

PEDRO F. SABANDO SUÁREZ

Así se creó el **S** Sistema **N**acional **Z** de **S**alud **S**

2ª ed. revisada y aumentada



PEDRO F. SABANDO SUÁREZ

**ASÍ SE CREÓ EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD
(SNS)**

2ª edición revisada y aumentada



Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá

© Pedro F. Sabando Suárez, 2026 (edición papel)

2ª edición, revisada y aumentada

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>

E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9052-594-4

e-ISBN: 978-84-9052-595-1

Depósito Legal: M-10673-2026

Diseño de cubierta y Fotocomposición: P55 Servicios Culturales

Printed in Spain - Impreso en España

*A mi nieta María Julia, fuente de alegría
y sagrario de la mayor afectividad.*

Agradecimientos

Vaya con esta obra mi reconocimiento a todas las personas que, desde su trabajo cotidiano, han hecho posible el desarrollo y el mantenimiento de un sistema público sanitario. A los médicos, a la enfermería, al personal sanitario y, sobre todo, a los enfermos, que han sabido reconocer el esfuerzo de las personas que les atendían por hacerlo de la mejor manera posible.

A quienes han sabido compatibilizar la asistencia sanitaria de alto nivel con la docencia de pre y posgrado, y la investigación clínica y básica que se ha desarrollado en nuestras instituciones desde un esfuerzo personal casi heroico.

He de expresar mi reconocimiento a María José Rebollo Rodríguez, bibliotecaria del Colegio de Médicos de Madrid, sin cuya colaboración hubiera sido imposible reconstruir la peripecia política sanitaria relatada en este trabajo.

Asimismo, quiero agradecer la participación que me han prestado, en distintas etapas, a Jorge Hernández Moreno y Leticia Montávez Aguillaume en su primera edición, y a Pedro Fernando Sabando Sequí en la segunda edición.

Siglas y acrónimos

AE: Administración del Estado
AES: Acuerdo Económico y Social
AGE: Administración General del Estado
AP: Alianza Popular
ATS: Ayudante Técnico Sanitario
CC AA: Comunidades Autónomas (o CA, Comunidad Autónoma)
CC OO: Comisiones Obreras
CCA: Coalición Canaria
CD: Coalición Democrática
CDS: Centro Democrático y Social
CE: Constitución Española
CESM: Conferencia Española de Sindicatos Médicos
CGCOF: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CiU: Convergencia y Unió
CNCM: Consejo Nacional de Colegios Médicos
CNJA: Centro Nacional de Jóvenes Agricultores
CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas
EE: Euskadiko Esquerra
ENS: Escuela Nacional de Sanidad
EE UU: Estados Unidos
ERC: Esquerra Republicana de Catalunya
FADSP: Federación Madrileña de Sindicatos Médicos
FEMP: Federación Española de Municipios y Provincias
FESIME: Federación Madrileña de Sindicatos Médicos
FMC: Federación de Municipios de Catalunya
FMSM: Federación Madrileña de Sindicatos Médicos
GFS-PSOE: Grupo Federal de Salud del PSOE
ICOMEM: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid
IGS: Instrucción General de Sanidad
INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INP: Instituto Nacional de Previsión
INSALUD: Instituto Nacional de Salud
INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas
LBSN: Ley de Bases de la Sanidad Nacional
LGSS: Ley General de la Seguridad Social
LOAPA: Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico
LODE: Ley Orgánica de Desarrollo Escolar
LOS: Ley Orgánica de Sanidad
LOSP: Ley Orgánica de la Salud Pública
MIR: Médico Interno y Residente
MUFACE: La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
NHS: National Health Service
OMC: Organización Médica Colegial
OMIC: Oficinas (municipales) de Información al Consumidor
OMS: Organización Mundial de la Salud
PCE: Partido Comunista de España
PDP: Partido Democrático Popular
PFI: Private Finance Initiative
PGE: Presupuestos Generales del Estado
PIB: Producto Interior Bruto
PIS: Plan Integrado de Salud
PP: Partido Popular
PSOE: Partido Socialista Obrero Español
PSUC: Partido Socialista Unificado de Cataluña
SMLE: Sindicato Médico Libre de España
SNS: Sistema Nacional de Salud
SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad
SRS: Sistema Regional de Salud
SS: Seguridad Social
TC: Tribunal Constitucional
UCD: Unión del Centro Democrático
UDC: Unión Democrática de Cataluña
UFADE: Unión de Federaciones Agrarias
UGT: Unión General de Trabajadores
UNESPA: Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras
URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
USO: Unión Sindical Obrera

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	IX
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	XI
PRÓLOGO A LA 2ª EDICIÓN	XV
PRÓLOGO A LA 1ª EDICIÓN	XIX
INTRODUCCIÓN	XXIII
Capítulo 1. Antecedentes históricos	1
Capítulo 2. El pensamiento sanitario de la época	27
Capítulo 3. La llamada de Ernest Lluch. La revisión de los fundamentos de la reforma. Emerge la oposición político-sanitaria	49
Capítulo 4. En el Ministerio, año 1983.....	63
Capítulo 5. La política	73
Capítulo 6. “Operación Primavera”, año 1984.....	111
Capítulo 7. Agitación promovida desde la “entrañas” de la Operación Primavera	139
Capítulo 8. Primeros meses de 1984, año post Operaciones Primavera	155
Capítulo 9. Meses importantes: del Grupo Federal de marzo al 30 de noviembre de 1984. Introducción de criterios liberalizadores	181
Capítulo 10. De la Comisión de Subsecretarios al primer Consejo de Ministros	207
Capítulo 11. Del Consejo de Ministros de la devolución al de la aprobación (12 de diciembre de 1984 al 2 de abril de 1985).....	221
Capítulo 12. Diecisiete sistemas de salud en España	239
EPÍLOGO	247

PRÓLOGO A LA 2ª EDICIÓN

La primera edición de *Así se creó el Sistema Nacional de Salud*, en 2020, se desarrolló tras recoger lo expresado por mí en varias conferencias e intervenciones en las que mis amigos me reclamaban dejar escrito las impresiones y las incidencias de este período.

El impulso definitivo me lo dio la Dra. Eloisa del Pino, que tras una intervención en el Ateneo de Madrid, me conminó muy cordialmente a que diera forma a mi discurso, con la complacencia de la ministra María Luisa Carcedo.

A los cuarenta años de la promulgación de la Ley General de Sanidad he de decir que redacté aquel texto de esa primera edición con cuidado, pero bajo el influjo de la emoción por la falta de Ernest Lluch, porque transcurridos los años y viendo el resultado de la Ley, seguro que podríamos haberlo elaborado *al alimón*.

En esta edición de 2026 he intentado corregir los defectos, faltas y desajustes sintácticos. He rectificado algunos aspectos para cuidar la cronología de los acontecimientos. También he desarrollado momentos y conceptos que solo estaban apuntados. Así mismo, he suprimido alguna consideración política que la persona a la que se le atribuía me lo ha desmentido.

Entre los acontecimientos históricos recientes he incorporado una referencia al Seminario de Hospitales que desarrolló una gran labor en el ordenamiento de la docencia a postgraduados.

Me he apoyado en textos bien conocidos y en el seguimiento de la prensa, tanto diaria como sanitaria, que prestaban especial atención al proceso de elaboración de la Ley y que con sus noticias y artículos pusieron de manifiesto, en momentos clave, las distintas posiciones, las dudas o los avances y retrocesos ante cada dificultad.

Este libro no es un trabajo erudito sino una descripción de una etapa muy importante para España, a la que lógicamente incorporo mi línea interpretativa desde la lealtad con los hechos.

Mantengo los juicios de valor que he introducido en el epílogo y se alejan de las consideraciones acerca de la Ley para hacer propuestas, pensar en el futuro y en los riesgos que acechan al Sistema Sanitario. He introducido un capítulo dedicado al desmembramiento actual en diecisiete servicios regionales de salud, que sin la coordinación adecuada serán en el futuro fuente de inseguridad, sufrimiento y posible quiebra del propio Sistema Sanitario.

Los recientes acontecimientos en el Hospital de Torrejón, de gran importancia política, me llevan a introducir en este prólogo algunas consideraciones sobre los hechos y sobre los fundamentos jurídicos de la gestión privada, que entre otras cosas, al hilo de dicho escándalo, han sacado a los ciudadanos a la calle en repulsa por lo ocurrido y en apoyo del Sistema Sanitario Público.

Es necesario enfatizar que la protesta pública de la ciudadanía expresa la evidencia de que la atención sanitaria nunca debe ser un negocio, tal y como se ha formulado en la propuesta del consejero delegado de Ribera Salud del Hospital de Torrejón, porque el dolor y la enfermedad nunca deben ser objeto de transacción.

En estos primeros días de diciembre de 2025 se desencadenaba un gran escándalo en el mundo sanitario a raíz de las directrices establecidas por el consejero delegado de Ribera Salud, Pablo Gallart, para el Hospital de Torrejón, en el que señalaba la necesidad de mejorar la cuenta de resultados económicos prioritariamente a partir de una selección de pacientes o incrementar la lista de espera, anteponiendo en todo caso el interés mercantil a las necesidades de los enfermos, expresando bien resumidamente las prioridades de estas instituciones. He de decir también, que un escándalo de esta naturaleza no puede descalificar globalmente propuestas que deben discutirse en otras instancias.

El Hospital de Torrejón fue inaugurado en 2011 por Esperanza Aguirre, que introdujo en la sanidad madrileña el modelo de hospitales públicos de gestión privada, cediendo en concesión administrativa la gestión sanitaria de varios centros construidos en Madrid bajo la fórmula *Private Finance Initiative* (PFI). El seguimiento del desarrollo en España de las fórmulas de PFI y concesión administrativa, pese a la falta de información y claridad que han caracterizado el desarrollo de las mismas, ha permitido añadir argumentos propios a los que se derivan de la experiencia en otros países que justifican la puesta en cuestión de estas fórmulas de gestión privada en nuestro Sistema Sanitario.

En el Reino Unido se han utilizado estas ordenanzas para renovar el parque hospitalario, que ha derivado en el perjuicio directo y la erosión de la calidad en los centros del mismo territorio cuya gestión se mantuvo en el ámbito público. La puesta en marcha de esos nuevos centros había derivado en la reducción efectiva de personal y de camas de muchos centros públicos para facilitar la dotación de las plantillas de los nuevos centros y la utilización de las camas hospitalarias de estos. También se notó la reducción presupuestaria de los centros públicos, en especial cuando se han aplicado recortes del gasto público en relación con la crisis económica.

En las fórmulas utilizadas en España, los recortes presupuestarios no son aplicables a los centros de gestión privada, cuyo “canon” anual acordado previamente a la firma del contrato no es susceptible de modificación sin un acuerdo. Otras medidas como la constitución de la Comunidad de Madrid como un

“área única” de libre elección de centro por parte del paciente ha facilitado la derivación de pacientes hacia algunos de estos centros públicos de gestión privada que aprovechan todas sus ventajas estructurales, como la gestión del personal, para ofrecer incentivos a este, que les llevan a obtener ventajas competitivas en cuestiones como las listas de espera.

El desarrollo actual del parque hospitalario público español está bastante completo y no parece ofrecer perspectivas inmediatas de desarrollo de un número significativo de nuevos centros.

La utilización de propuestas como la PFI o la concesión administrativa en la construcción de nuevos hospitales, ha demostrado en la Comunidad de Madrid una gran capacidad de superar cualquier criterio de planificación sanitaria razonable por razones ajenas a la mejora de la atención sanitaria en sí misma. Parece por eso, adecuado, establecer alguna regulación general por encima del criterio de cada comunidad autónoma que limite el desarrollo de nuevos centros bajo estas fórmulas, tal como sería la promulgación de una norma específica de carácter básico.

La perspectiva del establecimiento en el Reino Unido de una prohibición similar tras una utilización extensiva de la PFI, es sugestiva de que hay motivos no solo de carácter sanitario, sino principalmente financieros, suficientes como para recurrir a una regulación así.

La cancelación de los contratos de gestión privada en vigor antes de la finalización del plazo inicial previsto en los mismos no parece económicamente viable. Esperar al cumplimiento de los plazos, como se ha hecho en el caso del Hospital de Alzira, parece el único procedimiento viable financieramente acompañado del seguimiento más estricto de la gestión efectuada hasta que aquello se cumpla.

