serie de medidas y acciones extrasanitarias que hagan posible la salud y no meramente la asistencia sanitaria”.

Añade el senador comunista que “una de las principales críticas que hacemos a este proyecto es que no se crea el Servicio Nacional de Salud, cuando desde esta tribuna hace un momento se decía que ése era un sistema progresista, idóneo y adecuado. Sin embargo, el proyecto de ley no crea el Servicio Nacional de Salud, defraudando todas las expectativas socialistas y comunistas, y no sólo éstas, sino también las de gente progresista que pueda haber en la derecha, porque hay muchos profesionales que con una forma de pensar de derechas, sin embargo, entienden y reconocen que el Servicio Nacional de Salud es un sistema de organización de la salud más eficaz, más útil, más progresista y más deseable”.

En definitiva, para los senadores comunistas, “el partido en el Gobierno, en resumen, desde su programa electoral y desde el primer borrador del proyecto, ha desnaturalizado su propuesta de Servicio Nacional de Salud hasta llegar al proyecto que ahora presenta, en el que se propone en el fondo un sistema mixto de salud, en el que se renuncia a la gratuidad de la asistencia y se perpetúa la existencia de ciudadanos en diferentes situaciones”.

Finalmente todas las enmiendas de veto fueron rechazadas por el pleno de la cámara. El debate de las enmiendas parciales continuó por los derroteros ya seguidos en el Congreso de los Diputados, con similares resultados. La sesión del pleno del Senado celebrada el jueves 27 de febrero de 1986 asiste a una interrupción propiciada por la advertencia de un senador del grupo popular de que no coincidía el número de presentes en la sala con el número de votos emitidos, y de que en las filas del grupo socialista “hay enfermos que además votan desde casa”³¹. Realizado el correspondiente recuento por parte de los secretarios, el vicepresidente de la cámara da la razón al senador del grupo popular y advierte: “Señorías, los enfermos que no voten. Si el señor Fernández Fernández-Madrid lo que me pide es la anulación de la votación, la repetiré”. El senador denunciante se abstuvo de solicitar tal extremo.

La sesión concluye con las siguientes palabras del vicepresidente del Senado: “Señorías, ha terminado el debate de la Ley de Sanidad, y tal como dispone el artículo 90 de la Constitución, como ha sufrido enmiendas en el Senado, se remitirá al Congreso de los Diputados para que ratifique y se pronuncie sobre las mismas”.

Y así fue. El 10 de marzo de 1986 el proyecto aprobado por el Senado es remitido al Congreso de los Diputados³². Cuatro días más tarde, la cámara alta envía a la cámara baja la relación de artículos que han sido enmendados y el sentido de las enmiendas aprobadas³³. De entre ellas, con independencia de las meramente técnicas o las de mejora gramatical, las más destacadas hacen referencia a cuestiones que habían sido rechazadas por los grupos parlamentarios nacionalistas y cuya aceptación, a la postre, propicia que éstos retirasen sus enmiendas a la totalidad.

El texto aprobado por el Senado, por ejemplo, accede a concretar materias que serán consideradas como básicas y ampliar aquellas otras que serán no básicas, caso este último en el que las disposiciones de esta Ley “constituirán derecho supletorio en las Comunidades Autónomas que hayan dictado las normas correspondientes”. Además, se sustituye la expresión “Administración sanitaria” por la de “las diversas Administraciones sanitarias” o por el plural “Administraciones públicas sanitarias”.

Junto a ello, en cuanto a los órganos de participación, el texto final señala que “las Comunidades Autónomas deberán constituir órganos de participación en los servicios sanitarios, sin especificar cuál es el nombre y la regulación concreta de los mismos”, para dejar así hueco a la regulación normativa específica por parte de cada administración autonómica. Asimismo, introduce un nuevo apartado con la siguiente redacción: “En las Comunidades Autónomas con lengua oficial propia, en el proceso de selección de personal y de provisión de puestos de trabajo de la Administración sanitaria pública se tendrá en cuenta el conocimiento de ambas lenguas oficiales por parte del citado personal”.

Por otra parte, la nueva redacción introduce mecanismos de entrada de los profesionales sanitarios en los órganos de participación y de evaluación de la calidad

³¹ DSC, 27 de febrero de 1986, 7069 ss.

³² BOCG, 13 de marzo de 1986, serie II, nº 319 (g).

³³ BOCG, 18 de marzo de 1986, serie A, nº 145-IV.

asistencial. También introduce un nuevo artículo que completa la regulación del régimen de conciertos entre las Universidades y las instituciones sanitarias.

Recibido el texto en el Congreso de los Diputados, en sesión plenaria celebrada el martes 18 de marzo de 1986 tiene lugar la aceptación por mayoría de la cámara baja de las enmiendas del Senado al proyecto de Ley General de Sanidad³⁴. El 3 de abril se ordena la publicación del texto aprobado del proyecto en el Boletín Oficial de las Cortes Generales³⁵.

La Ley General de Sanidad sale a la luz

Después de un viaje parlamentario de casi un año, la Ley General de Sanidad adquiere carta de naturaleza. El nuevo marco normativo crea un Sistema Nacional de Salud, dibujado en el texto definitivo que ve la luz pública en el Boletín Oficial del Estado de 29 de abril de 1986. El eje del modelo descansará sobre las Comunidades Autónomas, debidamente coordinadas.

2.1.- Exposición de motivos

La exposición de motivos de la Ley General de Sanidad repasa sucintamente los grandes hitos históricos en la materia y los principales problemas que intentaron resolver y que permanecen irresueltos a la fecha de su promulgación. Así lo expresa el texto desde su mismo frontispicio: “De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado, ni con tanta contumacia frustrado, como la reforma de la Sanidad”. Varios son los problemas y realidades fácticas que apunta el texto de la exposición de motivos:

- La evolución de las necesidades de asistencia sanitaria más allá de lo que podían atender las respuestas públicas con la consiguiente inadaptación de las estructuras sanitarias a los requerimientos de atención.
- La permanencia del sistema organizativo heredado de la Ley de 1855 como consecuencia de los continuos y frustrados intentos de llegar a acuerdos en torno a una posible reforma del sistema.
- La coexistencia de varios subsistemas sanitarios con estructuras públicas dispersas, dependientes de distintas Administraciones y faltas de coordinación efectiva.
- El crecimiento y evolución del sistema sanitario de Seguridad Social que gestiona con autonomía una estructura sanitaria extendida por todo el Estado y que constituye la red sanitaria más importante.

³⁴ DSC, 18 de marzo de 1986, 12369 ss.

³⁵ BOCG, 9 de abril de 1986, serie A, nº 145-V.

- La necesidad de poner a disposición de las Comunidades Autónomas un dispositivo sanitario suficiente para atender las necesidades de la población y que conjure el peligro de incorporar una nueva Administración sanitaria a la ya enmarañada red de subsistemas que operan en materia sanitaria.

En resumen, el objetivo es hacer efectivo el derecho a la protección a la salud y “asegurar una igualación de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones” (exposición de motivos, párrafo III).

En última instancia, se trata de llevar a la letra del Boletín Oficial del Estado “la idea según la cual es responsabilidad pública la atención de los problemas de salud de la población, y ello no sólo en su dimensión colectiva tradicional de salud pública, sino también en su dimensión individual de cada persona en particular, y que esta responsabilidad debe materializarse a través de una organización que asuma globalmente o integralmente todos los problemas vinculados con la salud humana”³⁶.

2.2.- Principios generales

Tradicionalmente, ha sido habitual distinguir la aplicación de diversos principios que encuentran su expresión en el articulado de la Ley General de Sanidad. Principios que, por otra parte, están estrechamente relacionados, de modo que, en ocasiones, lo predicado de uno puede ser aplicable a otros y, en otros casos, la ejecución de uno exige previa o simultáneamente la aplicación práctica de otros.

Circunstancia que había sido evidenciada por González Navarro con carácter general, al criticar la naturaleza puramente programática de algunos preceptos, pues “el ciudadano español está ya un poco hastiado de vana palabrería, lo que necesita son realizaciones. Y ni la prosa, ni la poesía, por más excelsitud que pudieran alcanzar – cosa nada probable en un texto legal- van a conseguir el milagro de mejorar la Sanidad española. Incluso cabría preguntarse si la verdadera reforma sanitaria puede surgir de la obra legislativa de los Parlamentos, y no más bien de una correcta gestión de los medios disponibles, allegando además nuevos recursos económicos a los que ya se tienen”³⁷. Con estas prevenciones, pasemos a analizar someramente cuáles son estos principios y cómo aparece articulada su regulación normativa.

