

LA POLÍTICA SANITARIA SOCIALISTA DURANTE EL PERÍODO DE ERNEST LLUCH (1982-1986)

María del Carmen Giménez Muñoz
Universidad de Sevilla

Introducción

Hasta la Constitución de 1978, era tradicional en España la dicotomía entre Sanidad y asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esta distinción, que no tenía ninguna razón técnica de ser, se originó por razones meramente políticas. Efectivamente, correspondía a las Administraciones Públicas de naturaleza territorial (Estado, Provincias, Municipios y Cabildos Insulares) las prestaciones de salud pública y de asistencia sanitaria en el supuesto de beneficencia. Mientras que, a partir de la creación en 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad se implantó una asistencia sanitaria al trabajador que sirvió de base, con otras prestaciones de naturaleza económica, a la Seguridad Social, tendiéndose a incrementar, a lo largo de los años, la población protegida por este sistema.

El PSOE propugnaba desde la oposición, en los años de los gobiernos de UCD, un sistema sanitario tipo Servicio Nacional de Salud como los implantados en diferentes países del norte de Europa, caracterizados por proporcionar cobertura universal por la condición de ciudadano o residente, estar financiados mayoritariamente con impuestos y estar orientados a una protección integral de la salud.

El triunfo del PSOE en las elecciones generales de 1982 fortaleció el proceso de consolidación democrática. Los extraordinarios resul-

tados permitieron a Felipe González liderar un Gobierno fuerte capaz de abordar las reformas militares, económicas y sociales aún pendientes. Felipe González ganaba cuatro elecciones generales sucesivas gobernando sin interrupción durante casi catorce años. Un amplio período de hegemonía política en el que se desarrolló el modelo autonómico, se extendió el Estado del Bienestar, con la universalización de las pensiones, la educación y la sanidad, y se produjo la integración de España en las instituciones europeas. Sin embargo, también fueron años de actividades ilegales en la lucha antiterrorista, los escándalos de corrupción, las protestas de los sindicatos y una crisis económica final, a partir de 1992, que afectó con dureza a la economía española, contribuyendo todo ello a la decisiva derrota de González en las elecciones de 1996.

No cabe duda de que, en el plano normativo, el paso fundamental hacia un Servicio de salud universalizado se daba con la promulgación de la Constitución española de 27 de diciembre de 1978, en la que vino a reconocerse que los poderes públicos mantendrían un régimen de seguridad social para todos los ciudadanos que garantizara la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.¹ Sin embargo, pronto se dejó sentir la necesidad de dictar una nueva legislación general sobre Sanidad que renovase la ya obsoleta legislación sanitaria pre-

constitucional. El objeto del presente texto es exponer la espera, hasta el final de la primera legislatura socialista, para que se dictara una nueva legislación básica sobre Sanidad en virtud de la Ley de 25 de abril de 1986 promovida por el ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch. En las fuentes utilizadas se deben de destacar el Archivo General de la Administración (Alcalá de Henares, Madrid), la Hemeroteca Municipal de Sevilla (*ABC, El País, Boletín Oficial del Estado y Gaceta de Madrid*) y la Hemeroteca Digital (*La Vanguardia y El Socialista*).

Los antecedentes históricos de la reforma sanitaria

El paso del Antiguo Régimen al Sistema liberal marca importantes cambios en la protección que el Estado ofrecía a sus ciudadanos. Efectivamente, la gran obra llevada a cabo por las Cortes de Cádiz en la reestructuración política, social y económica del país estuvo asociada a un plan asistencial y sanitario acorde con el pensamiento liberal. La Constitución promulgada en 1812 establecía en su artículo 321 que los Ayuntamientos serían los encargados de «cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban»; y el artículo 335 encomendó a las Diputaciones Provinciales la responsabilidad de «cuidar de que los establecimientos piadosos y de beneficencia llenen su respectivo objeto, proponiendo al Gobierno las reglas que estimen conducentes para la reforma de los abusos que observaren».²

Así pues, en la primera carta constitucional española aparecía el vocablo de *beneficencia*. La palabra *beneficencia* se forma del adverbio latino *bene* y del verbo *facere*; ambas expresan el acto de hacer el bien. La beneficencia manifiesta un sentimiento de conmiseración hacia los necesitados, basándose en el supuesto de los individuos que no fueron favorecidos por la fortuna o bien eran víctimas de su propia incapacidad. Se trataba de superar el arcaico sistema caritativo religioso para sustituirlo por una asistencia

racional basada en la responsabilidad pública. Este es el primer paso firme, con raíces en el siglo XVIII, hacia la secularización de la protección social en España. La caridad, motivo principal de la asistencia al necesitado en los siglos anteriores, se convertía en una beneficencia de tipo civil, como una obligación de la sociedad considerada como entidad colectiva. Así pues, la asistencia venía dispensándose a través de establecimientos creados para atender a enfermos pobres o indigentes en el marco de la beneficencia pública y privada y ello al margen de la prestación de servicios médicos de forma individual en el marco del ejercicio privado de la medicina. Por tanto, el dispositivo público asistencial sanitario quedaba reducido a los establecimientos de carácter benéfico, sostenidos por el Estado y por las Corporaciones Locales, junto a algunas instituciones que se habían ido creando para hacer frente específicamente a enfermedades determinadas de especial relevancia (lepra, enfermedades psiquiátricas, etc.).³