Para el caso de las concesiones administrativas, la mayor dificultad en la reversión de los contratos aparece en la absorción del personal que carece de relación con el Sistema Nacional de Salud.

Como he dicho, por estas razones que tocan la planificación sanitaria y el modelo sanitario me he permitido incorporar estas consideraciones al prólogo de esta edición y con ello aportar un grano de arena a la conmemoración de los cuarenta años de promulgación de la Ley General de Sanidad. Hacerlo es defender el Sistema Sanitario Público, y explicar el caso del Hospital de Torrejón es un buen ejemplo para ponerlo en valor y seguir reivindicándolo.

Dicho esto, recomendaría a los gobiernos de inspiración socialdemócrata que prestaran atención a la gestión privada de los hospitales públicos porque los ciudadanos expresan gran satisfacción en la asistencia que prestan algunos, tal como la Fundación Jiménez Díaz, mientras contemplamos el incremento exponencial de las pólizas de seguro privado.

Estos modelos de gestión privada, que según sus defensores no suponen privatización alguna porque se financian desde los presupuestos públicos, implican en todo caso un camino en esa dirección que supondría suplantar el Sistema Nacional de Salud por otra cosa, y por ello reclamo atención a los gobiernos con matriz socialdemócrata para no dejarse engañar, porque una cosa es la legítima actividad privada, tal como se contempla en la Ley General de Sanidad, y otro es el gran negocio y la burla institucional utilizando a las personas enfermas que buscan atención sanitaria.

No resulta exagerado decir que para la inmensa mayoría de quienes viven en España el Sistema Nacional de Salud es uno de esos raros proyectos sugestivos de vida en común que, como diría Ortega y Gasset, tienen capacidad suficiente para mantener la ilusión colectiva y la cohesión de una sociedad al margen de egoísmos insolidarios que en el estricto marco sanitario son de difícil comprensión¹.

He de agradecer bien vivamente la disponibilidad de la editorial Díaz de Santos y su colaboración en el desarrollo de esta segunda edición para conmemorar los cuarenta años de la Ley General de Sanidad.

1 Rodríguez Vigil, J.L. *Integración o desmoronamiento del S.N.S.* Thomson Civitas, 2008 pág. 26.

PRÓLOGO A LA 1ª EDICIÓN

La oportunidad para analizar ahora los porqués de una ley histórica

Me gusta mencionar que nuestro Sistema Nacional de Salud es uno de los mayores logros, si no el mayor, de la democracia española. Esta afirmación está basada en los resultados en salud de nuestro sistema, pero lo está también en el reconocimiento internacional en comparación con los modelos de otros países de nuestro nivel y, especialmente, en la valoración de la ciudadanía española.

Ningún logro, social, económico o democrático se alcanza por casualidad, sino que responden a decisiones políticas, a su correcto diseño y a una firme voluntad para su implementación. En el caso del SNS, el esfuerzo que supuso y que se explica con detalle en el libro que el lector sostiene, contó con la necesaria cooperación de administraciones públicas, sindicatos y la complicidad, como actores principales, de los profesionales sanitarios.

De todas estas cuestiones nos habla Pedro Sabando en su libro. Nos recuerda el proceso de construcción del actual SNS en primera persona. Nos relata hasta qué punto decidir una política de esta envergadura entraña controversias que es necesario superar y para lograrlo es imprescindible partir de unos objetivos políticos claros (universalidad, equidad, calidad). Y debe contar con la voluntad política clara y la determinación firme para vencer las resistencias que el nuevo modelo generaba.

Las controversias y resistencias no tenían entonces, ni tienen ahora, solo causas sanitarias sino que derivan de modelos de sociedad y de convivencia bien diferentes, entre ellas aspiraciones y expectativas de diversa índole especialmente económicas que, en todo caso, están alejadas del objetivo que finalmente se incorporó a ley: la vocación de promover también la cohesión social y territorial vinculada al propio diseño del sistema y del funcionamiento de los servicios sanitarios que lo componen.

Ciertamente, el éxito del Sistema Nacional de Salud no se refiere solo a los buenos indicadores sanitarios empezando por la esperanza de vida, sino que su misión sobrepasa ampliamente este objetivo, convirtiéndose en un potente instrumento de redistribución de la riqueza a la vez que un eficaz estabilizador social y democrático.

Y no solo por el empleo que genera, cualificado, estable y de calidad, con casi 500.000 empleos directos del sistema, sino también por la confianza y seguridad de la ciudadanía ante la enfermedad, sobre todo ante la aparición de una

enfermedad grave en la familia. Todas ellas son potentes razones para comprender por qué a juicio del 97% de la ciudadanía no se deben recortar los recursos destinados a la sanidad.

El Sistema Nacional de Salud se encuentra entre los tres más eficientes del mundo, entre los primeros en término de calidad y equidad según diversos rankings especializados como *The Lancet* o el índice *Bloomberg*; en 2019 se han cumplido 28 años de liderazgo continuado en trasplantes y contribuye a que España sea el país más saludable del mundo y el segundo con mayor esperanza de vida.

¿A qué se debe el éxito de nuestro sistema sanitario? No cabe duda de que en buena medida se debe a su diseño. El modelo diseñado en la Ley General de Sanidad parte del gran objetivo de universalidad. España es uno de los pocos países del mundo con sanidad universal. Conviene recordar esto porque, en ocasiones, damos por hecho que lo que tenemos está sólidamente asentado. Sin embargo, debemos acordarnos de que aún hoy la Cobertura Sanitaria Universal sigue siendo uno de los principales objetivos de la OMS para 2030. Igualmente no debemos olvidar la experiencia vivida en nuestro país con los cambios derivados del RDL 16/2012. En aquellos días revivimos, de nuevo, una de las batallas libradas en el diseño de la LGS. El sistema perdió su carácter universal para volver a épocas pasadas en las que el derecho a recibir asistencia sanitaria estaba limitado en función de criterios como la participación de los individuos en el mercado laboral. En este caso se ha contado con la resistencia no solo política sino también profesional, sindical y de organizaciones sociales que han sido bien conscientes del significado de disfrutar de un sistema nacional de salud.

La equidad como base para alcanzar la cohesión social y territorial a la que mandata la Ley General de Sanidad, ha permitido que nuestro sistema sea, junto con Holanda, el más accesible por razones económicas, especialmente si medimos el rechazo por estas mismas razones del 20% de la población de menor renta en la satisfacción de las necesidades de atención médica.

La calidad del sistema tiene que ver con las dotaciones de la más avanzada tecnología sanitaria que progresa día a día, con la amplia cartera de servicios y, sobre todo, con la formación de los profesionales con una acreditación mediante un sistema MIR para todo el territorio, lo que asegura una calidad homogénea y contribuye a la cohesión territorial.

No cabe duda de que el diseño recogido en la Ley de 1986 ha sido un enorme acierto. Siendo capaz de responder a la descentralización derivada de la distribución competencial del Título VIII de nuestra Constitución, ha previsto los mecanismos de cohesión que permiten su funcionamiento como Sistema. Ello ha permitido garantizar así el acceso y la calidad de los servicios a todas las personas sea cual sea su lugar de residencia o su origen social y económico. Para lograr estos objetivos era imprescindible una adecuada planificación de los

servicios que se ha logrado en nuestro sistema a partir de la Atención Primaria, que también ha resultado indispensable para lograr una atención integral que incorpora la promoción de la salud, la prevención y la rehabilitación además del tratamiento de las enfermedades.

El sistema se desarrolló en los años posteriores a la aprobación de la Ley y ha debido contar con la complicidad de las comunidades autónomas, los agentes sociales, los trabajadores del sistema y, sobre todo, con la ciudadanía, que se ha convertido en el principal valedor y cómplice de nuestra sanidad pública. Y, específicamente, hay que reconocer el papel cada vez más activo de las asociaciones de pacientes.

Aquí es obligado mostrar un enorme agradecimiento a Ernest Lluch, por su clara visión política, por su determinación y por su perseverancia en lograr la aprobación de la Ley 14/1986, General de Sanidad, y fijar así las bases de un modelo que va más allá de un buen sistema sanitario y que se ha convertido en un potente estabilizador social, un activo democrático y un redistribuidor económico.

Ahora, cuando se cumplen 20 años de su asesinato, es una oportunidad para que nuestra democracia haga ese reconocimiento a la persona que lideró la iniciativa junto a un equipo entusiasta y militante de la causa, entre los que se encuentra el autor del libro que el lector tiene entre manos y que le será de sumo interés para conocer los avatares de su elaboración.

Hoy las amenazas al modelo diseñado en la Ley no han desaparecido, como mucho se han transformado. Los procesos de privatización en algunas CC AA, los recortes sufridos a raíz de la crisis con la obsolescencia tecnológica consiguiente, son algunas de las amenazas que se ciernen sobre el sistema. A estas se unen las derivadas de las características demográficas y epidemiológicas donde la cronicidad adquiere una mayor atención y una nueva orientación de los servicios.

Los imparables avances del conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades hacen necesario también ser capaces de dar respuesta a la incorporación de las tecnologías avanzadas, la digitalización y la genómica, grandes desafíos económicos para el sistema. Pero a los que se debe enfrentar a partir de los principios de la Ley General de Sanidad.

Por todo lo anterior, este libro resulta ahora muy oportuno. Además de proporcionar información sobre los entresijos de la elaboración de esta ley histórica, nos debe servir de referencia para abordar las amenazas y los desafíos del SNS de hoy. Gracias a Pedro Sabando por el esfuerzo de escribir este libro, compartir sus experiencias y recordar así la figura de Ernest Lluch y su legado. Gracias por darnos las claves de ese pasado para que nos sirva de modelo para el futuro.

MARÍA LUISA CARCEDO
Ex Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

INTRODUCCIÓN

Aquella tarde del 21 de noviembre del 2000 yo tenía prisa. Pasé las primeras horas despachando asuntos pendientes en el grupo parlamentario socialista de la Asamblea de Madrid, intentando solucionar problemas que se habían “cronificado” en las diatribas con el llamado “gobierno progresista” de Ruíz Gallardón. Yo había sido elegido portavoz unos días antes.

Después, sobre las 18:30, me fui al hospital de La Princesa, donde me esperaba en Inmunología Armando Laffón, para visitar a Alberto Larraga y a los amigos del equipo de Emilio Muñoz, en el edificio del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de la calle Velázquez.

Yo estaba muy interesado, y lo sustentaba con algunas precisiones y datos que apoyaban el intento para desarrollar, en un modelo animal, el cuadro clínico de la artritis reumatoide. Pensaba en los primates.

Fue un debate muy interesante, aprendí mucho escuchando a los investigadores básicos. Había problemas, algo se hizo; pero de allí salió el esbozo de una tesis doctoral que llegó a un buen fin.

Tras la larga reunión, tomamos unos pinchos, unas cañitas y llegué a casa pasadas las diez de la noche. Cuando abrí la puerta, me percaté de que Julia me había advertido por la mañana que necesitaba al día siguiente ir a su laboratorio de inmunología del hospital Ramón y Cajal, muy temprano porque tenían un evento significativo. Ya dormía.

Mis hijos, Julia y Pedrito, también descansaban plácidamente.

Cené algo, releía las notas que había tomado en el CSIC y sobre las 23:00 horas sonó el teléfono. Era una llamada de Manuel Jesús González, diciéndome: “Lluch ha sido asesinado, ha sido la ETA”.

La noticia me emocionó extraordinariamente, llamaron de alguna radio y apenas pude balbucear palabra alguna, después todas las radios, las cadenas de televisión... confirmaban la noticia.

De los viejos amigos, llamó Fernando Ruíz Ocaña, también muy afectado.

De pronto, una decisión tonta e infantil, como impelido por una fuerza ajena, me llevó a asir y agrupar los tres cuadernos con apuntes y anotaciones de las relaciones entre Ernest y yo desde el primer día que me llamó para acompañarle al Ministerio de Sanidad.

Allí se expresaban muchas cosas. Coincidencias y discrepancias ideológicas notorias, con momentos diversos de agudización en materia sanitaria.