2.2.1.- Universalidad

La organización del sistema sanitario español está orientada a la prestación de servicios a todos los españoles y a los extranjeros residentes en España (arts. 1.2 y 3 LGS). Por su parte, los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, habrán de estar a lo regulado en las leyes y convenios

³⁶ J. PEMÁN GAVÍN, “Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley General de Sanidad: Balance y perspectivas”, *VI Congreso Derecho y Salud*, Valladolid, 1998.

³⁷ *Informes. El Proyecto de Ley General de Sanidad*, 79.

internacionales (art. 1.3 LGS)³⁸. No obstante, esta extensión del sistema “se efectuará de forma progresiva” (disposición transitoria 5ª). En este campo, permanece abierta también una posible distinción entre el “derecho a la asistencia sanitaria” y el “derecho a la asistencia sanitaria gratuita”, en función de los colectivos destinatarios y beneficiarios³⁹.

En palabras de Beato Espejo, la Ley General de Sanidad tiene “como objetivo último proteger y elevar la salud de todos los ciudadanos, y además de forma gratuita, paulatinamente gratuidad, dice la norma. Dos principios íntimamente vinculados (prestación del servicio gratuitamente a todos)⁴⁰. Diez años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, este autor no tiene más remedio que afirmar que “el modelo dibujado por la Ley General de Sanidad dista mucho de la realidad que hoy se observa. No ya porque su marcha se haya visto impedida por circunstancias económicas poco favorables, sino porque de inmediato se buscó algo distinto. El punto de inflexión fue el Informe Abril, 1990, que partiendo de una situación difícil para el sistema sanitario, apuesta claramente por un futuro más realista a base de repartir gastos entre los mismos beneficiarios del sistema. Lo cual choca frontalmente con las ideas socializadoras que inspiraban la reforma de 1986... En definitiva, se avanza en las ideas, pero se retrocede cuando se concretan a la realidad. Lo que lleva a una evidente esquizofrenia, que hay que curar”⁴¹.

También ha recordado en este punto Menéndez Rexach que esta universalización persigue la efectividad real del derecho, más allá de su plano meramente formal, pues “de poco serviría, en efecto, la atribución generalizada del derecho a la asistencia si el titular tuviera que abonar el coste del servicio y careciera de recursos para ello. La libertad de acceso, sin financiación pública y, por tanto, con obligación de pagar el coste de las prestaciones recibidas, impediría de hecho el acceso a los potenciales usuarios carentes de recursos”⁴².

2.2.2.- Solidaridad

Cuestión íntimamente relacionada con la financiación, alude a que todos tenemos acceso a los servicios sanitarios con independencia de nuestro esfuerzo tributario al Estado, entidad que, en última instancia, al tratarse de un sistema nacional, financia el sistema. El acceso a un determinado servicio u otro por parte del usuario no depende de su capacidad fiscal, ni de su contribución tributaria al sistema. Tanto ricos como pobres tienen el mismo acceso a los mismos servicios dentro del sistema.

Sirva como ejemplo, que un ciudadano con medios económicos puede tributar con cantidades importantes y, sin embargo, no utilizar o utilizar poco el sistema sanitario. En cambio, ocasionalmente, un ciudadano carente de medios y que, por tanto,

³⁸ Cfr. F. SEVILLA PÉREZ, “La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social”, *Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas)*, 86 (2006).

³⁹ PEMÁN, “Sobre el proceso de desarrollo”.

⁴⁰ “Derechos de los usuarios”, 27.

⁴¹ *Ibidem*, 59-60.

⁴² “El derecho a la asistencia sanitaria”, 19.

aporta menos a las arcas del Estado, puede utilizar el sistema a lo largo de su vida con mayor frecuencia.

2.2.3.- Accesibilidad

Todos tenemos acceso a todos los servicios y prestaciones que ofrece el sistema en condiciones de “igualdad efectiva” (art. 3.2 LGS). Por ejemplo, todos tenemos acceso a los mismos servicios dentro del sistema, con independencia de nuestra localización geográfica, residencia, etc... Ejemplos de esta realidad son el sistema nacional de trasplantes o los sistemas de ayudas al desplazamiento, alojamiento y manutención facilitadas por el sistema para permitir el acceso a los servicios. De ahí que la LGS subraye que “la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales... dentro de una concepción integral del sistema sanitario” (arts. 3.3 y 4.1 LGS), en orden a “garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español” (art. 12 LGS).

Ya en el año 1985, González Navarro recuerda que “no hay manera de entender el llamado Estado de las Autonomías, que es la creatura de la Constitución de 1978, si no se acepta que ese Estado, como el Estado federal, como el mismo Estado unitario, como cualquier realidad, es una estructura coherente y solidaria. Coherente, en cuanto inteligible, solidaria, en cuanto que sus distintos elementos se hallan entrelazados y son interdependientes”⁴³.

Sin embargo, la Ley distingue diferentes grados de libertad para el usuario, en función de los distintos niveles de asistencia, pues, en el nivel de atención primaria rige, en principio, la libertad de elección de médico, mientras que en el nivel de asistencia hospitalaria especializada no parece que rija libertad de elección de centro o establecimiento (art. 15.1 LGS), libertad que tampoco es predicable del acceso a los servicios de referencia acreditados por el Ministerio, una vez agotadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de la Comunidad Autónoma de residencia (art. 15.2 LGS)⁴⁴.

2.2.4.- Descentralización

Aquí juegan dos principios que, *prima facie*, podrían parecer contradictorios. Puesto que la Ley General de Sanidad supone, en primer lugar, una opción favorable a la integración de todo el conjunto de las acciones públicas sobre la Sanidad, de modo que asume el papel de norma de cabecera de un conjunto de disposiciones aglutinadoras cuyo referente no es otro que el derecho a la protección de la salud que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos⁴⁵.

A partir de ahí, de la integración, opera el segundo principio, la descentralización que exige el texto constitucional. La Ley General de Sanidad

⁴³ *Informes. El Proyecto de Ley General de Sanidad*, 18.

⁴⁴ MENÉNDEZ REXACH, “El derecho a la asistencia sanitaria”, 20.

⁴⁵ J. PEMÁN GAVÍN, “Sobre el proceso de desarrollo”, *passim*.

conforma el sistema nacional basado en los servicios sanitarios de cada Comunidad Autónoma (arts. 2.2, 4, 42, 44, 49, 50), por lo que prevé que las Comunidades Autónomas creen sus Servicios de Salud “dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía” (art. 4.2 LGS).

2.2.5.- Igualdad

Todos somos iguales ante el sistema sanitario y disfrutamos de los mismos derechos, sin que podamos ser discriminados por razón de ninguna condición o circunstancia personal o social (art. 14, 43 y 49 CE, arts. 1, 3, 10.1, 12, 16, 40, 80, 81, 90 LGS).

Tal principio es aún aplicable a quienes carecen de derecho a la asistencia de los servicios de salud, que pueden acceder a ellos con la consideración de pacientes privados y con la aplicación de las mismas normas en atención primaria que al resto de los usuarios, mientras que en atención hospitalaria “no existirá un sistema de acceso y hospitalización diferenciado según la condición del paciente” (art. 16 LGS).

2.2.6.- Financiación

Estamos ante un sistema de financiación pública estatal a través de la Ley de Presupuestos Generales del Estado (arts. 72, 76.2, 78 a 83, 109, DA 1º y DT 1º y 4º LGS). No obstante, el sistema de financiación mixta de las prestaciones sanitarias dibujado por la Ley General de Sanidad, “pone de relieve la situación de transición en que se encontraba el legislador de 1986, que no opta decididamente por un determinado modelo de financiación, sino que deja abierto un amplio abanico de posibilidades, al arbitrar un conjunto de recursos de muy distinta procedencia y significado jurídico y económico (cotizaciones a la Seguridad Social, recursos presupuestarios de las distintas entidades territoriales y, por último, cantidades aportadas por los usuarios en concepto de tasas por la prestación de servicios), pero sin asignar una determinada fuente de financiación a un determinado tipo de prestaciones”⁴⁶.

