

LOURDES FARRERONS NOGUERA

**HISTORIA
DEL
SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

(Debates parlamentarios, 1812-1986)



ABREVIATURAS UTILIZADAS XI
PRÓLOGO XIII
INTRODUCCIÓNXVII

PARTE I

Antecedentes históricos y legislativos

1. Beneficencia, Sanidad y Estado Constitucional 3
 1.1. Las Cortes de Cádiz comienzan su labor 4
 1.2. El debate constitucional gaditano..... 6
 1.3. La ejecución de las disposiciones constitucionales..... 7
 1.4. El renacer constitucional con el Trienio Liberal 12
 1.5. La posible reunión de la sanidad y la beneficencia..... 17
 1.6. La Ley General de Beneficencia del Trienio 19
 1.7. Un proyecto de Código sanitario para la Monarquía española..... 21
 1.8. La sanidad en la normativa del gobierno provincial de 1823 26
 1.9. El restablecimiento de las normas del Trienio 27

2. La Ley General de Beneficencia de 184931
 2.1. El discutido papel de la Junta Suprema de Sanidad..... 32
 2.2. Llega una nueva Constitución 36
 2.3. La Junta Suprema de Sanidad cae..... 39
 2.4. La discusión del proyecto de Ley de Beneficencia 41
 2.5. Y llega la Ley General 57
 2.6. Y llega el Reglamento..... 59

3. La Ley de Sanidad de 185561
 3.1. El proyecto gubernamental 62
 3.2. Las reacciones al proyecto 63

3.3. El debate en el pleno del Congreso de los Diputados.....	65
3.4. Y llega la Ley.....	71
3.5. El panorama después de la Ley.....	73
3.6. Y llega la Revolución	76
3.7. Y llega la Primera República.....	80
3.8. Y llega la Restauración	82
3.9. Intentos malogrados de reforma	85
4. El Real Decreto de 1904	93
4.1. Y llega la Segunda República.....	102
5. La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944.....	105
6. La Ley General de la Seguridad Social de 1966	113

PARTE II

La Ley General de Sanidad en perspectiva histórica

7. Reforma sanitaria y transición	121
7.1. El pistoletazo de salida para la reforma sanitaria	122
7.2. Un Ministerio de Sanidad	125
7.3. La elaboración y aprobación de la Constitución de 1978	130
8. La Ley General de Sanidad de 1986	191
8.1. Exposición de motivos	222
8.2. Principios generales	223
8.3. Competencias	227
8.4. Estructura organizativa	232
8.5. Financiación	240
8.6. Actividades sanitarias privadas.....	241
Conclusiones	245
Bibliografía	249

La obra que se presenta debería ser de lectura obligada para profesionales sanitarios y ciudadanos en general.

No se trata exclusivamente de un documento de gran valor historiográfico, por su rigor y calidad, sino un libro que invita a la reflexión social.

Doscientos años de historia de la Sanidad Española quedan perfectamente reflejados en la obra que nos presenta la autora que, unido a la escasez bibliográfica relacionada con el Sistema Nacional de Salud español, imprime una singularidad con pocos precedentes.

Los sistemas sanitarios están muy vinculados a la cultura de los pueblos, entendiendo esta idea como el vínculo entre la responsabilidad de los individuos sobre su salud y la solidaridad que representa el bienestar colectivo en materia de salud, a costa de un poco de sacrificio individual.

El gran cambio ideológico que supone la transición entre la responsabilidad individual hacia la responsabilidad del Estado en materia de salud, tiene la trascendencia de romper barreras y desigualdades en salud. Eliminar desigualdades en cuestiones de supervivencia muestra la madurez de los pueblos.

Los que hemos vivido de cerca hechos como salvar o perder la vida en función de los recursos a veinte metros de distancia y en la misma población, años antes de la promulgación de la Ley General de Sanidad, hace que contemplemos al Sistema Nacional de Salud español como un valor intocable que todos tenemos la responsabilidad de preservar.