El modelo catalán de asistencia, el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), la descarada Ley de Blas Pérez, el presunto debate franquista al respecto, resúmenes no breves de los sistemas sanitarios, los Estados Unidos (EE UU), mi experiencia francesa, sus vivencias italianas —de las que era un gran conocedor—. La bibliografía de nuestros países europeos o el rumbo que tomaban las cosas desde Canadá a Nueva Zelanda. Algunas cosas de Cuba, poquitas de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). También había comentarios, y notas de debate sobre los grandes hospitales del tardofranquismo, sobre la Fundación Jiménez Díaz y mis vivencias con don Carlos y su entorno.

En fin, eran tres gruesos cuadernos tamaño folio, escritos en mi cuidada letra de aquellos años. Un tesoro. También aparecían, bien reseñados, amigos y adversarios de nuestra reforma sanitaria.

Pero había llegado una noche inhumana, una noche inclemente, cogí mis cuadernos, los rocié en alcohol y los reduje a cenizas en el jardín de la casa en que seguimos viviendo.

Algo debió escucharse, porque en plena hoguera, con la puerta de casa abierta, llegó Julia corriendo para preguntarme: “¡Qué haces, qué pasa!”, se lo dije, y con mucha tristeza, intentamos conciliar un sueño imposible.

Qué tristeza, nuestras coincidencias, nuestras peleas, diferencias o divisiones, se habían curado, porque siempre las habíamos abordado desde la máxima racionalidad.

Después de mi salida del Ministerio, Ernest Lluch había querido venderme su piso de San Sebastián, cercano a La Concha, porque sabía que mi padre era vasco y a mí me atraía aquella tierra. Posteriormente, Portugalete; pero lo más lamentable es que algunos de sus amigos más tontos seguían creyendo que nuestra relación de amistad y cariño se había roto al grito de “cuidado, que el *sub* se cae”.

Desconocían la relación que habían generado los Protomedicatos, porque tampoco conocían lo que había significado aquella paleoestructura histórica sanitaria.

Por todo esto, el libro que tienes en tus manos no está fundamentado en aquellas comentadas palabras, sino en la reconstrucción minuciosa de muchos acontecimientos que tuvieron evidente repercusión en aquellas notas, y reposan rigurosamente en citas bibliográficas que ofrecen otra dimensión a la gran peripecia vital vivida junto a Ernest Lluch, que había establecido como prioridad dejar aprobada una Ley General de Sanidad (LGS) por embravecidos, sectarizados y fuera de la realidad social y sanitaria donde se ubicaran nuestros adversarios políticos.

Ortega y Gasset dice en una de sus citas más repetidas y no por ello menos relevante, que la razón narrativa es la razón histórica, para lo cual es necesario

contar. La razón histórica solo consiste en narrar, porque el hoy solo puede conocerse gracias a su historicidad.

Por eso a los cuarenta años de la promulgación de la LGS, es adecuado narrar los acontecimientos acaecidos sin apriorismos ni pasiones.

Es un espacio de tiempo suficiente para escribir sobre las circunstancias de aquel tiempo, aunque siempre de manera imperfecta. En este relato falta desgraciadamente la figura del ministro Ernest Lluch.

Sin embargo, dada la trascendencia de esta norma, su profundidad en la realidad sanitaria, tanto previa como de la época, el cuidadoso abordaje que se hizo de la materia, así como las grandes dificultades a las que hubimos de enfrentarnos para sacarla adelante, autorizan a que con el sosiego del paso de los años intente hacer una aportación a su conocimiento desde la perspectiva histórica, ideológica, médica y personal.

Hablaremos de esta guía, que al día de hoy se reconoce como una gran ley que marcó una época; pero que sin embargo paradójicamente, por la vía de los hechos, están situándola en almoneda después de un trabajo de degradación que se inició poco después de ser aprobada, aunque todavía no han conseguido destruir el modelo.

El sector sanitario en la España de 1982 estaba muy politizado.

Médicos, enfermeras, auxiliares y demás oficios sanitarios manifestaban una preocupación política mucho más elevada que otros colectivos profesionales.

Los sindicatos corporativos eran importantes, por no decir que eran casi los únicos que estaban perfectamente estructurados en el panorama profesional español.

Los sindicatos de médicos y de enfermería tenían una elevadísima afiliación para aquellos tiempos. Esta situación estaba apoyada por las asociaciones colegiales que se resistían a perder parte del papel que habían jugado durante el franquismo.

Frente a ello, las gentes más progresistas se organizaban en asociaciones para la defensa de lo que consideraban un bien público tal como la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), entre otras.

Los sindicatos de clase contaban con unas federaciones sanitarias muy combativas y relevantes en la articulación de sus políticas, no solo sectoriales sino también generales.

El vigor político del sector sanitario era muy intenso y se manifestaba en todo tipo de actuaciones públicas y privadas, en los centros sanitarios y en la calle.

Cuando, en octubre 1982, el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) obtuvo la mayoría en las elecciones generales, se planteó, como objetivo fundamental, reformar la sanidad para adaptarla a las exigencias de asistencia y calidad compatibles con un Estado democrático.

A Ernest Lluch le correspondía tan apasionante tarea, su carácter abierto y tolerante lo llevó a rodearse de colaboradores avezados en las luchas dentro del sector y de profesionales rigurosos y respetados que abordaron, de cara y con ajustados recursos, debido a la crisis económica imperante en aquellas fechas, los problemas singulares que aquejaban a la sanidad española.

Ello fue posible gracias a la capacidad negociadora y no dogmática del ministro Lluch, quien introdujo mesura en el debate y logró racionalizar y moderar los “programas de máximos” de los colectivos que se manifestaban con posiciones y propuestas radicales.

Esa disposición, combinada con una actitud firme, asentada en muy sólidos principios democráticos y progresistas, hizo posible que, por ejemplo, quedara desactivada la Operación Primavera en 1984 contra el Gobierno del PSOE, promovida por los sectores más “retardatarios” del régimen anterior, que pretendían desestabilizarlo mediante la organización de una huelga general de los colectivos profesionales, encabezados por destacados personajes pertenecientes a la Organización Médica Colegial (OMC) y a la Confederación Empresarial (CEOE), a los que habrían de seguir otros grupos como el transporte, emulando así los movimientos que una década antes habían hecho irrespirable el ambiente político en el Chile anterior al golpe que derrocó a don Salvador Allende.

Fue Ernest Lluch quien impulsó la LGS y la Ley Orgánica de la Salud Pública (LOSP), normas que vinieron a sustituir a la Ley del SOE de 1942 y a la Ley de Bases de la Sanidad Nacional (LBSN) de 1944.

Esa reforma legal supuso el gran avance de su mandato, ya que estableció la universalización de la asistencia sanitaria para todos los españoles, acabando así con el sistema de atención basado en la beneficencia y ampliando hasta la totalidad de los ciudadanos el derecho a ser atendidos en igualdad de condiciones por la sanidad pública, pasando así del seguro de enfermedad al derecho a la salud proclamado por la Constitución Española (CE).

Bajo la impronta de su actuación se estableció un esquema de financiación de la sanidad basado en impuestos generales y no en cotizaciones sociales y se incorporaron nuevas prestaciones como la salud bucodental y la salud mental.

También promovió la articulación de la sanidad en torno a la nueva realidad del Estado Autonómico, propiciando transferencias sanitarias a las comunidades autónomas (CC AA) que accedieron al régimen autonómico por la vía del artículo 151 de la CE, estableciéndose el criterio de evaluación del coste efectivo de servicios por el que se efectuaron más tarde todas las transferencias de todos los distintos sectores del Estado a la CC AA, y fue creado el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) como órgano (teórico) de coordinación de todas las administraciones sanitarias, que de hecho perfilaba un vínculo de organización federal del Sistema Sanitario; pero en función de presiones y condicionantes políticos resultó fallido.

La competencia del Gobierno en materia sanitaria se estableció de acuerdo con la CE a través de diferentes vías que se reforzaron mutuamente y que conferirían al ejecutivo central una importante contribución en la puesta en práctica de la política sanitaria española.

Desde luego, la política sanitaria formaba parte de la política general del Estado, que correspondía fijar al Gobierno de la nación según el artículo 97 de la CE, con la colaboración de los Gobiernos autonómicos. La competencia estatal se reforzó a través de las facultades de coordinación.

Se trataba de una concertación obligada según pautas o procedimientos establecidos por el poder central para asegurar teóricamente una actuación conjunta del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Ya entonces pensábamos en los Estados federales y en las subvenciones, que han sido un instrumento de redistribución de renta o un mecanismo de ayuda para que las regiones menos desarrolladas económicamente pudiesen prestar, por sí mismas, los servicios que el estado de bienestar demandaba. En España, en una fase de afirmación de las CC AA, se había tendido a prestar atención preferente a las posibilidades neointervencionistas que este tipo de ayuda representaba.

Pero ciertamente, el Estado tenía suficientes títulos de intervención en materia sanitaria reforzados por una reconsideración jurisprudencial de la actuación central en el ámbito económico.

No olvidemos que, en el caso de la política sanitaria, estaba en juego la protección de derechos como es el de la salud, o de principios como la igualdad, que contando además con un reconocimiento legal concreto, tienen también una indudable exigencia de garantía nacional.

En cualquier caso, podemos concluir que la propia evolución de la jurisprudencia sobre las subvenciones en materia económica, unida a la adecuada ponderación de otros títulos estatales de intervención sobre la sanidad, hicieron posible que el Gobierno central dispusiera en relación con las subvenciones sobre gasto sanitario, de facultades no muy alejadas de las que tienen las federaciones en nuestro tiempo².

La Ley del medicamento, la introducción del uso de genéricos en el SNS, así como la retirada de asociaciones medicamentosas de dudosa utilidad terapéutica a través de los planes PROSEREME, supusieron en su conjunto una auténtica revolución en el ámbito de la utilidad técnica del medicamento.

Algo parecido ocurrió con la participación de los ciudadanos y sus asociaciones en la defensa de sus derechos. Con Lluç se dio carta de naturaleza a los derechos de consumidores mediante la elaboración de la primera Ley de Consumidores y Usuarios, ley que equiparó a los consumidores españoles con

2 Juan José Solozábal Echevarría. Fundación Alternativas. Documentos de Trabajo 89/2006.

el resto de los ciudadanos europeos, y mediante la creación de las primeras Oficinas (municipales) de Información al Consumidor (OMIC).

Ese superficial y exhaustivo recuento no viene sino a expresar el enorme calado que tuvo la gestión de Ernest Lluch al frente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Una gestión que yo no dudaría en calificar como la más prolífica y enriquecedora de las que protagonizaron los gobiernos socialistas. Fue una etapa de intenso trabajo, de desafíos gigantescos, de riesgos enormes que no hubieran sido posibles sin la personalidad del ministro afable y cercano, tan respetuoso con las discrepancias como firme y beligerante en la defensa de sus convicciones.

Tan fuerte fue la impronta que dejó en sus más próximos colaboradores, que cuarenta años después de aquel período irrepetible me es imposible separar la extensa relación de iniciativas políticas en que estuvimos empeñados, de su recuerdo en que durante largas horas se afanaba para convencer a los no convencidos de la bondad y de la certeza de sus propuestas³.

Los primeros meses de la legislatura se caracterizaron por los más variados debates que tocaban desde la necesidad de una ley a la simple y tradicional coordinación sanitaria pasando por el problema de los variados conciertos, la libre elección de médicos, los modelos sanitarios, etc.

En aquellos momentos no teníamos un borrador, de manera que el ministro discutía informal pero pormenorizadamente con directores generales, asesores, amigos personales, conmigo, o con consejeros autonómicos.

Las reuniones conmigo duraban tanto como fuera necesario para explicar con detalle las posiciones de cada uno. En una de esa reuniones el ministro hizo referencia a la necesidad de estudiar el modelo sanitario canadiense que regulaba, a su juicio, adecuadamente la relación entre el gobierno central y las provincias. Desgraciadamente no prestamos la atención debida a dicho modelo que hubiera sido extraordinariamente adecuado.

En fin, en último extremo reflexionábamos relajada y apaciblemente en torno a los que habían de ser conceptos centrales de la ley. Fue un tiempo agradable.

No olvidamos tampoco, en ningún momento, prestar la atención debida a la investigación. Don Severo Ochoa clamaba diciendo, “yo siempre digo que lo que más falta hace en España es ambiente científico; que no hay un ambiente que favorezca la dedicación a la investigación científica. Indudablemente esa investigación necesita medios, pero puede hacerse con buenas cabezas aunque los medios sean relativamente escasos. Pienso que es esencial un interés, una comprensión por parte de la comunidad y quizá, sobre todo, por parte de los organismos gubernamentales. Me parece que eso falta todavía y hay que promocionarlo intensa y urgentemente”.