2.2.7.- Participación ciudadana

Es destacable que el sistema sanitario dibujado por la Ley General de Sanidad permite el acceso de la población a la participación a través de una estructura organizativa: los Consejos de Salud (arts. 5, 10, 22, 53). La participación ciudadana está articulada a través de estos Consejos y en un ámbito puramente consultivo, en ningún caso vinculante para las tareas de gestión y dirección del sistema (órganos en arts. 42.2, 53, 57, 58).

La Ley General de Sanidad dispone que los “Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de

⁴⁶ MENÉNDEZ REXACH, “El derecho a la asistencia sanitaria”, 20.

las corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución”, comprendiendo las organizaciones empresariales y sindicales (art. 5 LGS).

2.3.- Competencias

El marco constitucional en lo relativo a las competencias viene dibujado en los artículos 148.1.21, 149.1.16 y 149.1.17 de la Constitución. El primero prevé que las Comunidades Autónomas puedan asumir competencias en materia de sanidad e higiene. El segundo residencia en el Estado la competencia exclusiva en materia de sanidad exterior y en las bases y coordinación general de la sanidad. Por su parte, el tercero también otorga al Estado la competencia exclusiva sobre legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

La LGS concibe el Sistema Nacional de Salud como el “conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, convenientemente coordinados”. De este modo, la responsabilidad es de las Comunidades Autónomas, bajo la dirección básica y coordinación del Estado. Todos los servicios aparecen así integrados en una organización única (exposición de motivos, párrafo III).

Para ello, el artículo 2 de la LGS prescribe su condición de norma básica y las Comunidades Autónomas pueden dictar normas de desarrollo y complementarias en el ejercicio de sus competencias. La LGS es de aplicación a todo el territorio del Estado, salvo lo dispuesto por los artículos 57 a 69 (organización y gestión de las Áreas de Salud) y el artículo 31.1.b (realización de pruebas, investigaciones o exámenes por parte del personal de la Administración que desarrolle las funciones de inspección), disposiciones que tienen carácter supletorio en las Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a dichas materias.

2.3.1.- Del Estado

Siguiendo la senda constitucional, la LGS recuerda que son competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales. Incluye en la primera materia todas las actividades “que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros” (art. 38 LGS).

En cuanto al segundo abanico de materias, la LGS dispone que los acuerdos internacionales permiten que España colabore en “el control epidemiológico; en la lucha contra las enfermedades transmisibles; en la conservación de un medio ambiente saludable; en la elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales; en la investigación biomédica y en todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud” (art. 39 LGS).

Dos incisos añade la regulación de la contractualidad internacional. Primero, España prestará “especial atención a la cooperación con las naciones con las que tiene mayores lazos por razones históricas, culturales, geográficas y de relaciones en otras áreas, así como a las acciones de cooperación sanitaria que tengan como finalidad el desarrollo de los pueblos”. Segundo, la colaboración con el Ministerio de Asuntos Exteriores en el ejercicio de todas estas funciones internacionales (art. 39 LGS).

También corresponde a la Administración del Estado, “sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas”, el desarrollo de las siguientes actuaciones (art. 40 LGS):

- Determinar, con carácter general, los métodos de análisis y medición y los requisitos técnicos y condiciones mínimas, en materia de control sanitario del medio ambiente.
- Determinar los requisitos sanitarios de las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.
- Llevar el registro general sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran o importan, que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias.
- Autorizar mediante reglamentaciones y listas positivas de aditivos, desnaturalizadores, material macromolecular para la fabricación de envases y embalajes, componentes alimentarios para regímenes especiales, detergentes y desinfectantes empleados en la industria alimentaria.
- Reglamentar, autorizar, registrar u homologar, según proceda, los medicamentos de uso humano y veterinario y los demás productos y artículos sanitarios y aquéllos que, al afectar al ser humano, pueden suponer un riesgo para la salud de las personas. Cuando se trate de medicamentos, productos o artículos destinados al comercio exterior o cuya utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.
- Reglamentar y autorizar las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos mencionados en el número anterior, así como determinar los requisitos mínimos a observar por las personas y los almacenes dedicados. a su distribución mayorista y la autorización de los que ejerzan sus actividades en más de una Comunidad Autónoma. Cuando las actividades enunciadas en este apartado hagan referencia a los medicamentos, productos o artículos mencionados en el último párrafo del apartado anterior, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.

- Determinar, con carácter general, las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
- Reglamentar sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos.
- Llevar el Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerá las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias.
- Homologar programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, a efectos de regulación de las condiciones de obtención de títulos académicos.
- Regular la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.
- Gestionar los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos y de las zoonosis, así como la coordinación de los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, en los procesos o situaciones que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional.
- Establecer sistemas de información sanitaria y realizar estadísticas de interés general supracomunitario.
- Coordinar las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público, cuando razones de interés general así lo aconsejen.
- Elaborar informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.
- Establecer medios y sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias objeto de la LGS.

Por encima de todo este esquema, y con efectos en todo el modelo organizativo del sistema sanitario, el Estado ejercerá la alta inspección “como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes” (art. 43.1 LGS). El ejercicio de esta competencia comprende las siguientes actividades (art. 43.2 LGS):

- a) Supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las Comunidades Autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado.

b) Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

c) Supervisar el destino y utilización de los fondos y subvenciones propios del Estado asignados a las Comunidades Autónomas que tengan un destino o finalidad determinada.

d) Comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas son utilizados de acuerdo con los principios generales de la presente Ley.

e) Supervisar la adscripción a fines sanitarios de centros, servicios o establecimientos del Estado transferidos con dicha finalidad, sin perjuicio de las reordenaciones que puedan acordar las correspondientes Comunidades Autónomas y, en su caso, las demás Administraciones Públicas.

f) Verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios, así como en los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.

g) Supervisar que el ejercicio de las competencias en materia de sanidad se ajusta a criterios de participación democrática de todos los interesados. A tal efecto se estará a lo dispuesto en el artículo 5.2 de la propia LGS.

Dentro de la Administración del Estado, el órgano encargado de ejercer las funciones dimanantes de la alta inspección es el competente en materia de sanidad. Para reforzar su papel institucional, los funcionarios de la Administración del Estado que ejercen la alta inspección gozan de la consideración de autoridad pública a todos los efectos, y en sus actuaciones pueden recabar de las autoridades del Estado y de los órganos de la Comunidad Autónoma y demás administraciones públicas la colaboración necesaria para el cumplimiento de las funciones que les estén legalmente encomendadas (art. 43.3 LGS). Dentro de la Comunidad Autónoma, el interlocutor del Estado en el ejercicio de las competencias de alta inspección es el máximo órgano responsable del Servicio de Salud de cada Comunidad (art. 43.6 LGS).

¿Qué sucede cuando el Estado, en el ejercicio de sus funciones de alta inspección, advierte la concurrencia de incumplimientos por la Comunidad Autónoma? En tal caso, en primer término, las autoridades sanitarias del Estado advierten de esta circunstancia a la Comunidad Autónoma por el conducto del Delegado del Gobierno. Efectuada dicha advertencia, si la advertida persiste en la situación de incumplimiento, “el Gobierno, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, requerirá formalmente al órgano competente de la Comunidad Autónoma para que adopte las medidas precisas” (art. 43.4 y 43.5 LGS).

2.3.2.- De las Comunidades Autónomas

Dentro del marco constitucional, la LGS establece que las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue (art. 41.1). Al mismo tiempo, prevé como cláusula de cierre que las decisiones y actuaciones públicas previstas en la LGS que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas (art. 41.2).

2.3.3.- De las corporaciones locales

La LGS parte del principio del necesario respeto, por parte de las Comunidades Autónomas, de las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás administraciones territoriales intracomunitarias, “de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y la presente Ley” (art. 42.1). Al mismo tiempo, la LGS reconoce que los ayuntamientos tendrán “las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios” (art. 42.3):

a) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.

b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.

c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.

d) 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 los medios de su transporte.

e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

Junto a ello, la LGS ordena la integración en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas de aquellos centros y establecimientos que venían siendo gestionados por las corporaciones locales de manera separada y en los que la experiencia ha mostrado que el nivel municipal no es el más adecuado para su gestión. En contraprestación, éstas conservan un derecho a participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, con la incorporación de representantes en los órganos colegiados del Área correspondiente.