A partir de 1986 el Estado español asume la responsabilidad de la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, hito histórico sin duda y tan en entredicho en estos momentos. Sin embargo, la obra nos muestra cómo desde el siglo XV y en los últimos doscientos años, los progresos legislativos en materia sanitaria han sido un continuo vaivén de aceleración y retroceso.

En la obra queda evidente la unión entre Modelo de Estado y asistencia sanitaria, situación que persiste en la actualidad, cuando el corto plazo de la asistencia vinculado a un determinado modelo político ha encarecido tremendamente el sistema, provocando que se mezcle la universalidad y calidad de las prestaciones con el déficit económico. Un déficit que no debiera repercutir sobre la calidad del sistema sino que debería estar sometido a una revisión continua de los circuitos organizativos

con modelos de gestión que permitan una planificación a largo plazo, vinculada a la pirámide demográfica y necesidades sociales.

La Constitución de 1812 llama la atención por primera vez desde el siglo XV de la responsabilidad del Estado sobre la salud de la población. La transición entre el protomedicato y las Cortes de Cádiz invita a una primera reflexión al observar la vulnerabilidad de un incipiente derecho y su vinculación a la situación del Estado y las dificultades de mantenimiento económico de las juntas de salud pública, que apenas duran dos años, hasta que se vuelve a restablecer el protomedicato ocho años después de la Constitución de Cádiz.

En 1821 se retoma el planteamiento de unión de sanidad y beneficencia, con el inconveniente de la unión entre empleados de sanidad y recursos. Pero es a partir de este momento cuando comienza un desarrollo legislativo que hace progresar en España el concepto de responsabilidad estatal de la salud.

En 1822 se promulga la Ley General de Beneficencia, seguida del proyecto de código sanitario, y adquiere una especial relevancia el desarrollo de la salud pública, al depender directamente del Ministerio de Gobernación, extendiendo su actividad por todo el Estado a través de las juntas provinciales, municipales y litorales. Le siguen los progresos legislativos de 1833 para hacer frente a las epidemias, y el debate sobre sanidad, métodos de asistencia y financiación continúa vivo.

Después de algún intento de retroceso, ve la luz la Ley Orgánica de Sanidad, sancionada por Isabel II el 28 de noviembre de 1855. Los anteproyectos generan controversia entre distintos colectivos relacionados con la sanidad, hasta que realmente la amenaza del cólera, entre otras razones, acelera el proceso legislativo.

Durante este periodo, marcado por la intervención de los sanitarios en el proceso legislativo, se puede introducir una reflexión para el lector: se trata del papel de las profesiones sanitarias en el desarrollo de un sistema sanitario, ya que a los aspectos sociales y culturales de la protección de la salud se une la cultura de las profesiones sanitarias que, si bien mayoritariamente tienen vocación de servicio, en ocasiones tratan de dar respuesta en paralelo a los intereses sociales y a los propios.

La Ley Orgánica de Sanidad de 1855 contempla la cobertura de aspectos preventivos de la enfermedad, quedando fuera del ámbito los problemas de salud individuales y la función asistencial. Prevé la cobertura de hospitalización en domicilio a cargo de los ayuntamientos, y que sean estos los que doten de plazas de médicos, farmacéuticos y cirujanos.

La sanidad queda muy vinculada al gobierno al hacer depender la ley del Ministerio de Gobernación. Establece un Consejo de Sanidad y juntas provinciales y municipales de sanidad.

La Ley de 1855 está vigente hasta el último cuarto del siglo XX, con la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986. A partir de este momento, el Estado, a través del Sistema Nacional de Salud, asume la prevención tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, marcando un hito sin precedentes en el vínculo socio-político-sanitario, que ha tenido como resultado un aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas y una seguridad en la ciudadanía en términos de libertad de la

carga vital que supone la preocupación de tener que reservar dinero de su economía para la previsión de gasto sanitario, unido a la pérdida de sentimiento de marginalidad que genera en los individuos el hecho de pensar que nos morimos o vivimos en función de lo que tenemos.