3 Pedro Sabando. Ernest Lluch, “El ciudadano ministro”, revista *Temas para el debate* (2009).

Decía Rodríguez Vigil que “la prestación de servicios sanitarios y todo el complejísimo y variopinto entramado de normas, actividades, corporaciones, pautas de conducta individuales y sociales, profesiones, valores, intereses económicos, etc., que tejen y destejen su acción en este terreno y sus alrededores, ha sido probablemente, uno de los ámbitos de la vida española que se benefició de un cambio de mayor profundidad durante dicho Gobierno del PSOE y donde poco se parece el resultante de la acción socialdemócrata con la realidad preexistente, que había sido acuñada por el franquismo”.

“Probablemente se ha destacado poco que las cosas fueran como fueron en este terreno, debido al tesón, energía y paralela prudencia desplegadas por unos equipos humanos muy distintos a los del franquismo en su composición personal, formación y hábito vital. Y es que, hasta para cazar ratones, no es indiferente que se utilice un gato u otro”.

“Pienso que esta es precisamente una de las razones por las que en el medio sanitario se lograron hacer cosas que han supuesto verdadero cambio y también que el resultante haya llegado a tener la solidez y respetabilidad social que efectivamente tiene”⁴.

4 Juan Luis Rodríguez Vigil. Prólogo de *La Década de la Reforma Sanitaria*. Fernando Lamata y Francisco Ortega (1998).

Antecedentes históricos

Aunque muy someramente, he de revisar acontecimientos sanitarios que ya tienen el carácter de históricos, para ofrecer un marco político que haga comprensible la necesidad de una LGS que respondiera tanto a las demandas del mundo sanitario como a la exigencia de dotar a España de una organización sanitaria moderna de manera concordante con lo establecido en los artículos 41 y 43 de la CE de 1978.

El ministro Lluich era historiador del pensamiento económico, pero era también buen conocedor del pensamiento de la ciencia que le llevó a trabajar sobre la cuarta parte del proyecto de código sanitario que publicó en 1979 a propósito de otras concepciones de la policía sanitaria vigentes en la España de finales de la Ilustración.

Vamos pues a comenzar por el Protomedicato, para iniciar la descripción de los esbozos de la organización sanitaria.

Dícese que el Protomedicato era el tribunal formado por los médicos del rey, que examinaba y concedía las licencias para el ejercicio de la medicina.

En el reino de Aragón existía durante el siglo XIV, en Castilla fue creado por los Reyes Católicos en 1477, reorganizado en los siglos XVI y XVII, suprimido en 1804 y restaurado en 1811⁵.

Durante el período en el que España fue la potencia hegemónica mundial, se desarrolló un complejo sistema sanitario centrado principalmente en el Protomedicato castellano y otras instituciones peculiares de la Corona de Aragón y del Reino de Navarra. Los recientes estudios históricos comparados están poniendo de relieve que fue uno de los sistemas más avanzados de la época, así como la directa influencia que tuvo en la organización sanitaria de la América colonial y de los territorios europeos entonces unidos a la Corona Española. Los elementos básicos de dicho modelo sanitario permanecieron vigentes durante el siglo XVIII. La sustitución de este sistema propio del antiguo régimen por otro acorde con los supuestos ideológicos liberales y la sociedad de clases

5 Santiago Muñoz Machado. *La formación y la crisis de los sistemas sanitarios públicos*. Página 122. 1995. Alianza Editorial.

secularizada se produjo tanto en España como en la mayor parte de los países del occidente europeo a lo largo de la primera mitad del siglo XIX⁶.

Con motivo de la epidemia de fiebre amarilla, las Cortes de Cádiz encargaron la redacción de un reglamento sanitario al Protomedicato existente, a cuyos miembros vendrían a sumarse los médicos pertenecientes a una Comisión de Sanidad de las propias Cortes creada ante la grave situación sanitaria determinada por la epidemia en 1811⁷.

A partir de esos acontecimientos, las Cortes gaditanas establecen en la CE de 1812 en su artículo 321 la sanidad como función administrativa que se atribuye a los entes locales y se desarrolla para atender epidemias y salubridad.

El Protomedicato choca con las funciones de la Junta Suprema de Sanidad creada en 1721 con réplicas a nivel provincial o municipal que estaban constituidas por el Obispo o el Vicario o el Cura más antiguo, el Jefe Político, el Intendente, una persona de la Diputación, así como médicos o vecinos que tenían atribuidas todas las competencias sanitarias.

Esta actuación administrativa del Protomedicato durante las Cortes de Cádiz fue la última, hasta que Fernando VII la suprimió⁸.

El primer intento cabal para la puesta al día de la estructura sanitaria existente fue el Código sanitario de 1822, que se planteó como proyecto de Ley y no salió adelante por la caída de los liberales tras el Trienio Liberal y la recuperación del poder por el absolutismo.

Fue elaborado, entre otros, por Mateo Seoane, Francisco Fabra y Pedralbes, con el apoyo de la Academia Médica Matritense. Contemplaba de manera integral los problemas sanitarios, llegando a proponer la instauración de dispositivos que podrían entenderse como de atención primaria, así como fórmulas de prevención de epidemias tal y como se desprendía del espíritu de la Constitución gaditana.

El cuerpo de doctrina se agrupaba en cuatro partes. En la primera, ofrecía las bases para organizar un sistema sanitario a fin de buscar la mejor salud a los españoles. La segunda y tercera se centran en la vigilancia de las epidemias, ocupándose la cuarta de la higiene pública, para cuidar tanto la salud de los pueblos como hacer salubres los lugares⁹.

Parece que el debate sobre la descentralización fue una de las causas del fracaso, así como el concepto liberal de que la Salud Pública atentaría contra la libertad y el derecho de los ciudadanos.

6 José María López Piñero. *La introducción en España del Sistema Sanitario Liberal*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.

7 Santiago Muñoz Machado. *La formación y la crisis de los sistemas sanitarios públicos*. Páginas 16, 17 y 18. 1995. Alianza Editorial.

8 Santiago Muñoz Machado. *La sanidad pública en España*. Páginas 72, 80, 82 y 83. 1975. Instituto de Estudios Administrativos.

9 Prólogo de la Ley General de Sanidad.

Tras este fracaso, durante la Década Moderada, Seoane participó en la solución de diversos problemas sanitarios, y en 1845 le encargan la elaboración de un Decreto Orgánico de Sanidad que había de entregar en su tercera redacción en octubre de 1846.

Se publica como Real Decreto Orgánico de Sanidad en marzo del 47, y de hecho, se convierte en el punto de partida del moderno SNS¹⁰. Por otro lado, la Junta Suprema de Sanidad es suprimida en 1847, y se crea una Dirección General de Sanidad, y como órgano consultivo el Consejo de Sanidad del Reino, adscrito al Ministerio de Gobernación.

Seoane había cedido en su posición a un modelo centralizado, en el que la Sanidad era una función del Gobierno de la nación; pero lo sustancial es que este decreto expresaba los conceptos que había suscrito y defendido durante más de 25 años.

Las asesorías que requirieron el aparato administrativo creado por este decreto van a permitir que, los médicos salubristas que decidieron dedicarse a prestar apoyo al poder público en el ámbito de la sanidad, vayan a poder incorporarse a dichos trabajos con carácter voluntario, honorífico y gratuito¹¹.

Hay que esperar hasta el Bienio Progresista (1854-1856) para que la Ley Orgánica de Sanidad (LOS) de noviembre de 1855 sea promulgada por Isabel II, para consolidar y desarrollar el Decreto de Organización de la Sanidad de 1847.

Esta LOS de 1855 se activa como consecuencia de la segunda epidemia de cólera que se inició en 1853 y causó 200.000 muertos.

Era presidente el General Espartero, y Julián Huelves ministro de Gobernación, de quien dependería la estructura que desarrolla la Ley a través de la Dirección General de Salud, que establece un Real Consejo de Sanidad como órgano asesor.

En ella se ordenan las fuentes provinciales y municipales de sanidad así como la reglamentación de los partidos médicos, cediendo a los ayuntamientos las competencias en salubridad y en la contratación de plazas de médicos y farmacéuticos para la asistencia a los pobres.

Esta Ley de 1855 no aborda los problemas que se desprenderían de ocuparse de la función asistencial, ni de la salud individual, limitándose a tratar el abordaje de los aspectos preventivos de las enfermedades, contemplando expresamente las de origen exótico, que exigen cuarentenas y se atenderán a través de la sanidad marítima¹², tratando a su vez desde la sanidad interior o terrestre la

10 José Manuel López Piñero. *M, Seoane, La introducción en España del Sistema Sanitario Liberal. (1791-1879)*, página 49. 1984.

11 José Javier Viñes. *La sanidad española en la segunda mitad del siglo XIX*. Página 73.

12 José Javier Viñes. *La sanidad española en la segunda mitad del siglo XIX*. Página 75.

exclusión de las cuarentenas y la regulación de los médicos titulares, así como del ejercicio libre y su relación con el servicio público.

Esta Ley sí se ocupa exhaustivamente de la sanidad exterior, que llevaría años más tarde a separar, reformando las competencias pertenecientes a la misma, y a lo que haría referencia a la sanidad interior.

Esta Ley de 28 de noviembre de 1855 disfrutó de larga vida.

Modificaciones parciales de escasa entidad se le introdujeron; pero la aprobación de otra ley sobre sanidad no se consiguió en todo el siglo, pese a que se intentó en diversas ocasiones.

La sanidad preocupaba poco, también a los gobiernos en este período, porque lo necesario para mejorar las condiciones sanitarias del país era una labor poco lucida políticamente y porque los problemas sanitarios solo se manifestaban frente a la administración en períodos de excepcionalidad epidémica.

Pasada la emergencia, la rutina volvía a dominar y todo retornaba a su estado anterior.

Se reintentó posteriormente, a final de siglo, presentar ante el Senado un proyecto de Ley de Bases de la Sanidad que no llegó a convertirse en ley por razones ajenas a las sanitarias¹³.

La actualización de la Ley de 1855 es imposible sacarla adelante como tal, y es don Antonio Maura quien firma el decreto en enero de 1904 que aprueba la Instrucción General de Sanidad (IGS).

Esta medida forma parte del programa político de Maura, cuando señalaba, “hagamos la revolución desde arriba para evitar que surja desde abajo”.

Reinaba Alfonso XIII, y el texto lo inspira, prepara y promueve el doctor Carlos María Cortezo. En ese decreto se mantiene el esquema organizativo de 1855 y, curiosamente, con esta norma, desaparece la Dirección General de Sanidad, que se restaura en 1922 perviviendo hasta 1977, en que la función pública de la sanidad se integra en el Ministerio de Sanidad.

Su estructura contempla: la organización consultiva a través del Consejo de Sanidad, las Juntas provinciales y las Juntas municipales; la Organización Inspectoral y las propias Juntas; la Organización Inspectoral estaba integrada por inspectores generales, provinciales y municipales; las profesiones sanitarias tanto libres como oficiales; el régimen sanitario interior y los servicios generales entre los que se incluye la sanidad exterior¹⁴.

El cambio se inició cuando el Estado empezó a hacerse cargo de la financiación de determinados servicios que hasta entonces habían sostenido los entes locales¹⁵.

13 Santiago Muñoz Machado. *La sanidad pública en España*. Página 121. 1975.

14 José Manuel López Piñero. *M. Seoane: La introducción en España del Sistema Sanitario Liberal (1971-1870)*. Página 213. 1984.

15 Santiago Muñoz Machado. *La Sanidad pública en España*. Página 129. 1975.

Con esta norma se abandona la llamada sanidad defensiva, basada en cuarentenas, lazaretos y cordones sanitarios para pasar a la “ofensiva”, basada en las inspecciones y sanciones¹⁶.

La Administración Pública amplió su ámbito de acción sanitaria con la aprobación de la instrucción de 1904.

En las sucesivas normas que se van aprobando se aportarán elementos nuevos pero no desdejarán los antiguos y, frente a destellos renovadores, perdurarán categorías pretéritas e inválidas, ya en relación con aquellos momentos¹⁷.