2.4.- Estructura organizativa

2.4.1.- Sistema Nacional de Salud

En el año 1980, Borrajo Dacruz apunta la posición neutral de la Constitución en cuanto a si “el derecho a la protección del bien individual de la salud podrá instrumentarse tanto dentro de un sistema sanitario unitario, en conexión con los servicios de salud pública, como dentro del sistema de seguridad social, en conexión con las prestaciones económicas”⁴⁷.

La opción de la Ley General de Sanidad parece clara. En principio, la organización general del sistema sanitario público español es única y queda integrada en el Sistema Nacional de Salud (art. 44.1 LGS), que aparece definido como “el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley” (art. 44.2 LGS).

El Sistema Nacional de Salud integra “todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud” (art. 44.1 LGS), y “todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud” (art. 45 LGS).

Cinco son las características fundamentales con las que la Ley General de Sanidad dibuja el Sistema Nacional de Salud, algunas de ellas ya apuntadas cuando hablamos de los principios vertebradores de la norma, a saber (art. 46 LGS):

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.
- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación.
- c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d) La financiación de las obligaciones derivadas de la Ley General de Sanidad mediante recursos de las administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad, debidamente evaluados y controlados.

⁴⁷ “El derecho”, 40.

Como órgano coordinador del Sistema Nacional de Salud, la Ley General de Sanidad crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que “será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal, y coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal”, y funciones en materia de planificación atribuidas por la misma Ley (art. 47.2 y 47.3 LGS).

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud está presidido por el Ministro de Sanidad y Consumo (art. 47.4 LGS) y compuesto por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado (art. 47.1 LGS). Un Comité Consultivo vinculado con el Consejo Interterritorial permite dar voz paritaria a las organizaciones empresariales y sindicales más representativas (art. 47.5 LGS).

2.4.2.- Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Cada Comunidad Autónoma debe constituir y gestionar bajo su responsabilidad, un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias (arts. 50.1 y 52 LGS). Esta integración no perjudica el mantenimiento de la titularidad originaria de los establecimientos, que han de funcionar siempre “con adscripción funcional al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma” (art. 50.2 LGS). Sin embargo, las administraciones territoriales intracomunitarias “no podrán crear o establecer nuevos centros o servicios sanitarios, sino de acuerdo con los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y previa autorización de la misma” (art. 51.3 LGS).

En la planificación de sus Servicios de Salud, las Comunidades Autónomas deben actuar conforme a los principios de racionalización de los recursos y distribución de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio y con los principios generales, las atenciones básicas a la salud enunciadas en la Ley y siguiendo un concepto integrado de atención a la salud (arts. 51.1 y 51.2 LGS).

Como resultado de las tareas de planificación, cada Comunidad Autónoma elabora un Plan de Salud que comprende “todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud” y engloba “el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud”. En todo caso, debe estar ajustado a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno de España (art. 54 LGS).

La determinación de la organización, funciones, asignación de medios personales y materiales de cada uno de los Servicios de Salud son materias que caen netamente dentro del ámbito de acción de cada Comunidad Autónoma, siempre en el marco de lo establecido en la Ley (art. 55.1 LGS).

En el ejercicio de estas competencias, las Comunidades Autónomas deben respetar la participación de las corporaciones locales en la gestión de los servicios hospitalarios hasta entonces desarrollados por ellas. En este sentido, pueden elevar propuesta de definición de objetivos y fines, de presupuestos anuales, así como terna de personas propuestas para el nombramiento del director del centro hospitalario (art. 55.2 LGS).

Como órgano que vehicula la participación democrática, dentro de cada territorio autonómico será creado un Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma, con representación de “todos los interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales” (art. 53 LGS).

2.4.3.- Áreas de Salud

Las estructuras fundamentales del sistema sanitario son las Áreas de Salud (art. 56.2 LGS). En cada territorio autonómico, corresponde a las Comunidades Autónomas delimitar y constituir estas demarcaciones territoriales denominadas “Áreas de Salud”, de acuerdo con los principios básicos que la Ley establece “para organizar un sistema sanitario coordinado e integral” (art. 56.1 LGS).

Para la delimitación territorial concreta de cada Área de Salud, la Comunidad Autónoma debe tener en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. La Ley advierte que “aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan” (art. 56.4 LGS).

A este respecto, la regla general prevé que cada Área de Salud atienda a una población “no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000”. Esta regla general conoce dos excepciones: a) Cada provincia tendrá un Área de Salud como mínimo; b) Las Comunidades Autónomas archipelágicas (Canarias y Baleares) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla podrán delimitar una distribución conforme a “sus específicas peculiaridades” (art. 56.5 LGS).

Constituida el Área de Salud, a ella corresponde “la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos”. En todo caso, ejecutará las siguientes actividades (art. 56.2 LGS):

a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, atenderá al individuo, la familia y la comunidad; por medio de programas de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.

b) En el nivel de atención especializada (a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos), prestará la atención de mayor

complejidad a los problemas de salud y desarrollará las demás funciones propias de los hospitales.

Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y sus problemas de salud (art. 65.1 LGS). Un hospital que aparece concebido como “el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia” (art. 65.2 LGS). Previene la Ley que “en todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales” (art. 65.3 LGS) y que los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria (art. 68 LGS).

En cuanto a su organización interna, el Área de Salud es dirigida por un “órgano propio” en el que deben participar las corporaciones locales con una representación no inferior al cuarenta por ciento (arts. 42.2 y 56.3 LGS), finalmente concretada en un cincuenta por ciento (art. 58.2 LGS). En todo caso, en cada Área de Salud, la Comunidad Autónoma debe constituir órganos de participación en los servicios sanitarios (art. 53.3 LGS). Concretamente, cada Área de Salud debe contar al menos con los siguientes órganos:

- El Consejo de Salud de Área, como órgano de participación.
- El Consejo de Dirección de Área, como órgano de dirección.
- El Gerente de Área, como órgano de gestión

Veamos cada uno de ellos por separado. En primer lugar, el **Consejo de Salud de Área**. Aparece configurado como “órgano colegiado de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión” (art. 58.1 LGS). La mitad de sus miembros actúa en “representación de los ciudadanos a través de las corporaciones locales comprendidas en su demarcación”, no menos de la cuarta parte son profesionales sanitarios titulados vinculados a las organizaciones sindicales más representativas y, finalmente, la parte restante queda reservada a la administración sanitaria del Área de Salud (art. 58.2 LGS). Además, pueden crear órganos de participación de carácter sectorial (art. 58.4 LGS). Sus funciones abarcan las siguientes actividades (art. 58.3 LGS):

a) Verificar la adecuación de las actuaciones en el Área de Salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica.

b) Orientar las directrices sanitarias del Área, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección.

c) Proponer medidas a desarrollar en el Área de Salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades.

d) Promover la participación comunitaria en el seno del Área de Salud.

e) Conocer e informar el anteproyecto del Plan de Salud del Área y sus adaptaciones anuales.

f) Conocer e informar la memoria anual del Área de Salud.

En segundo lugar, el **Consejo de Dirección de Área**. Como órgano de dirección, con carácter general le corresponde formular las directrices en política de salud y controlar la gestión del Área, “dentro de las normas y programas generales establecidos por la Administración autonómica” (art. 59.1 LGS). En su seno, están representados la Comunidad Autónoma (con un sesenta por ciento de los miembros) y las corporaciones locales por medio de vocales elegidos por los representantes de éstas en el Consejo de Salud (art. 59.2 LGS). A sus reuniones puede asistir el Gerente del Área de Salud, con voz y sin voto (art. 60.2 LGS). Con carácter más específico, sus funciones comprenden (art. 59.3 LGS):

a) Proponer el nombramiento y cese del Gerente del Área de Salud.

b) Aprobar el proyecto del Plan de Salud del Área, dentro de las normas, directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma.

c) Aprobar la memoria anual del Área de Salud.

d) Establecer los criterios generales de coordinación en el Área de Salud.

e) Aprobar las prioridades específicas del Área de Salud.

f) Aprobar el anteproyecto y los ajustes anuales del Plan de Salud del Área.

g) Elaborar el Reglamento del Consejo de Dirección y del Consejo de Salud del Área, dentro de las directrices generales que establezca la Comunidad Autónoma.