La última reflexión la recomiendo en este sentido. Desde el inicio de los tiempos, la humanidad ha luchado por mantener la salud, la economía y la búsqueda del conocimiento. Cuando un Estado logra mantener la salud de sus habitantes debe invitar a otros a seguir el ejemplo, en lugar de presentar ante la sociedad un gran sistema logro social como una derrota.

La obra de Lourdes Farrerons nos hace caminar por la historia en un texto de lectura sencilla, rigurosa y sin juicios de valor. Expone acontecimientos y análisis sobre el Sistema Nacional de Salud español, perfectamente estructurados, que invitan a defender el sistema sanitario como lo que debe ser, un logro de la ciudadanía en beneficio de todos.

LORETO MACIÀ SOLER.
Enfermera Doctora. Vicedecana Facultad de Ciencias de la Salud.
Universitat Jaume I. Castellón

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

1 MUÑOZ MACHADO S, *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.

do lugar. Así, son 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 distin-

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.

tos 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 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”. Este 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. Este es el objetivo fundamental de la Ley General de Sanidad, y este 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

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

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.

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 organiza-

tivo 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 solo 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, periodo 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 solo 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 estos hablaran, sin intermediarios, con 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.

PARTE

I

Antecedentes históricos y
legislativos

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 periodo 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

1 MARTÍN MATEO R. "Ordenación". *RAP* 84 (1977). 371.

2 SENDÍN GARCÍA, MA. "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 FERNÁNDEZ HERRERO, M. "Proceso de convivencia y sustitución de las instituciones eclesíásticas por las civiles en la acción social del Estado liberal". *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 118 (abr.-jun. 2007): 27-63.

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

individualismo y el intervencionismo estatal. El escenario teórico de partida tiene como sustrato la idea de que “la supervivencia es algo que solo interesa en principio a cada hombre en concreto, que es de la inalienable competencia de cada uno el cuidar de su propia vida. Solo 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” (artículo 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

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” (ORTIZ DÍAZ, J. “Hacia una reordenación de la sanidad pública española: el problema hospitalario”. *RAP* 51 (1996): 157).

11 *DSCC*, 28 de marzo de 1811: 772 ss.

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.

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” (artículo 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” (artículo 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” (artículo 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 este y demás pueblos expuestos

12 *DSCC*, 26 de febrero de 1811, 583.

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.

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.

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”.

16 *Ibíd.*, 1559.

17 *DSCC*, 11 de enero de 1812: 2602.

18 *DSCC*, 7 de marzo de 1812: 2884.

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” (artículo 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” (artículo 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” (artículo 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.

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.

19 MUÑOZ MACHADO. *La sanidad*, 43.

20 DSCC, 20 de junio de 1812: 3345.

21 DSCC, 6 de julio de 1812: 3402.

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 estos se les presentan mesas opíparas de manjares exquisitos, y a aquéllos les falta aún 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 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

22 DSCC, 6 de enero de 1813: 4549.

23 DSCC, 26 de abril de 1813: 5121.

24 DSCC, 23 de febrero de 1813: 4742.

25 DSCC, 10 de julio de 1813: 5676.

en los ayuntamientos buena parte de la responsabilidad de la salud pública sobre el terreno y ordena la formación de Juntas de sanidad municipales (artículos 1 a 4). Además, el ayuntamiento “cuidará” de los hospitales y casas de expósitos o de beneficencia sostenidos con fondos del común y solo 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” (artículo 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 (artículo 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 solo pueden existir las Juntas de sanidad municipal y provincial “y compuestas por las personas que en ella se designan, debiendo cesar por consiguiente en sus funciones cualesquiera otras corporaciones que existiesen en virtud de los anteriores reglamentos, hoy virtualmente derogados”³⁰.

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 periodo 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 citadas” (MUÑOZ MACHADO. *La sanidad*, 76).

29 *DSCC*, 29 de octubre de 1813: 174.

30 *DSCC*, 19 de noviembre de 1813: 261.

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

31 *DSCC*, 27 de julio de 1813: 5809.

32 *DSCC*, 7 de septiembre de 1813: 6134.