Solo queda ya, para completar esta asunción de la sanidad por el Estado, la centralización de los medios personales de gestión de estos servicios que dependían en buena parte de los ayuntamientos, mediatizados por los directores estatales. El paso al ámbito estatal de los sanitarios locales tardaría algunos años en producirse.

De nuevo una epidemia, en este caso de gripe, la que tuvo lugar entre los años 1918-1919, vuelve a evidenciar las deficientes estructuras sanitarias de España, llegando a reclamarse desde el *Siglo Médico*¹⁸ una dictadura sanitaria¹⁹.

Como hemos señalado antes, la IGS de 1904 había establecido la responsabilidad de los ayuntamientos en elaborar los reglamentos de higiene, y es durante la dictadura de Primo de Rivera cuando se regulan y limitan las competencias de las administraciones locales en una norma centralizadora que Santiago Muñoz Machado denomina “estatalización de los reglamentos sanitarios. Solo queda ya para completar esta asunción total de la sanidad por el Estado la centralización de los medios personales de gestión de estos servicios, que dependían en buena parte de los ayuntamientos, mediatizados por las directrices estatales”²⁰.

El paso al ámbito estatal de los sanitarios locales tardaría aún algunos años en producirse.

Resultado de la tensión entre competencias y las necesidades sanitarias surgen los Institutos Provinciales de Higiene.

Durante este período de dictadura se crea la Escuela Nacional de Sanidad²¹ (ENS) para formación técnica del personal sanitario en 1924 y tres años después se fusionan en un cuerpo único de Sanidad Nacional los tres preexistentes de sanidad exterior, interior e instituciones sanitarias, de manera que todos pueden trabajar indistintamente en las diferentes áreas.

16 Santiago Muñoz Machado. *La Sanidad pública en España*. Página 143. 1975.

17 Santiago Muñoz Machado. *La Sanidad pública en España*. Página 143. 1975

18 Una revista especializada de la época.

19 Rafael Huertas. Política sanitaria de la dictadura de Primo de Rivera a la II República. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 74, 2000.

20 Santiago Muñoz Machado. *La formación y la crisis de los sistemas sanitarios públicos*. Página 149. 1995. Alianza Editorial.

21 Actualmente se encuentra integrada en el Instituto de Salud Carlos III.

Con la Segunda República se intentaron abordar con rapidez distintos problemas a partir de un incremento del presupuesto en materia sanitaria, durante el primer bienio, de un 150% aproximadamente, pensando en la posibilidad de crear una infraestructura sanitaria de carácter asistencial hasta entonces inexistente.

Aunque eran tiempos de políticas micro en relación con la higiene sanitaria, la desinfección y la desinsectación, no se olvidan políticas de largo alcance, y el 10 de mayo de 1932 Francisco Largo Caballero, ministro de Trabajo y Previsión, a través de Orden del propio Ministerio, “encarga al Instituto Nacional de Previsión un proyecto de seguro de enfermedad, otro de invalidez y muerte y el estudio necesario para la unificación de los seguros sociales de invalidez, vejez, maternidad, enfermedad y muerte y su coordinación con los seguros de accidentes del trabajo”, en desarrollo del artículo 46 de la CE republicana de 1931.

En 1935 estaba elaborado un anteproyecto de Ley acerca de un SOE; pero en aquel momento Francisco Largo Caballero ya no era ministro de Trabajo sino que el titular era José Oriol Anguera de Sojo, y presidente del Consejo de ministros Alejandro Lerroux García.

El anteproyecto se quedó en un cajón. Es un buen ejemplo para tener en cuenta que en el período republicano hay, en materia sanitaria, diferencias entre el Bienio Republicano Socialista, el Bienio Radical Cedista y el período del Frente Popular, aunque el denominador común desde las diferentes perspectivas fue el intento de adoptar un modelo que permitiera desarrollar una infraestructura sanitaria. En julio de 1934, siendo ministro de Trabajo José Estadella Arnó, se aprueba una Ley de Coordinación Sanitaria, que plantea algunas cuestiones altamente novedosas en aquellas fechas²².

Esta ley crea unas Mancomunidades sanitarias obligatorias, donde confluyen las autoridades con responsabilidades en la materia en los distintos niveles territoriales por debajo del provincial²³, con las excepciones de Madrid, las capitales de más de 150.000 habitantes o de aquellas cuyos servicios sanitarios estuviesen perfectamente atendidos con anterioridad a la promulgación de la ley.

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 titularidad originaria, esta medida conceptúa a la sanidad como una función pública de colaboración reglada de actividades municipales, provinciales y estatales bajo la dirección técnica y administrativa del Estado.

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

22 Rodríguez Ponga, E. *La sanidad en la II República Española*. Página 7.

23 Mansilla Izquierdo, P. Pablo. *Reforma Sanitaria. Fundamentos para un análisis*. Páginas 159-160. 1986.

la ordenación de la sanidad pública española, cual era 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.

Sin embargo, 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 sin embargo los resultados prácticos sean completamente nulos”. Al mismo tiempo esta norma busca mejorar las condiciones de los médicos titulares de los ayuntamientos con un incremento considerable de sus salarios y encomendando a los gobernadores de provincia la vigilancia del puntual cumplimiento de sus obligaciones por parte de los responsables municipales²⁴.

Sin embargo, todo ello tropezaba con la insuficiencia económica de los municipios²⁵. El presupuesto estatal dedicado a la sanidad era escasísimo y ya entonces costear un servicio sanitario medianamente bien organizado, suponía situar a este sector entre las primeras partidas del nuevo presupuesto²⁶. Esta ley tuvo una vida extremadamente corta, ya que fue derogada en parte por la propia República y totalmente tras la Guerra Civil²⁷.

Posteriormente, en febrero de 1936 se publica un Orden Ministerial al efecto de organizar los centros primarios y secundarios de higiene rural.

Durante la Guerra Civil y siendo ministra Federica Montseny, en 1937 se despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo.

Al considerar la política sanitaria republicana, es necesario enfatizar la función que desarrolló Marcelino Pascua Martínez.

Nombrado por el primer gobierno de la República director general de Sanidad desde abril de 1931 a abril de 1933, intentó una reforma sustancial del sistema y de la estructura sanitaria dando prioridad a la higiene pública y a la medicina preventiva, dependientes de la gestión estatal, mientras que proponía además un SOE para resolver la atención médica o asistencia sanitaria propiamente dicha.

24 Townson, N. “Saneando la sanidad. La Ley de Coordinación sanitaria de 1934”. *Cuadernos Republicanos*. Página 57, 2005.

25 Lourdes Farrerons Noguera. *Historia del Sistema Sanitario Español. Debates parlamentarios (1812-1986)*. 2013. Díaz de Santos.

26 Santiago Muñoz Machado. *La sanidad pública en España*. página 155. 1975.

27 Mansilla Izquierdo, P. *Reforma Sanitaria. Fundamentos para un análisis*. Páginas 159-160. 1986.

Modificó sustancialmente la estructura de la Dirección General dando cabida a nuevas unidades, algunas tan significativas como la psiquiatría o la higiene mental.

Igualmente, impulsó la investigación, desarrollando la Comisión de Investigaciones Sanitarias, y publicó, como un auténtico adelantado, el Boletín de Información Sanitaria, órgano del sistema también creado por el doctor Pascua²⁸.

Sus iniciativas tuvieron contestación por los médicos titulares en su época y fueron contrarrestadas por la acción conservadora del siguiente bienio, pero marcaron una tendencia que fue altamente considerada con posterioridad.

Tras la Guerra Civil, el asunto sanitario que había sido objeto de muchos años de debates no estaba solucionado. Los intereses corporativistas y las mutuas patronales defendían su espacio; pero se impuso el pensamiento y la política falangista impulsada por el propio ministro de Trabajo, Girón de Velasco, que dio lugar a la ley de 14 de diciembre de 1942, constituyendo el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) dependiente del Instituto Nacional de Previsión (INP).

Este sistema garantizaba al trabajador, a través del pago de una cuota vinculada al trabajo, prestaciones sanitarias ejercidas por profesionales médicos y de enfermería asalariados que fue desarrollando progresivamente una estructura sanitaria de ambulatorios y hospitales muy importantes²⁹.

En 1944 se promulga la LBSN, siendo ministro Blas Pérez y director general de Sanidad el doctor Palanca, cuyo esquema organizativo es el mismo que estableció la Ley de 1855, incluso en la forma que adoptó la tradicional estructura de la Ley de Bases, de manera que aquella administración se sintió investida de un extraordinario poder reglamentario que ejercerá apoyándose ficticiamente en inadmisibles habilitaciones de la Ley de Bases³⁰.

El máximo órgano sanitario español se constituía un siglo antes en la Dirección General de Sanidad, analizando los nuevos problemas y la salud de la colectividad sin salir del ámbito de lo que podría calificarse como preventivo.

Junto a la Dirección General de Sanidad, aparece el Consejo Nacional de Sanidad de nuevo, cuya insuficiencia provoca la aparición de nuevos órganos asesores³¹.

A partir de la LBSN, el sistema se fundamentaba en dos conceptos definitorios de lo que era la sanidad.

28 Bernabéu Mestre J. "La utopía reformadora de la II República. La labor de Marcelino Pascual al frente de la Dirección General de Sanidad. 1931-1933". *Revista Española de Salud Pública*. Monográfico 74. 2000.

29 Prólogo de la Ley General de Sanidad.

30 Santiago Muñoz Machado. *La sanidad pública en España*. Página 176. 1975.

31 Santiago Muñoz Machado. *La sanidad pública en España*. Página 182. 1975.

El primero se refiere a las medidas gubernativas encargadas de garantizar la salud colectiva, cuya traducción práctica es el dispositivo de higiene de enfermedades transmisibles dependientes de la Administración del Estado.

El segundo se refiere a las medidas necesarias para la protección de la salud de las personas individualmente consideradas, que a su vez se concreta en dos alternativas diferentes: una dependiente del Estado que dice garantizar la asistencia individual a las personas que demuestren no tener recursos económicos suficientes (beneficencia) y otra es que cada persona se responsabilice de su salud a través del sistema de libre ejercicio profesional de los médicos.

Esta ley no estructuraba la asistencia, salvo cuando se tratara de enfermedades de importancia sanitaria social; pero las funciones asistenciales crecen, se dispersan y son asumidas por diferentes administraciones públicas que funcionan sin ninguna coordinación manteniendo el concepto general de que cada individuo sea responsable de proveer el cuidado de su salud en el ámbito privado.

Este decimonónico concepto está, de hecho, quebrado cuando se promulga esta ley, porque en 1942, dos años antes, se aprueba un sistema de previsión y asistencia a los trabajadores que crea sus propias estructuras sanitarias al margen de la organización general que establecía la LBSN de 1944, desarrollándose de acuerdo con los nuevos criterios que se imponen tanto en el ámbito de la protección social como en el de la atención médica³².

Estaba por tanto el debate de nuevo planteado entre dos formulaciones diseñadas en la respectivas leyes, que de hecho escondían consciente e inconscientemente dos modelos de organización sanitaria.

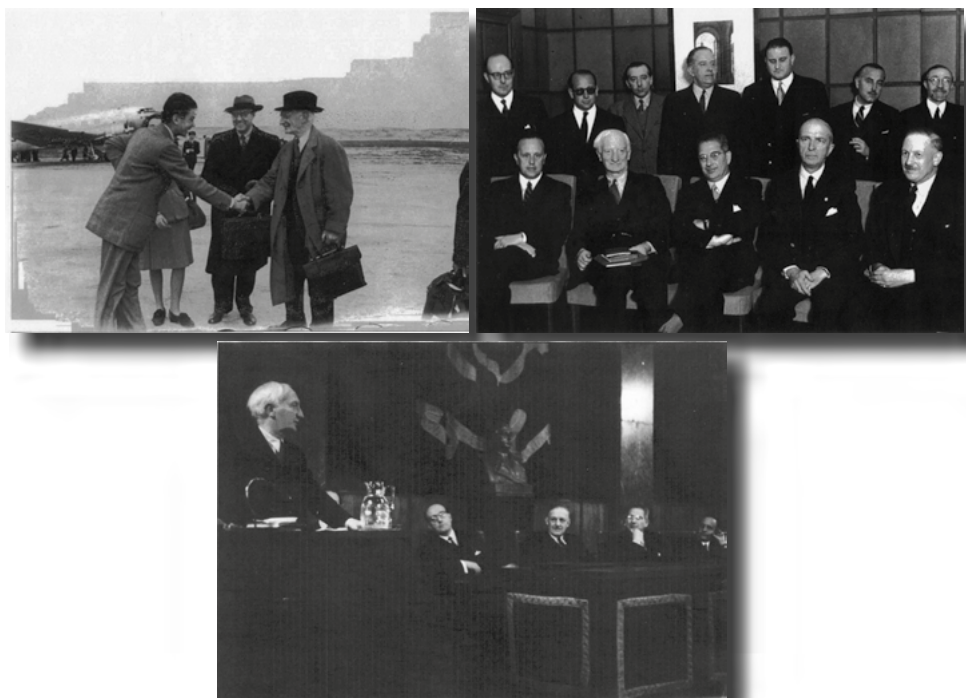
En el marco de este debate y solo en él puede entenderse la presencia de William Beveridge en Madrid, invitado solemnemente, recibido y escuchado en sendas conferencias por las autoridades del momento.