En tercer lugar, el **Gerente de Área**. En tanto que órgano de gestión, le corresponde ejecutar las directrices establecidas por el Consejo de Dirección, las propias del Plan de Salud del Área y las normas correspondientes a la Administración autonómica y del Estado. Asimismo presenta los anteproyectos del Plan de Salud y sus adaptaciones anuales y el proyecto de memoria anual del Área de Salud (art. 60.3 LGS). Es nombrado y cesado por la Dirección del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, a propuesta del Consejo de Dirección del Área (art. 60.1 LGS).

2.4.4.- Zonas básicas de salud

Con el fin de lograr la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud aparecen divididas en zonas básicas de salud, conceptuadas como “el marco territorial de la atención primaria de salud donde

desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud, centros integrales de atención primaria” (arts. 62.1 y 63 LGS).

A la hora de delimitar geográficamente cada zona básica de salud, la administración debe tomar en consideración los siguientes criterios: a) Las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios; b) El grado de concentración o dispersión de la población; c) Las características epidemiológicas de la zona; d) Las instalaciones y recursos sanitarios de la zona (art. 62.2 LGS).

En cuanto a sus funciones, a los centros de salud les corresponde desarrollar, de forma integrada y mediante el trabajo en equipo, todas las actividades encaminadas a promover, prevenir, curar y rehabilitar la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica, “a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función” (art. 63 LGS). Más concretamente, los centros de salud asumen las siguientes funciones (art. 64 LGS):

a) Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.

b) Albergar los recursos materiales precisos para realizar las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.

c) Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.

d) Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.

e) Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

Como medio de apoyo técnico para desarrollar la actividad preventiva, existirá un laboratorio de salud encargado de realizar las determinaciones de los análisis higiénico-sanitarios del medio ambiente, higiene alimentaria y zoonosis (art. 63 LGS).

2.4.5.- Coordinación general sanitaria

Coordinar un sistema con tantas administraciones concurrentes y tantos niveles no es tarea sencilla. Esta coordinación general sanitaria aparece atribuida al Estado, quien fija medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, “de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud” (art. 73.1 LGS).

En esta empresa coordinadora, corresponde el Gobierno de España elaborar los criterios generales de coordinación sanitaria, de acuerdo con las previsiones que le sean

suministradas por las Comunidades Autónomas y el asesoramiento y colaboración de los sindicatos y organizaciones empresariales (art. 70.3 LGS). Esta coordinación general incluye (art. 70.2 LGS):

a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario y los mapas sanitarios nacionales.

b) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.

c) El marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

Como instrumentos de coordinación, la Ley General de Sanidad alude a los planes de salud anuales o plurianuales, que aprobarán el Estado y las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias, y que prevén las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar (art. 70.1 LGS). Los planes de las Comunidades Autónomas han de tener en cuenta los criterios generales de coordinación aprobados por el Estado, así como sus avances y previsiones presupuestarias (art. 70.4 LGS).

Al mismo tiempo, la Ley General de Sanidad abre la puerta a la posibilidad de aprobar planes de salud conjuntos entre Estado y Comunidades Autónomas. En el caso de que impliquen a todas las Comunidades Autónomas, estos planes serán formulados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (art. 71.1 LGS).

Como documento de cierre, la Ley General de Sanidad prevé que los planes de salud estatales, los autonómicos y los conjuntos aparezcan recogidos en un instrumento único denominado Plan Integrado de Salud, que, elaborado por el Ministerio de Sanidad, habrá de relacionar las asignaciones presupuestarias a consignar por cada una de las administraciones públicas concurrentes, así como las fuentes de financiación (arts. 74.1 y 75 LGS). Vista la propuesta de Plan Integrado de Salud por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, corresponde al Gobierno del Estado su aprobación definitiva (art. 76 LGS).

2.5.- Financiación

La financiación de “las necesidades sanitarias de todos los organismos e instituciones dependientes de las administraciones públicas” procede de los presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, corporaciones locales y Seguridad Social (art. 78 LGS). Las fuentes de financiación procederán de (art. 79 LGS):

a) Cotizaciones sociales.

b) Transferencias del Estado, que abarcan la participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social, la compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos, y la compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las corporaciones locales en el Sistema Nacional de Salud.

c) Tasas por la prestación de determinados servicios.

d) Aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las corporaciones locales.

Con carácter general, la asignación de los recursos financieros necesarios para llevar a cumplido efecto la generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público, tendrá en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma, como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias (art. 81 LGS).

El establecimiento del Sistema Nacional de Salud supone la transferencia de servicios sanitarios, hasta entonces prestados por la Seguridad Social, a favor de las Comunidades Autónomas respectivas. En cuanto a la financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas, tendrá lugar con cargo a los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, conforme al criterio de la población protegida. De existir alguna desviación entre la cantidad asignada en el momento inicial y la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje de la población protegida, esta desviación será compensada en una cantidad equivalente al diez por ciento anual durante un plazo de diez años (art. 82 LGS).

El procedimiento para la elaboración del presupuesto dispone que cada Comunidad Autónoma elabore anualmente el anteproyecto del presupuesto general de gastos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de los servicios transferidos. Este anteproyecto es remitido a la Administración del Estado, para su integración y adaptación a los recursos disponibles del Sistema de la Seguridad Social, quien los presenta después a las Cortes Generales para su aprobación. Los créditos asignados en este presupuesto tienen carácter limitativo para las Comunidades Autónomas, de modo que los compromisos de gastos que se adquieran por cuantía superior de su importe deberán ser financiados con recursos aportados por la propia Comunidad Autónoma, salvo que provengan de disposiciones vinculantes dictadas con carácter general para todo el territorio del Estado, cuyo cumplimiento lleve implícito un incremento efectivo del gasto (art. 82 LGS).

En cuanto a los ingresos, los procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social y las administraciones públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales

supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados (art. 83 LGS).

En los supuestos particulares de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra, la financiación de la asistencia sanitaria del Estado se regirá, en tanto en cuanto afecte a sus respectivos sistemas de conciertos o convenios, por lo que establecen, respectivamente, su Estatuto de Autonomía y la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero (DA 1ª.1 LGS).

2.6.- Actividades sanitarias privadas

La Ley parte del reconocimiento del derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias y la libertad de empresa en el sector sanitario (arts. 88 y 89 LGS). Una vez verificada, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios, y con respeto a lo dispuesto en sus correspondientes planes de salud, las administraciones públicas pueden establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios privados (arts. 90.1 y 90.3 LGS). A la hora de establecer conciertos, las administraciones públicas darán prioridad a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes (art. 90.2 LGS).

Sólo es posible concertar con centros sanitarios previamente homologados por la Administración, y con arreglo a requisitos y condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a los conciertos y fijadas por la concertante. Las condiciones económicas responderán a módulos de costes efectivos previamente establecidos y revisables por la Administración. En todo caso, quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo prestada a los usuarios afectados por el concierto será la misma para todos, sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la concertante (arts. 90.4 a 90.6 LGS).

Para la realización de actividades sanitarias calificadas “de alto interés social” (calificación que ha de reunir los requisitos y condiciones exigidos por un Real Decreto a dictar por el Gobierno de España) los centros privados y públicos pueden recibir subvenciones o ayudas con cargo a fondos públicos, que nunca financiarán actividades ordinarias de funcionamiento y que serán sometidas a las inspecciones y controles necesarios a posteriori (art. 91 LGS)

En cuanto a la atención hospitalaria, a pesar del reconocimiento explícito de la Ley a favor de la creación de una red integrada de hospitales del sector público como parte de la política sanitaria de todas las administraciones públicas, el texto legal prevé que los hospitales generales del sector privado que lo soliciten sean vinculados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido (y periódicamente revisable), siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector

público lo permiten (arts. 66.1 y 66.2 LGS). La vinculación de un hospital privado al Sistema Nacional de Salud “mantendrá la titularidad de centros y establecimientos... así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios” (art. 66.3 LGS).

La vinculación a la red pública de un hospital privado tiene lugar formalmente a través de la suscripción de un convenio que ha de establecer los derechos y obligaciones recíprocas en cuanto a duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para el desarrollo de la Ley. En todo caso, el convenio debe asegurar que “la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del Sistema Sanitario se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo” (art. 67 LGS).

Con carácter previo, la Ley dispone que no podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud, ni se podrán establecer conciertos con centros sanitarios privados, cuando en alguno de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores concurren las circunstancias que sobre incompatibilidades del sector público y el privado establezca la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas (art. 93 LGS).