Pese a que el pensamiento sanitario del señor Beveridge estaba en las antípodas de la estrategia que seguía el Gobierno de Franco en la organización de los recursos sanitarios, fue acompañado en todo momento por los jefes de aquel gobierno desde Barajas a posar en lo que había de ser el INP o a escuchar su conferencia en el CSIC. Siempre acompañado de uno o varios ministros.

Nunca pude saber la impresión que se había llevado Sir Beveridge de nuestro país. Se adjuntan las tres fotografías³³.

32 Prólogo de la Ley General de Sanidad.

33 Fotografías cedidas por el Dr. José Manuel Freire.



No podemos olvidar que Sir Beveridge proporcionó las bases teóricas para la instauración del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS por sus siglas en inglés) por el gobierno laborista después de la II Guerra Mundial, que proporcionó a Inglaterra un nivel científico y sanitario de primer orden mundial, siendo fuente de inspiración para las reformas sanitarias que se llevaron a cabo en muchos países.

En España, la aprobación de las citadas normas en 1942 y 1944 dieron lugar al desarrollo de un buen número de estructuras sanitarias públicas superpuestas en ocasiones e inconexas entre sí, que intentaron articularse con fórmulas de coordinación, de comisiones interministeriales e incluso con la Ley de Hospitales de julio de 1962 en un intento de construir la red hospitalaria nacional, creando una Comisión Central de Coordinación Hospitalaria sin que se consiguieran resultados significativos de carácter satisfactorio³⁴, lo que produce desasosiego entre los responsables sanitarios e inquietud entre los profesionales que los viven desde los colegios de médicos como otro fracaso, de ahí que en diciembre de 1972 se cree la Administración Institucional de la Sanidad Nacional como organismo autónomo. En él se fusionan todos los servicios que con anterioridad habían tenido tal carácter autónomo y habían funcionado con independencia.

³⁴ Ley 37/1962. De 21 de julio, acerca de hospitales.

Las instituciones integradas fueron: el Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax, Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, Hospital del Niño Jesús, Instituto Oftalmológico Nacional, Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Oncología, Instituto Leprológico y Leprosaría Nacional de Trillo, Centro Nacional de Lucha contra las Enfermedades Reumáticas, centros maternos y pediátricos, hospitales rurales y centros de urgencia dependientes de la Dirección General de Sanidad, Dispensario Central de Rehabilitación e Instituto Español de Hematología y Hemoterapia, así como los centros nacionales de sanidad de Majadahonda³⁵.

También se les había encomendado a las diputaciones provinciales, al parecer de acuerdo con la Ley de Bases, el establecimiento de servicios hospitalarios para la asistencia médico-quirúrgica, infantil, maternal, psiquiátrica y servicios para enfermos infecciosos.

Frente a estas estructuras, la Seguridad Social (SS) incrementaba su desarrollo con instituciones hospitalarias y extrahospitalarias que destacaban frente a las señaladas anteriormente por su modernidad.

En la década de los 60, especialmente en su segunda parte, el mundo sanitario español comienza a preocuparse por la formación profesional de los licenciados en medicina hasta el punto de convertirse en un debate prioritario en las instituciones sanitarias, ya que los títulos de especialista tenían un carácter exclusivamente administrativo.

La legislación vigente abría la posibilidad de realizar la especialización, bien a través de escuelas profesionales o simplemente demostrando que se había ejercido la especialidad durante dos años o por haber estado inscrito como tal durante ese tiempo en el colegio de médicos.

El retorno a España, adecuadamente formados, de médicos que en la anterior década se habían preparado trabajando en USA, Inglaterra, Alemania o Francia fue una pieza decisiva para incorporar esta materia a las preocupaciones generales de manera que en algunos hospitales liderados por la Clínica de la Concepción desarrollaron programas de formación de postgraduados.

En 1966 en el Hospital General de Asturias incorporan la figura de médico interno y residente a la estructura del propio hospital.

En 1967 se crea el Seminario de Hospitales con Programa de Graduados (SHPG), con el fin de desarrollar criterios homogéneos en cuanto a la selección de aspirantes y evaluar la idoneidad de los hospitales docentes. Esfuerzos dirigidos a modificar la legislación para obtener el título de especialista.

En 1970 el Seminario convocó por primera vez un examen de selección de precandidatos para ocupar plazas de formación de especialistas.

35 Santiago Muñoz Machado. *La sanidad pública en España*. Página 182. 1975.

Estas innovaciones determinantes en tal proceso no fueron bien acogidas por las autoridades del régimen, porque tuvieron un desarrollo con frecuencia conflictivo por la participación de los médicos residentes que crearon su propio Seminario y que definió la situación desde el llamado manifiesto MIR.

Los hospitales fundadores del SHPG fueron: General de Asturias, el Santiago Apóstol de Vitoria, Casa de Salud Valdecilla de Santander, los hospitales de Madrid Puerta de Hierro, la Fundación Jiménez Díaz, La Paz, y el Provincial Francisco Franco, así como los hospitales de Barcelona Santa Creu y San Pau y la Ciudad Sanitaria Francisco Franco.

El SHPG fue dirigido por el Dr. Segovia de Arana con la importante colaboración del Dr. Rojo Fernández y los trabajos de los Dres. Hernando y Villalobos.

Los documentos y resultados del seminario fueron recogidos en un libro monográfico publicado en 1971 y dado a conocer a las autoridades sanitarias del régimen.

El SHPG dejó de estar operativo poco tiempo después, desapareciendo en 1979 tras la incorporación del Dr. Segovia de Arana a la Secretaría de Estado de Sanidad.

Desde la creación del SHPG los residentes colaboraron con este proyecto y también discreparon de todo lo que les parecía insuficiente o equívoco.

En diciembre de 1968 se creó el Seminario de Residentes (SMIR) constituido por médicos internos y residentes de los siguientes hospitales: General de Asturias, Sant Pau, Francisco Franco Barcelona, La Fe de Valencia, Virgen del Rocío de Sevilla, La Paz, Puerta de Hierro y Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Fruto de los trabajos de este seminario el 14 de mayo de 1970, en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, se aprobó el texto definitivo de lo que vino a llamarse el Manifiesto MIR que se publicó el 18 de agosto de 1970 con gran repercusión en la prensa sanitaria. Su repercusión política induce a reproducirlo en su totalidad:

MANIFIESTO MIR

Creemos absolutamente necesario que el país, a través de las instituciones a que compete, reconozca de un modo oficial y perfilando sus características fundamentales, la figura de una modalidad de ejercicio médico hoy existente, aunque desdibujada, contradictoria, y muchas veces mal interpretada.

Esta es la del médico interno y residente de hospital.

El médico interno y residente (MIR) del hospital es un licenciado en Medicina que ejerce su profesión en un medio hospitalario durante un tiempo limitado, en condiciones de responsabilidad progresiva programada y supervisada para completar su

formación básica y adquirir así el grado de especialización y conocimientos que el moderno ejercicio de la medicina, condicionado por las necesidades de la sociedad exige.

Esta caracterización del MIR hoy vigente, plenamente comprobada en la mayoría de los países desarrollados, puede resumirse de cara a su reconocimiento jurídico en dos puntos fundamentales:

- 1. Una prestación de asistencia sanitaria que exige la desaparición del concepto de becario y la remuneración basada en dicha asistencia.*
- 2. La adquisición de unos conocimientos de este ejercicio supervisado, mediante una estructura docente que corresponde con el hospital reconocido para tal función.*

Al solicitar el reconocimiento de estos dos puntos definitorios básicos, tratamos de salir al paso de los abusos más comúnmente cometidos a los médicos recién graduados en la actualidad.

En unos casos soslayando la importancia de su labor asistencial, se les considera como becarios, evitando el compromiso con su situación laboral.

En otros, bajo el señuelo de una formación completa numerosos hospitales ofrecen plazas de MIR para médicos recién graduados. Dicha formación queda reducida a una labor puramente asistencial justificando así una baja remuneración en razón a una docencia inexistente.

Ante esta situación, consideramos imprescindible el reconocimiento oficial del MIR con arreglo a las siguientes bases:

- 1. Establecer a nivel nacional los requisitos mínimos para calificar un hospital como docente.*
- 2. Únicamente estos hospitales estarán capacitados para ofrecer plazas de MIR.*
- 3. La convocatoria de estas plazas será a nivel nacional, utilizando criterios uniformes de selección.*
- 4. El régimen de contratación del MIR se fundamentará en los siguientes aspectos:*
 - El reconocimiento de la situación del MIR como laboral; remuneración como salario; horario de trabajo claramente establecido con dedicación completa y exclusiva; establecimiento de régimen especial de seguridad social que regule la cobertura de riesgos sociales.*
 - En cuanto a la duración de dicho contrato no será nunca superior o inferior al tiempo establecido como necesario para la formación del MIR en cada especialidad.*
 - La correcta realización de los programas de docencia será controlada mediante una comisión constituida por miembros del personal docente del hospital y representantes del MIR en condiciones paritarias.*

- *Para todo lo establecido en el contrato, en lo concerniente al respeto por ambas partes de las condiciones de trabajo, se creará en cada centro una comisión de arbitraje formada a partes iguales por representantes de la dirección y de los MIR dicha comisión será el cauce legal entre los MIR y la dirección del centro.*
5. *El establecimiento a nivel nacional de los programas de especialidades y su duración.*

El SMIR continuó sus trabajos hasta convocar la huelga de mayo de 1971, en que el propio seminario es sustituido por una Coordinadora Nacional formada por dos representantes de cada hospital en huelga que tenía la responsabilidad de gestionar el propio conflicto, negociar y mantener diariamente informadas a las asambleas hospitalarias locales³⁶.

Esta fórmula de organización se adoptó en los conflictos sanitarios a lo largo de la década de los 70, que en buena medida expresaban el impulso de la medicina española en una sociedad que buscaba orientación en distintos ámbitos.

Dichos conflictos vienen a visualizar la disociación existente entre nuestros profesionales y la esclerosis de las organizaciones sanitarias, administrativas y políticas que no comprenden lo que sucede.

Desde mediados de los años 70, la reforma sanitaria en España se pensaba en función de la modificación de los fundamentos del sistema, dado que la distinción entre salud individual y colectiva era una situación superada, el esquema de beneficencia estaba obsoleto tanto social como políticamente y el desarrollo científico y tecnológico de la medicina obligaba a los poderes públicos a responsabilizarse.

En mayo de 1974 se ordena el SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad) mediante el Decreto 2965/1974 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) y en el que cristaliza el Sistema de Seguro Sanitario que fue incorporando un mayor número de personas y colectivos para constituir en su momento la red sanitaria más importante de España.

En diciembre de 1974 se creó la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, que tras seis meses de trabajo elaboró un documento cuyas propuestas de solución eran una buena expresión de las carencias de lo que había sido la asistencia sanitaria durante la dictadura. “Dicho proyecto”, señaló el ministro García Hernández en julio de 1975, “exige trabajos y estudios adicionales. Se ha cumplido con él la fase inicial, pero no puede ser considerado completo y definitivo. Sobre el proyecto no se ha considerado oportuno tomar posiciones hasta la reunión del 20 de septiembre”.

36 Julio de Nadal. *La Construcción de un Éxito*, Ed. La Lluvia, 2016

Sus líneas fundamentales señalaban la insuficiente estructura de la sanidad pública, tanto desde el punto de vista legal como normativo; el limbo existencial de los municipios; el predominio sanitario de la red de seguridad social mientras languidecía la tradicional sanidad nacional; la migración de los profesionales hacia los hospitales con el abandono de la asistencia extrahospitalaria y su medicina de familia. También indicaba la crítica situación de la asistencia psiquiátrica y llamaba la atención acerca de la multiplicidad de redes sanitarias que no permitían aprovechar adecuadamente los recursos disponibles.

Se hacía evidente que el informe del director general de Sanidad, doctor Bravo Morate, resultaba incómodo y excedía las posibilidades políticas del momento³⁷.

El propio Bravo Morate, tres meses después dice, “la reforma sanitaria está en un momento de estudio, de planteamiento. Actualmente el Gobierno tiene el informe de la comisión, la cual en seis meses ha presentado el panorama sanitario del país. Lo que importa de las reformas es que la medicina preventiva y asistencial esté al alcance de todos independientemente de la cobertura económica”³⁸.

Lenguaje de la época que eludía compromisos concretos, aunque podemos comprenderlo por las especialísimas condiciones del momento.

Dicho informe nunca llegó a ser operativo, pero muchas de las necesidades no resueltas encontraron salida en nuestra LGS.

En 1977 publican el libro rosa del INP y el libro blanco de la seguridad social.

Jesús María de Miguel, después de analizar ambos textos concluye: “Se podría afirmar que el sector sanitario privado (médicos, hospitales privados, sector farmacéutico) se ha visto beneficiado por un consumo sanitario que no se hubiese producido nunca de no existir la SS. El gran beneficiado no ha sido el paciente, sino estos grupos. La asistencia sanitaria es de mala calidad, el trato personal es deficiente y la negligencia médica alta. El paciente ha sido una excusa para un reparto mayor de beneficios entre los grupos con intereses con la condición de respetar la medicina privada, el pluriempleo y uso de recursos públicos para objetivos privados. La evolución de la SS no ha hecho más que cristalizar estas relaciones y aumentar el desequilibrio. La estructura actual es difícil de mantener mucho tiempo. Ante la plétora de médicos jóvenes sin trabajo, la demanda previsible de asistencia sanitaria de mejor calidad y los procesos democratizadores del país a los que la SS, a pesar del libro blanco y el libro rosa, ya no pueden sustraerse”³⁹.

37 ABC, 25 de julio 1975. Edición Andalucía, página 21.

38 ABC, 21 de octubre 1975. Página 13.

39 Jesús M. de Miguel. Universidad Autónoma de Barcelona (Departamento de Sociología), “El teorema de Watson del sector sanitario: hacia una teoría sociológica de la Seguridad Social española”. *Revista de Sociología*, 10. 1978.

Durante cinco años, cinco ministros de sanidad de Unión de Centro Democrático (UCD) elaboraron las primeras reformas sobre la sanidad heredada del período franquista.

Promovieron la atención primaria, iniciaron la formación de especialistas y configuraron la estructura para el avance de la investigación biomédica.

En los tres logros tuvo especial importancia Segovia de Arana, a la sazón secretario de Estado de Sanidad. También crearon el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), por Real Decreto Ley 36/1978, dependiente del Ministerio de Sanidad, que fue el que asumió la gestión y administración de los servicios sanitarios de la SS. Desapareció en el año 2002 con el Real Decreto 840/2002, reorganizándose sus funciones en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que mantiene la misma personalidad jurídica y que se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las ciudades de Ceuta y Melilla.

El INSALUD, como organismo de nueva creación, fue el que asumió la gestión y administración de los servicios sanitarios del sistema de SS y la mantuvo durante todo el proceso de transferencias a las CC AA.

Hicieron las primeras transferencias sanitarias a Cataluña y al País Vasco, entre otras cosas, pero no quisieron afrontar la redacción de una ley de sanidad que diera cumplimiento a los artículos 43 y 41 de la CE.

Es más, el ministro Enrique Sánchez de León evitó debatir en el Congreso de los Diputados los principios que deberían informar la reforma sanitaria tal y como habían solicitado en diferentes proposiciones el grupo parlamentario comunista.

La moción comunista suponía realizar un debate sobre los principios que deberían orientar la reforma sanitaria y que el Gobierno informara sobre la actual situación sanitaria. Dicha propuesta fue rechazada por el Gobierno y su grupo parlamentario de UCD. La moción también tuvo el apoyo del grupo socialista. El ministro Rovira Tarazona se comprometió a traer al Congreso un documento para la reforma en un mes⁴⁰.

Efectivamente, el 29 de julio de 1979 se presenta por el Ministerio en el Congreso el documento para la reforma sanitaria que se publica en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el 17 de octubre de 1979 y que habrá de pasar a la historia sanitaria como el “documento Segovia de Arana”.

Sobre este documento se trabajó en el ámbito de la Comisión de Sanidad durante más de diez meses para elaborar otro de aproximación suscrito por todos los representantes de los grupos parlamentarios que formaban parte de la comisión, manifestándose una gran discrepancia en relación a los capítulos de gestión, financiación y participación. Temas de largo alcance que vendrían a colación por su interés, novedad y ruptura con el pensamiento oficial previo.

40 Diario de Sesiones. Congreso de los Diputados. 24 de mayo de 1979.

Incorporo el resumen de la reforma de probado valor histórico⁴¹.

Resumen de la Reforma propuesta por el Dr. Segovia de Arana

1. 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.
2. La asistencia sanitaria se ordenará en tres niveles:
 - a. Asistencia primaria, correspondiente a la Medicina de familia.
 - b. Asistencia de segundo nivel, realizada en los Centros médico-sanitarios o Centros de salud.
 - c. Asistencia terciaria en hospitales.
3. La Medicina de familia será realizada por el médico general o médico de familia, en el ámbito rural o urbano. El médico de familia, además de tener una adecuada formación clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades comunes, conocerá la medicina preventiva y comunitaria y será capaz de desarrollarla en el medio donde ejerza profesionalmente. La Medicina de familia asegura al individuo y a su familia una asistencia médica continuada, en régimen normal o de urgencia, tanto en el domicilio del enfermo como en la consulta del médico. Para ello se constituirán las unidades de Medicina familiar formadas por tres o cuatro médicos generales o de familia, asociados con uno o dos pediatras, que asistirán un colectivo de 5.000 a 6.000 habitantes. En las áreas rurales, el grupo médico tendrá facilidades para realizar su trabajo asistencial en cooperación apoyándose en un Centro de salud rural, en el que habrá un laboratorio para análisis básicos de sangre y orina, exámenes radiológicos, electrocardiografía, etc., y comunicación por teléfono o radioteléfono. Habrá dispositivos para el fácil desplazamiento de enfermos. En las áreas urbanas existirán también unidades o grupos similares de Medicina familiar. La población podrá elegir libremente el médico o el grupo médico que desee dentro de los que ejerzan en el área. 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 iguales u otros similares. Desaparecerá progresivamente el sistema actual de cupos.

Todo médico general o de familia estará relacionado con un centro médico-sanitario o con un hospital para actualizar conocimientos y para el mejor desarrollo de sus actividades profesionales.

41 Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. 17 de Octubre de 1979.

4. El Centro médico-sanitario 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.
 - a. La asistencia médica especializada se realiza por médicos especialistas, que trabajan en el Centro coordinadamente, en horarios continuados de mañana y tarde. Cada médico especialista está vinculado administrativa y funcionalmente con el Servicio hospitalario de su especialidad, del hospital del que depende el Centro médico-sanitario.
 - b. Existen en el Centro servicios de urgencias médico-quirúrgica y servicios generales de análisis, radiología, archivo de historias clínicas, rehabilitación, servicio de ambulancias, etc.
 - c. Unidades médico-sociales monográficas sobre hipertensión, diabetes, reumatismos crónicos, higiene mental, etc., que coordinan los aspectos médicos especializados con los sociales y culturales.
 - d. Servicios de Medicina preventiva y de la comunidad que desempeñen 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.
 - e. El Centro desempeña también funciones docentes y de investigación: formación de personal médico y parasanitario, educación continuada, estadística sanitaria, investigación epidemiológica, etc.
 - f. Además de sus órganos directivos (director, gerente y administrador), el Centro invitará a la participación voluntaria de miembros de la comunidad para el desarrollo de su gestión. Los centros médico-sanitarios tendrán desarrollo distinto según sean de tipo comarcal (o de sector, si es zona urbana) que abarca una población aproximada de 100.000 habitantes, o subcomarcal (o de distrito en zona urbana), que comprende a una colectividad de 25.000 a 30.000 habitantes.
5. El hospital constituye el tercer nivel de la asistencia médica, al que solo deben llegar los enfermos cuyo problema asistencial no haya podido ser resuelto en los niveles anteriores.

En el hospital se concentran los especialistas y los recursos materiales y tecnológicos que constituyen la base de una asistencia médica especializada.

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.

En la actualidad 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.

Se regulará la cooperación en las funciones asistenciales de los diversos centros hospitalarios de una región o comarca, de acuerdo con el catálogo de los mismos que figura en el mapa sanitario de cada provincia. Esta regulación se hará a través del Instituto Nacional de Salud.

6. Medicina de urgencia. Se presta una atención especial a la organización de esta modalidad de Medicina asistencial. En las grandes ciudades se coordinan los servicios sanitarios del Estado y de la Seguridad Social con los municipales y provinciales, para centralizar las demandas de asistencia urgente y utilizar mejor los centros cuando sea precisa la hospitalización.
7. Asistencia psiquiátrica. Debe ser fundamentalmente extra hospitalaria, en las consultas de los Centros médico-sanitarios y en las unidades monográficas médico-sociales, de seguimiento de cierto tipo de pacientes (alcohólicos, drogadictos, minusválidos psíquicos). El médico de familia debe cooperar con el psiquiatra para el tratamiento de situaciones de desajuste psíquico-social. La hospitalización psiquiátrica se hará en hospitales de agudos y de crónicos, según la naturaleza y situación de los pacientes.
8. 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. Se establecerán sistemas permanentes de educación sanitaria de la población, con modernos métodos de educación colectiva y de información; se difundirán reglas sobre higiene de la alimentación y de protección materno-infantil.

En los Centros médico-sanitarios habrá servicios de orientación familiar, con información sobre consejo genético y sistemas reguladores de la concepción. Se prestará una atención especial a los cuidados geriátricos en sus aspectos médicos y sociales.

Los exámenes de salud se implantarán progresivamente según lo permitan los recursos disponibles, ya que representan una de las formas más eficaces de llevar a la práctica la Medicina preventiva.

9. La Reforma sanitaria pone un interés especial en la Medicina escolar, que supone un colectivo considerable (cerca de ocho millones de personas) en

el que puede iniciarse eficazmente la educación sanitaria y la Medicina preventiva.

10. La Medicina del trabajo constituye un amplio sector de la Medicina actual debido a la rápida industrialización de la sociedad española en los últimos años. Se estudian con preferencia los aspectos psicológicos y sociales del trabajo, los riesgos de enfermedad o de accidente, la prevención de los mismos, los problemas de la fatiga, del desempleo y de la jubilación.
11. Farmacia y medicamentos. En la producción de medicamentos se tenderá a la reducción del excesivo número actual de laboratorios, evitando monopolios, vigilando la introducción de firmas extranjeras y potenciando la plantilla técnica. Se fomentará la especialización de los laboratorios y la investigación farmacológica.

Habrá una actualización de la política de registro de medicamentos, con revisiones periódicas de precios y de especialidades, y contención de los gastos de promoción del medicamento. Se estudiará y normalizará la distribución de los medicamentos y las oficinas de farmacia. Se incrementará la importancia y funciones de la Farmacia hospitalaria. En la prescripción del medicamento se tomarán medidas para reducir las prescripciones excesivas y no fundamentadas terapéuticamente.

Se confeccionará y publicará el Código Nacional de Medicamentos.