Una vez vinculados, estos hospitales privados están sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados (arts. 67.5 y 94.1 LGS). En todo caso, constituyen causas específicas de denuncia de los convenios por parte de la administración sanitaria (art. 67.4 LGS):

- a) Prestar atención sanitaria objeto de Convenio contraviniendo el principio de gratuidad.
- b) Establecer servicios complementarios no sanitarios sin autorización o percibir por ellos cantidades no autorizadas por la administración sanitaria.
- c) Infringir las normas relativas a la jornada y al horario del personal del hospital, que será el mismo que el de los hospitales públicos de análoga naturaleza en el correspondiente ámbito territorial.
- d) Infringir con carácter grave la legislación laboral de la Seguridad Social o fiscal.
- e) Lesionar los derechos establecidos en los artículos 16, 18, 20 y 22 de la Constitución cuando así se determine por sentencia.
- f) Cualesquiera otras que se deriven de las obligaciones establecidas en la Ley General de Sanidad.

Corresponde en todo caso a la Administración el ejercicio de las funciones de inspección sobre aspectos sanitarios, administrativos y económicos relativos a cada enfermo atendido por cuenta de la Administración Pública en los centros privados concertados (art. 94.2 LGS).

* * *

Concluyen así casi doscientos años de nuestra historia jurídico-sanitaria, que comenzaron cuando asistimos a la asunción por las Cortes de Cádiz de sus responsabilidades en este ramo y que acaban en este punto con una nueva Ley General de Sanidad que sienta las bases para el desarrollo de un sistema sanitario que, con el tiempo, será justamente valorado en su exacta dimensión.

CONCLUSIONES

Tras este viaje por los principales hitos históricos que constituyen los precedentes del modelo organizativo establecido en el año 1986 por la Ley General de Sanidad, podemos apuntar sumariamente las siguientes conclusiones, a saber:

- Las Cortes de Cádiz ponen los cimientos para la construcción incipiente de un modelo sanitario, que posteriormente será desarrollado por la cámara legislativa durante el Trienio Liberal. Un modelo, en todo caso, aún mediatizado fuertemente por desafíos desconocidos, dudas, controversias científicas e, incluso, sonoros fracasos como el protagonizado por el proyecto de un Código sanitario para la monarquía.
- La labor de las Cortes de Cádiz y de las Cortes del Trienio Liberal pone encima de la mesa del debate público principios de funcionamiento y organización que anticipan doscientos años los principios recogidos en la Ley General de Sanidad, ya sea el principio de universalidad, de solidaridad, de organización territorial e, incluso, *mutatis mutandis* de participación ciudadana.
- Los debates de las Cortes gaditanas y del Trienio evidencian la dificultad de discernir y delimitar claramente los ámbitos propios de la beneficencia de los sanitarios. Sin duda, la extrema miseria y la sempiterna falta de recursos son el telón de fondo omnipresente en ambas realidades y las que determinan, en última instancia, la necesidad de la intervención estatal.
- El trabajo desarrollado por las cámaras legislativas a la hora de elaborar el marco general de la normativa sanitaria tiene su punto álgido hacia la mitad del siglo XIX, en particular con la aprobación de la Ley del año 1855 y los precedentes inmediatos de la Ley General de Beneficencia de 1849 y su Reglamento.
- En este período, los debates entre contagionistas y anticontagionistas siguen condicionando los trabajos parlamentarios y las decisiones adoptadas a la hora de afrontar los peligros sanitarios, puesto que los esfuerzos que haya

que desarrollar para su implantación serán considerados a la luz de los sacrificios que impliquen y de los beneficios que prometan.

- Otra cuestión siempre latente es la determinación del papel que corresponda desempeñar a las Juntas, si consultivo o ejecutivo, si meramente técnico o asesor en el más amplio sentido. En función de las respuestas ofrecidas a estas cuestiones, también aparecerá la problemática relativa a su composición, si predominantemente médica o médico-política o con la concurrencia de profesionales distintos a los médicos junto a una representación política.
- Ocasionalmente surge en los debates el interrogante en torno al verdadero papel de la sanidad, bien sólo como actividad meramente curativa de la enfermedad, bien como disciplina más amplia que debe velar por la salud entendida como el conjunto de condiciones sociales que determinan el estado de salud del individuo y de la colectividad y que, en consecuencia, debe contemplar también aspectos preventivos de naturaleza socioeconómica.
- En la segunda mitad del siglo XIX, con posterioridad a la Ley de 1855, parece que las cámaras legislativas abandonan cualquier proyecto serio de reforma de ese marco legal y la tarea de ir ajustando el modelo organizativo recae en las esferas gubernamentales. Es curioso constatar cómo los diarios de sesiones de las cámaras correspondientes a períodos tan convulsos como los de la Revolución Gloriosa o de la I República prácticamente carecen de referencias normativas sustanciales a la sanidad o a la beneficencia. El gobierno de la Restauración tampoco será una excepción en este sentido.
- De modo que, los sucesivos cambios normativos parciales que caen en cascada interminable aluden todos ellos a los inconvenientes de la intromisión de la política en la gestión sanitaria, pero todos ellos entran a saco y modifican la organización de los organismos consultivos del Ministerio en materia sanitaria.
- Los Gobiernos de la segunda mitad del siglo XIX enfatizan la importancia de la beneficencia particular, pero resulta que, en general, los gobiernos partidarios de la centralización favorecen a los establecimientos de beneficencia particular otorgándoles mayor autonomía e incluso, adoptando su modelo de gestión para la beneficencia pública. Por otro lado, los gobiernos defensores de la descentralización favorecen a la beneficencia pública y normalmente operan una centralización en la gestión de la beneficencia particular bajo el patronato ejercido por el poder ejecutivo.
- Constituyó un sino de los últimos treinta años de la centuria la conciencia general de que era necesaria una reforma legal y el desacuerdo, también general, sobre la forma en que debía llevarse a cabo. Desacuerdo que resultó en distintos intentos frustrados de reforma de la Ley de 1855.

- También es preciso resaltar que en los debates aparece con cierta frecuencia la necesidad de abordar planteamientos interdisciplinarios para afrontar los desafíos sanitarios que, sin perjudicar la prevalencia de las profesiones sanitarias, introduzcan otras herramientas útiles para la consecución de los fines perseguidos.
- A modo de consideración global de la regulación normativa decimonónica, podríamos recordar en este punto la afirmación ya reseñada de un diputado cuando, el 20 de enero de 1920, manifestaba: “Nada, nada absolutamente de cuanto allí se dice se cumple. Y no se cumple porque todo, absolutamente todo, se ha publicado para su deliberado incumplimiento, con apariencias que dieran la sensación del trabajo y de las preocupaciones de nuestros gobernantes, pero que en realidad cubrieran tan sólo la farsa de la intención con que se dictaran. Todas, todas nuestras disposiciones sanitarias adolecen del mismo defecto”. Así y todo, sorprende la extraordinaria actualidad de muchas de las manifestaciones expuestas por los legisladores, problemas de ayer que continúan siendo problemas de hoy. Sin duda, el problema más actual, manifiesto o subyacente en todo momento, es el de la financiación.
- En el último cuarto del siglo XX, al inicio del período de transición a la democracia, será todavía la Ley de 1855 la que prácticamente permanezca vigente de un modo formal como ley general de la sanidad en nuestro país. Un panorama normativo complicado por unas extraordinarias deficiencias en la asistencia sanitaria que alzan las voces de la sociedad en demanda de una reforma sanitaria.
- Éste es el marco que tienen que considerar los legisladores constituyentes a la hora de elaborar el cuadro constitucional en el que engarcen los diferentes elementos que permitan llevar a la práctica la anhelada reforma sanitaria, en cuya necesidad todos coinciden, pero en cuyos términos concretos la mayoría difiere. Al final, el espíritu de consenso logró materializar un texto único que permitía múltiples alternativas de concreción.
- Aprobada la Constitución y, después de algún intento frustrado de reforma sanitaria durante la primera legislatura posconstituyente (que sirvió para conocer las posiciones de partida de cada grupo parlamentario) será la Ley General de Sanidad la que dibuje un nuevo modelo sanitario, no sin antes tener que superar un intenso debate social y político que evoca algunos de los problemas que vislumbramos ya en las etapas iniciales de aquellos diputados del Cádiz de 1812.