12. Los Servicios de Veterinaria han de desempeñar activamente las funciones que les correspondan dentro de la Salud Pública, especialmente en el área de Higiene de la alimentación, en la investigación y desarrollo de la tecnología de los alimentos y en las luchas sanitarias contra las antropozoonosis, donde tienen un papel fundamental y de gran responsabilidad profesional. Se fomentará el desarrollo de nuevos campos de especialización veterinaria, así como la creación de las profesiones auxiliares de la Sanidad Veterinaria que sean precisas. Igual que otras profesiones sanitarias, los facultativos veterinarios tendrán oportunidades de actualización profesional a través de la educación continuada.
13. Se crea el Instituto Nacional de la Salud como órgano ejecutivo fundamental de la normativa del Estado para la asistencia médica y sanitaria y para la promoción de la salud. El Instituto Nacional de la Salud es también el órgano de administración y gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social. Coordina funcionalmente las actividades de todas las Instituciones, Empresas, Asociaciones, Mutuas y Entidades públicas y privadas que intervengan en la prestación de servicios de salud. No le corresponden los Servicios de Salud Pública, encargados de la defensa y vigilancia de la salud colectiva y que son desempeñados por la Sanidad Nacional.

14. Regionalización. La Reforma sanitaria y el funcionamiento del sistema de Servicios de Salud se establecerán sobre el principio de descentralización territorial. Por parte del Instituto Nacional de la Salud se elaborarán planes de coordinación y cooperación y, en su caso, de delegación con las provincias y entes territoriales. En las Delegaciones Territoriales de Sanidad y Seguridad Social corresponde al Delegado y a los Directores Provinciales de Salud y del Instituto Nacional de la Salud, la puesta en marcha y funcionamiento de los servicios sanitarios.

En el mapa sanitario nacional se consideran las siguientes divisiones: Región sanitaria, que comprende un millón a millón y medio de habitantes; Comarca sanitaria (o sector sanitario en el medio urbano): 100.000 a 125.000 habitantes; Subcomarca sanitaria (distrito en medio urbano): 25.000 a 30.000 habitantes, y Unidad sanitaria local, formada por un colectivo de 5.000 a 6.000 habitantes.

15. El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social colaborará muy estrechamente con el de Universidades e Investigación en la formación de médicos, tanto a nivel pregraduado como postgraduado, y en otras profesiones sanitarias (farmacéuticos, veterinarios, etc.). La Reforma sanitaria dará facilidades para el entrenamiento profesional en el campo sanitario de otras carreras universitarias como Químicas, Biólogos, Psicólogos, Físicos, Matemáticos, Ingenieros, etc., que por su especialización tengan que intervenir en el desarrollo de los servicios de salud. Se cooperará en la formación de enfermeras, matronas, fisioterapeutas, dietistas, etc., así como en la formación profesional de técnicos especialistas en diversos campos sanitarios. La educación continuada se establecerá para todas las profesiones sanitarias.
16. Se fomentará la investigación clínica, farmacológica y biomédica en general, así como la investigación estadística, sanitaria y de sistemas de organización, y la investigación en áreas educativas y de formación profesional.
17. 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.
18. La financiación de la Reforma sanitaria 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.

En ciertos niveles asistenciales, especialmente en la asistencia de primera línea, se establecerá una coparticipación económica del individuo que, junto con la humanización de la relación médico-enfermo, establezca lazos psicológicos que aumenten la eficacia de dicha relación.

No era fácil determinar el modelo sanitario a elegir por la contumacia de algunos parlamentarios de la derecha, aunque los debates fueran claros y brillantes en aquellas jornadas de los días 6 y 7 de mayo de 1980.

Hay que señalar las importantes intervenciones de los señores Rovira Tarazona, De Vicente Martín, Del Valle y Pérez, de Puig y Oliva, Yuste Grijalba, Núñez González, Portanet Suárez, Reol Tejada, la señora Rubies Garrofe y el señor Sánchez Ayuso, citados en el orden de sus cualificados discursos.

En este debate, se discutió acerca de la gestión, la financiación y la participación; pero no solo, porque se entró en la cuestión de fondo acerca de la necesidad de aprobar una ley creadora de un servicio nacional de salud como alternativa al documento de reforma sanitaria, ya que este documento “era la antítesis de la propia ley”, según Ciriaco de Vicente.

Se establecieron posiciones que, además de determinar el criterio de cada grupo parlamentario, abrían líneas de pensamiento entre los adversarios de un servicio nacional de salud que en buena medida serían precursoras de las argumentaciones que habrían de oponerse a la LGS.

En este importante debate la primera intervención del ministro de Sanidad, Rovira Tarazona, condicionó las siguientes con su pormenorizada crítica al NHS británico, que concluyó señalando: “pensar que la solución consiste en la creación del servicio nacional de salud es engañarnos”.

En la de cierre, ratificaba su no al servicio nacional de salud, al decir “pensar que la solución de nuestros problemas estriba en la creación de un servicio nacional de salud, desprestigiado en el mismo país que lo tiene, e invocar al servicio nacional de salud, que mantiene en sí mismo sus problemas y esas dificultades, lógicamente debemos de aceptar que no es la solución adecuada”⁴².

Este debate puso de manifiesto las diferencias entre la derecha y la izquierda sobre el modelo de sanidad que se quería. Mientras el padre de la Reforma, el doctor Segovia de Arana, tenía un silencio obligado en el Parlamento, no era diputado, el socialista Ciriaco de Vicente alzaba su voz como alternativa al poder y el ministro Rovira defendía el texto como buenamente podía.

De esta situación podría desprenderse que el Gobierno no otorgaba el papel que les correspondía a la red de hospitales y ambulatorios de la SS que se habían construido durante el régimen anterior, contemplando una función poco clara a la provisión privada de los servicios sanitarios.

42 Diario de Sesiones. Congreso de los Diputados. 6 y 7 de mayo de 1980.

De hecho, este escenario venía a recordar el conflicto nunca aclarado entre Girón de Velasco, que en 1942 crea la SS, y Blas Pérez con su LBSN de 1944 y la posterior presencia de Sir Beveridge en Madrid.

La prensa sanitaria de la época hacía un riguroso balance de la gestión de cinco ministros de Sanidad de UCD que no consiguieron parar el progresivo deterioro del sistema sanitario español.

Con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977, en el primer gobierno constitucional de Suárez, las expectativas de los profesionales sanitarios parecían comenzar a cumplirse, sin embargo, pronto las esperanzas comenzaron a chocar con las trabas burocráticas, las luchas de intereses internos y, al fin, con la paralización de la puesta en marcha de la reforma sanitaria.

Quiero reparar en el decisivo año de 1980 para la organización del sistema sanitario porque, en esa fecha, la UCD pierde la brújula sanitaria.

Comenzó la década con un ministro, Juan Rovira Tarazona, y terminó con otro, Alberto Oliart, personaje bien relevante.

Entre tanto, la reforma sanitaria de UCD se fue enterrando poco a poco y se cambió de puesto sin necesidad a muchos altos responsables.

Eloy Ibáñez como subsecretario, José Luis Cudós como director general de INSALUD y Manuel Evangelista como director general de Asistencia Sanitaria, pretendían sacar adelante la reforma que había pergeñado Segovia de Arana en julio del año anterior.

El mismo Segovia afirmó muy convencido que “la reforma había que hacerla entre todos”, pero el tiempo no le dio la razón: entre todos, Gobierno y oposición, acabó cesando.

La reforma de Segovia nació con problemas, porque el PSOE de aquellos años, con Ciriaco de Vicente, Pablo Recio y Javier Yuste Grijalba a su cabeza, no estaban de acuerdo con aquello de los “tres niveles asistenciales y la medicina integrada” que sonaba bien pero no se interpretaba con claridad.

A partir de ese momento, se comenzó a hablar de modelos sanitarios y en ello se trabajaba.

En marzo, se incumple el primer plazo para presentar la Ley de Sanidad prometida por Rovira. En abril, la Unión General de Trabajadores (UGT) presenta un borrador llamado “Ley de Salud”, y su mentor, Javier Yuste, lo defiende aclarando que se trataba del modelo socialista con incorporaciones de comunistas y minoría catalana.

Ante las excesivas críticas a la Reforma Rovira, el propio Rovira empuja a la crisis ministerial en septiembre. Se nombra ministro a Alberto Oliart con Varela Uña como secretario de Estado, Carlos Mestre director general del INSALUD, y José Barea subsecretario para la SS.

El ministro Oliart se tomó en serio organizar la “mini” reforma sanitaria y pidió dinero para hacerlo, pero más para reorganizar el sector que para cambiar-

lo, ya que él mismo reconocía que “la demanda de cuidados asistenciales en una sociedad moderna es ilimitada y los medios son escasos, por lo que no se puede hacer todo a la vez”.

La presentación de una ley de sanidad se le olvidó a Alberto Oliart.

Por otra parte, los hospitales denotaban gran tensión. La Asociación Nacional de Hospitales Provinciales, Generales y Psiquiátricos se lanza contra el Gobierno por el caos imperante. Los directores y gerentes de hospitales hacen lo propio por el cambio de 27 directores cuya medida se consideraba ilegal.

Se ponía de manifiesto que los centros de la SS estaban mal organizados, como demostró la inspección del INSALUD dirigida por Román Guaita.

Los centros concertados comenzaban a protestar con firmeza por el llamado desfase entre el coste real y el coste oficial, aunque ellos solos se llevaban en 1980 más de 100.000 millones de pesetas de aquellos años.

Hay que señalar favorablemente, en la gestión de aquel año crucial de 1980, la inauguración del hospital 12 de Octubre y la importante aprobación de la Ley de Autopsias Clínicas, tan significativa, tanto desde el punto de vista asistencial, como docente e investigador.

En diciembre se celebraron elecciones sindicales, eligiéndose 375 delegados para la CESM, 262 para UGT, 227 para CC OO y 49 para el Sindicato Médico Libre de España (SMLE), que se había aliado con la Unión Sindical Obrera (USO).

El Gobierno, cuando declinaba el año, remitió la Ley de Presupuestos Generales del Estado (PGE) para 1981, con un artículo 15 sobre la incompatibilidad de ejercer dos o más puestos en organismos públicos.

Dicho artículo 15 supuso un arrebato de cólera en el sector planteando una batalla frontal en la defensa de los derechos adquiridos de los médicos.

La OMC habló de incoherencia, sí, ¡incoherencia política de UCD!

La Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) pidió la dimisión de Oliart con mucha virulencia, aunque aceptaba el puesto único bien remunerado; Matos decía que aunque le repugnaba la huelga era necesaria. El SMLÉ señalaba que no era para tanto y apoyaba al Gobierno, Comisiones Obreras (CC OO) pedía incompatibilidad pero negociaba con los interesados.

En medio del conflicto, UCD aceptó una enmienda de Coalición Democrática (CD) y retiró el polémico artículo.

1980 fue el año del canto del cisne en la política de organización sanitaria de UCD.

En 1981, a partir de abril, habría de llegar la desgraciada epidemia del síndrome tóxico por intoxicación con aceite de colza.

Las líneas generales de la reforma elaborada por Segovia de Arana que hemos analizado anteriormente por la importancia que tuvo aquel debate parlamentario, supuso el techo de la política sanitaria de los distintos gobiernos de

UCD, pero ni la reforma sanitaria aprobada se llevó a cabo ni un proyecto de ley de sanidad vio la luz en el Parlamento. En esa situación asumen el Ministerio de Sanidad, en diciembre de 1981, Manuel Núñez como ministro y Luis Valenciano como Subsecretario. Un año después han de ser ellos quienes realicen al PSOE la transferencia de las responsabilidades sanitarias del ministerio. Lo realizan con gran pulcritud y he de subrayar que Luis Valenciano lo lleva a cabo ejemplarmente de una manera pormenorizada, leal e instructiva.

Hasta ese momento, toda la historia de la sanidad española se resumía en la búsqueda continua de una organización eficaz para cubrir los múltiples problemas que las enfermedades iban planteando al país. Sería un recorrido incierto que nunca hallaría sino metas provisionales e insuficientes. La falta de grandes soluciones, complicada por la grave incidencia de intereses diversos en el primario pero olvidado sector de la actividad administrativa, motivará que con pasos breves la organización crezca, aunque siempre en análogo sentido y apoyada en idénticas claves estructurales. Cruzará intacta los umbrales de la historia incrustándose entre las realidades de hoy.

“Sabemos ya, el examen del pasado nos lo ha descubierto, cuál es la razón y el sentido del nacimiento y evolución de los servicios sanitarios modernos. La historia puede ayudarnos ahora a demostrar que la estructura del sector responde a realidades completamente superadas y que por tanto deberá evitarse que sigan pesando en el futuro”. Escribía esto el profesor Muñoz Machado, después asesor jurídico de la comisión redactora de LGS. Palabras sabias.