BIBLIOGRAFÍA

- AAVV, *Informes. El proyecto de Ley General de Sanidad*, Madrid, 1985.
- AAVV, *Jornadas técnicas sobre sanidad y seguridad social en el Estado de las Autonomías*, Barcelona, 1984.
- AAVV, *La reforma sanitaria en España a debate desde una perspectiva nacional e internacional*, Madrid, 1984.
- AAVV, *Un nuevo modelo europeo de seguridad social. El proyecto de código de Lovaina*, Madrid, 1978.
- AAVV, *Aspectos económicos de la reforma sanitaria*, IV Jornadas de Economía de la Salud, Sevilla, 1985.
- ABELLA Y BLAVE, F., *Manual administrativo de sanidad marítima y terrestre*, Madrid, 1868.
- *Tratado de Sanidad*, Madrid, 1930.
- ACARÍN, N. et al., *El servei nacional de salut: Una alternativa democràtica a la sanitat*, Barcelona, 1977.
- ALONSO LIGERO, M. S., “El Derecho a la protección de la Salud”, *I Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, Málaga, 1980, III-B, 1-11.
- ÁLVAREZ-URÍA, F. *Miserables y locos. Medicina mental y orden social de la España del siglo XIX*, Barcelona, 1983.
- ÁLVAREZ SIERRA, J., *Carlos III y la higiene pública*, Madrid, 1965.
- AUMENTE, J., “La salud como derecho básico de la persona”, *Cuadernos para el diálogo*, mayo de 1975, 59-62.
- AZNAR, S., *Inquietudes de la clase médica sobre el seguro de enfermedad*, Madrid, 1936.
- BANDO CASADO, H. C., “Evolución histórica de la protección de la salud en España desde 1812 hasta la Ley General de Sanidad”, *Estudios sobre consumo*, 8 (1986), 46-55.
- BARONA VILAR, C., *Las políticas de la salud. La Sanidad valenciana entre 1855 y 1936*, Valencia, 2006.
- BEATO ESPEJO, M., “El sistema sanitario español: Su configuración en la Ley General de Sanidad (1)”, *RAP*, 119 (mayo-agosto 1989), 379-418.
- “El sistema sanitario español: Su configuración en la Ley General de Sanidad (2)”, *RAP*, 120 (septiembre-diciembre 1989), 381-400.

- “Derechos de los usuarios del sistema sanitario a los diez años de la aprobación de la Ley General de Sanidad”, *RAP*, 141 (septiembre-diciembre 1996), 25-60.

BLASCO MARTÍNEZ, L., *Higiene y sanidad en España al final del Antiguo Régimen*, tesis doctoral, Madrid, 1991.

BORRAJO DACRUZ, E., “El derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social”, *I Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, Málaga, 1980, 1-105.

BUSTURIA, D. *et al.*, *Financiación de la Seguridad Social en los países del Mercado Común Europeo y en España*, Madrid, 1973.

CAMPOS, J., Y MIGUEL, J. M. DE, “Sociólogos de bata blanca y médicos con barba: Relaciones entre las ciencias sociales y la medicina en España”, *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 15 (jul.-sep. 1981), 133-141.

CARASA SOTO, P., *El sistema sanitario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, 1985.

CARDENAL MONTERO, E., *La beneficencia municipal: un estudio a partir de las fuentes legislativas y documentales (1822-1931)*, Guadalajara, 1996.

CARDONA, A., “Las ideas sobre salud pública de los dirigentes liberales españoles en las Cortes de Cádiz (1810-1814)”, *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 21-2 (2003), 63-72.

- “Los debates sobre salud pública en España durante el trienio liberal (1820-1823)”, *Asclepio*, LVII-2 (2005), 173-202.

CASTELLS BALLESPÍ, C., *Historia de la legislación sanitaria española: Desde los tiempos primitivos hasta la promulgación de la Ley de Sanidad de 28 de enero de 1855*, Lérida, 1897.

ELOLA SOMOZA, J., *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*, Madrid, 1991.

- *Política sanitaria española*, Madrid, 2001.

ENCISO RECIO, L. M., prólogo a CARASA SOTO, P., *El Sistema Sanitario Español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, 1985, 11-27.

ESPASA, R. *et al.*, *La sanidad hoy: Apuntes críticos de una alternativa*, Barcelona, 1975.

ERVITI, J. E. Y LEYVA, R. F., “Los actores políticos y sociales en la formulación de la reforma sanitaria en España”, *Cadernos de Saúde Pública*, 11-1 (enero – marzo 1995).

EVANGELISTA BENÍTEZ, M., *Medicina y sociedad: La reforma sanitaria*, Madrid, 1981.

FERNÁNDEZ BRICEÑO, L., recensión de MAZA ZORRILLA, E., “Pobreza y beneficencia en la España contemporánea”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 55 (1999), 161-163.

FERNÁNDEZ HERRERO, M., “Proceso de convivencia y sustitución de las instituciones eclesiásticas por las civiles en la acción social del Estado liberal”, *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 118 (Apr.-Jun. 2007), 27-63.

FERNÁNDEZ PASTRANA, J. M., *El servicio público de la sanidad: El marco constitucional*, Madrid, 1984.

FRANCIA VIÑA, J. M., *Veinticinco años de reforma sanitaria: De la transición al gobierno del Partido Popular (1970-1995)*, Salamanca, 1997.

FULCHER, D., *Sistemas de asistencia médica: Medios públicos y privados de protección de la salud en diez países industrializados*, Ginebra, 1975.

- 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 Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.*, 14 (1994), 23-41.
- GARCIA SÁNCHEZ, A., *La organización de la beneficencia en la provincia de Jaén en el siglo XIX: 1822-1852*, Jaén, 2007.
- GASCÓN Y MARÍN, J., *Los planes de seguridad social. De la beneficencia al seguro*, Madrid, 1944.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, *La sanitat a Catalunya: Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*, Barcelona, 1980.
- GRANJEL, L. S., "Legislación sanitaria española del siglo XIX", *Cuadernos de Historia de la Medicina en España*, 11 (1972), 255-307.
- GUILLÉN RODRÍGUEZ, A., *La construcción política del sistema sanitario español: De la postguerra a la democracia*, Madrid, 2000.
- HANLON, J., *Principios de administración sanitaria*, México, 1963.
- HERNÁNDEZ IGLESIAS, F., *La beneficencia en España*, Madrid, 1876.
- HERRÁEZ S. DE ESCARICHE, J., *Beneficencia de España en Indias (avance para su estudio)*, Sevilla, 1949.
- INFANTE, A. (comp.), *Cambio social y crisis sanitaria: bases para una alternativa*, Madrid, 1975.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, *Evolución y perspectivas de la asistencia sanitaria*, Madrid, 1985.
- JIMÉNEZ SALAS, M., *Historia de la asistencia social en España en la Edad Moderna*, Madrid, 1958.
- JORDANA DE POZAS, L., *Características del seguro español de enfermedad*, Madrid, 1944.
- JURADO SALVÁN, E., *Crónica de la transición sanitaria en España (1977-1992): Del discreto encanto de la reforma prometida al Informe Abril*, Madrid, 1993.
- *Evolución de la información sanitaria en la prensa escrita durante la transición española*, tesis doctoral, Madrid, 2003.
- LESKY, E. (dir.), *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, 1984.
- LLUCH, E., "La «operación primavera» contra la Ley General de Sanidad", en ORTEGA, F. Y LAMATA, F., *La década de la reforma sanitaria*, Madrid, 1998, 29-34.
- LÓPEZ PIÑERO, J. M. et al., *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, 1964.
- *Mateo Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, Madrid, 1984.
- LÓPEZ VALENCIA, F., *Influencia de los seguros sociales en la sanidad pública en España*, Madrid, 1919.
- MACIA SOLER, M. L. Y MONCHO VASALLO, J., "Sistema Nacional de Salud español. Características y análisis", *Enfermería global*, 10 (mayo, 2007).
- MANSILLA IZQUIERDO, P. P., *Reforma sanitaria: Fundamentos para un análisis*, Madrid, 1986.
- MARAVALL, J. M., *La política de la transición*, Madrid, 1982.
- MARSAL FERRET, M., *Pobreza y beneficencia pública en el siglo XIX español*, Barcelona, 2002.
- MARTÍN CASTILLA, D., *Organización sanitaria en el Estado de las Autonomías*, Granada, 1986.

- MARTÍN GONZÁLEZ, M., *Sanidad pública: concepto y encuadramiento*, Madrid, 1970.
- MARTÍN MATEO, R., “La asistencia social como servicio público”, *Guía de actividades públicas asistenciales*, Madrid, 1967.
- “Ordenación pública del sector salud”, *RAP*, 84 (1977), 371-386.
- MARTÍNEZ VARGAS, A., *El Ministerio de Sanidad en España: Discurso pronunciado el 29 de diciembre de 1920 en el CL Aniversario de la Real Academia de Medicina y Cirugía*, Barcelona, 1921.
- MAZA ZORRILLA, E., *Pobreza y asistencia social en España, siglos XVI al XX: Aproximación histórica*, Valladolid, 1987.
- *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)*, Barcelona, 1999.
- MENÉNDEZ REXACH, A., “El derecho a la asistencia sanitaria y el régimen de las prestaciones sanitarias públicas”, *Revista Derecho y Salud*, vol. extraord. XI, 15-36.
- MIGUEL, J. M. DE, *La reforma sanitaria en España*, Madrid, 1976.
- *La reforma sanitaria en España: El capital humano en el sector sanitario*, Madrid, 1976.
 - (ed.), *Planificación y reforma sanitaria*, Madrid, 1978.
 - “Siete tesis erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica crítica”, *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 9 (enero-marzo, 1980), 53-80.
- MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN, *La sanidad en la República: dos años de gestión*, Madrid, 1933.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Compendio legislativo de la reforma sanitaria (1982-1986)*, Madrid, 1986.
- *Política general del Ministerio de Sanidad y Consumo*, Madrid, 1983.
 - *Aspectos de la Ley General de Sanidad*, Madrid, 1985.
 - *La sanidad española, 1982-1986: crónica del cambio*, Madrid, 1986.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, *Libro blanco de la Seguridad Social*, Madrid, 1977.
- *Política de sanidad y seguridad social. Criterios para una reforma*, Madrid, 1978.
- MORELL OCAÑA, L., “Evolución y configuración actual de la actividad administrativa sanitaria”, *RAP*, 63 (1972), 131 ss.
- “Observaciones sobre los principios de ordenación de la administración sanitaria del Estado”, *REDA*, 1 (1974), 63-77.
- MONLAU, P. F., *Legislación sanitaria de España*, Madrid, 1862.
- *Elementos de higiene pública o el arte de conservar la salud de los pueblos, aumentada con un compendio de la legislación sanitaria de España*, Madrid, 1871.
- MUÑOZ MACHADO, S., *La sanidad pública en España: evolución histórica y situación actual*, Madrid, 1975.
- “Las bases de la Sanidad”, *Jornadas técnicas sobre sanidad y seguridad social en el Estado de las Autonomías*, Barcelona, 1984, 27-50.
- MUSTARD, H. S., *Government in Public Health*, New York, 1945.
- *An Introduction to Public Health*, New York, 1954.
- NAVARRO, V. Y ELOLA, J., “Análisis de las políticas sanitarias españolas, 1975-1992”, *Sistema*, 126 (1995), 19-39.
- NENCLARES, E. M., *Legislación española de beneficencia desde el reinado de doña Isabel I la Católica hasta el presente año 1869*, Madrid, 1869.
- NICOLÁS ORTIZ, C., *El derecho a la salud y los derechos de los enfermos: Apuntes sobre la sanidad*

española, Madrid, 1983.

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, *Informe sobre el proyecto de Ley General de Sanidad*, Madrid, 1985.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Les services de santé en Europe*, Copenhague, 1965.

ORTEGA, F. Y LAMATA, F., *La década de la reforma sanitaria*, Madrid, 1998.

ORTIZ DÍAZ, J., “Hacia una reordenación de la sanidad pública española: el problema hospitalario”, *RAP*, 51 (1966), 151-178.

PARADA VÁZQUEZ, J. R., “La Sanidad en el Estado de las autonomías”, *Jornadas técnicas sobre sanidad y seguridad social en el Estado de las Autonomías*, Barcelona, 1984, 7-26.

PARDELL ALENTA, H., “Cantidad y calidad de los hospitales españoles”, *Cuadernos para el diálogo* (número monográfico: “Males e insuficiencias de la salud española”), mayo, 1975, 11-15.

PASTRANA, J. M., *El servicio público de la Sanidad: El marco constitucional*, Madrid, 1984.

PEMÁN GAVÍN, J., “Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley General de Sanidad: Balance y perspectivas”, *VI Congreso Derecho y Salud*, Valladolid, 1998.

- “Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud”, *Revista Derecho y Salud*, 16 n.º. extraord. (nov. 2008), 29-62.

PERAL PACHECO, D., *Cólera y sanidad en las Reales órdenes de 1833 a 1855*, Mérida, 1994.

PESET, M. Y J. L., *Muerte en España (Política y sociedad entre la peste y el cólera)*, Madrid, 1972.

POSADA, C., *Los seguros sociales obligatorios en España*, Madrid, 1943.

PULIDO FERNÁNDEZ, A., *La sanidad pública en España y ministerio social de las clases médicas*, Madrid, 1902.

RAVENTÓS, J. *et al.*, *Salut, sanitat i societat. Per una resposta socialista a l'actual situació sanitària*, Barcelona, 1977.

RIBERA, J. M., “La reforma sanitaria oficial”, *Cuadernos para el diálogo* (número monográfico: “Males e insuficiencias de la salud española”), mayo, 1975, 63-66.

RICO AVELLÓ, C., *Historia de la Sanidad española (1900-1925)*, Madrid, 1969.

RICO GÓMEZ, A., *Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996): Intensidad de preferencias y autonomía política como condiciones para el buen gobierno*, Madrid, 1998.

RODRÍGUEZ GIL, M., “¿La beneficencia estatal consecuencia de la desamortización? El sentir de una época: Concepción Arenal”, *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense*, 88 (1997), 219-246.

ROEMER, M. L., *Organización de la asistencia médica en los regímenes de la Seguridad Social*, Ginebra, 1969.

ROSEN, G., “Análisis histórico del concepto de medicina social”, en LESKY, E. (selec.), *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, 1984, 211-271.

RUBIOL, G., *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*, Madrid, 1986.

RUMEU DE ARMAS, A., *Historia de la Previsión Social en España*, Madrid, 1944.

SABATÉ MURO, E., “Modelos ideológicos de los españoles frente a la reforma sanitaria”, *I Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, Málaga, 1980, III. C, 1-5.

SÁNCHEZ DE LEÓN, E., *Modelo político y reforma sanitaria*, Madrid, 1978.

SENDÍN GARCÍA, M. A., “Los servicios públicos en el siglo XIX”, *AHDE*, 75 (2005), 1037-1073.

SERIGÓ, A. *Bases para la organización de los servicios sanitarios*, Madrid, 1972.

- *La crisis sanitaria española: Nuevas ideas en salud pública*, Madrid, 1979.

SEVILLA PÉREZ, F., “La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social”, *Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas)*, 86 (2006).

SIGERIST, H. E., “De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social”, en LESKY, E. (selec.), *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, 1984, 187-209.

SOLOZÁBAL ECHAVARRÍA, J. J., “Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico”, Documento de trabajo 89/2006, *Laboratorio de alternativas*, Madrid, 2006.

TORNOS MÁS, J., “Sistema de Seguridad Social versus Sistema Nacional de Salud”, *Revista Derecho y Salud*, 1 (enero-junio 2002), 1-13.

TORRES SOTO, J. A., “Organización y régimen jurídico de la Sanidad española en el siglo XIX”, *BDSGT del Ministerio de la Gobernación*, 61 (1972), 23.

TOWNSON, N., “Saneando la Sanidad: La ley de coordinación sanitaria de 1934”, *Cuadernos republicanos*, 57 (2005), 25-38.

VARELA PERIS, F., “El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII”, *Dynamis, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.*, 18 (1998), 315-340.

VIDAL GALACHE, F., “El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid”, *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, 1, (1987) 41-56.

WINSLOW, C. E. A., *The Evolution and Significance in the Modern Public Health Campaign*, New Haven, 1923.

ZARAGOZA RUBIRA, J. R., “Aproximación al estudio de los hospicios españoles durante la primera mitad del siglo XIX” en *Medicina española*, II (1964), 85-92.