Sabemos que el primer ensayo de poner al día las técnicas de intervención pública en los problemas de salud de la colectividad lo constituyó el proyecto de Código Sanitario de 1822. Fue un proyecto de Ley en España que no pudo aprobarse a causa de la caída de los liberales tras el Trienio y la recuperación del absolutismo. Representó el primer intento que hubo en este país de una ley sanitaria.⁴

A mediados del siglo XIX, se va a generar las necesarias reformas sanitarias. El año 1847 será un año trascendente para la Sanidad en España, siendo Presidente del Gobierno Martínez de Irujo, duque de Sotomayor, y ministro de la Gobernación Manuel Seijas Lozano, en el que iniciaba la organización de la sanidad. Por Decreto, con fecha de 10 de marzo de 1847, se creaba la «Dirección General de Beneficencia y la de Corrección y Sanidad» formando parte del Ministerio de la Gobernación.⁵ Más tarde, por Real Decreto de 10 de julio de 1853 se volvía a reorganizar el Ministerio de Gobernación estableciendo la Dirección General de Beneficencia y Sanidad.⁶

Con la aparición de los azotes epidémicos sobre la población y la incipiente administración sanitaria tuvo que abordarse el tema de la higiene por personalidades dedicadas a la salud pública, entre ellos, destacamos al médico Pedro Felipe Monlau, quien fue catedrático de estudios superiores de Higiene Pública y Epidemiología de la Universidad de Madrid. Europa al establecer relaciones comerciales con las regiones asiáticas se contagió de cólera. Las epidemias de cólera en España se sucedieron periódicamente, los años más relevantes fueron 1854, 1855, 1856 y 1865.⁷ El cólera era una enfermedad de las más temidas por la sociedad, pero no era la única que azotaba al país ya que, entre ellas, se encontraba la fiebre amarilla y la viruela. El éxito que se puede deducir de la epidemia del cólera fue la promulgación de la primera Ley de Sanidad de España, con fecha de 28 de noviembre de 1855, firmada por Julián de Huelves como ministro de la Gobernación, sancionada por Isabel II y por el general Espartero, que consagraba la Dirección General de Sanidad.⁸ Cabe mencionar que la inestabilidad política no favoreció la aplicación de la Ley de Sanidad de 1855, quedando sin cumplirse buena parte de sus preceptos.

Posteriormente, el 31 de enero de 1865 la Dirección General de Beneficencia y Sanidad se escindía en dos direcciones, por el desarrollo alcanzado por ambos servicios: el primero atendía a las necesidades de la clase menesterosa y el segundo a la conservación de la salud pública. Sin embargo, esta escisión quedó sin efecto por Real Decreto de 25 de junio de 1866.⁹

Años más tarde, por Real Decreto de 29 de septiembre de 1875 se creaban dos nuevas Direcciones Generales, siendo una de ellas la Dirección General de Beneficencia y Sanidad que volvía a suprimirse por el Real Decreto de 20 de diciembre de 1892.¹⁰

Ya a fines del siglo XIX, a consecuencia del desarrollo industrial se estableció una división social que dio lugar al desarrollo de problemas sociales laborales, protestas populares y nuevas ideologías que propugnaban y demandaban una

mejora de las condiciones de vida de las clases más desfavorecidas, por la vía del sindicalismo, el socialismo, el anarquismo o bien por el comunismo. La pobreza y la mala calidad de la vida de la clase trabajadora se hacían sentir, las protestas obreras obligaron a dar respuestas a una serie de problemas que hasta entonces no habían causado mucha preocupación. Las consecuencias de esas desgracias naturales eran achacables a un factor humano: la falta de previsión. Esto era algo lógico si tenemos en cuenta la situación de desamparo en que se encontraban los asalariados ante cualquier contingencia: enfermedad, paro, vejez, maternidad, etcétera. Por consiguiente, será la implantación de los inicios del movimiento obrero organizado a escala nacional los que dieran origen a la mayor parte de la producción ideológica sobre la problemática obrera. Nos podríamos preguntar si existía vinculación entre movimiento obrero organizado y preocupación por la asistencia social, la respuesta es un sí. La causa sería porque pobre y obrero estaban identificados en la mentalidad burguesa de la época, es decir, aquel individuo que tenía que trabajar para vivir. Lo que desde luego no existía era una política dispuesta a aceptar el reto de influir con medidas de previsión. Aunque los políticos eran conscientes de la existencia de la «cuestión social» y prueba de ello fue la Comisión de Reformas Sociales, los gobernantes no intervinieron hasta 1900 en que se materializó con las Leyes de Accidentes de Trabajo y de condiciones laborales de mujeres y niños (30 de enero y 13 de marzo de 1900).¹¹

A principios del siglo XX, siendo presidente del Consejo de Ministros José Canalejas creaba el Instituto de Trabajo (1901) que se convertiría posteriormente en el Instituto de Reformas Sociales. De esta manera, por Real Decreto de la Presidencia de 23 de abril de 1903 se establecía en el Ministerio de la Gobernación el Instituto de Reformas Sociales.¹² Este fue un organismo autónomo creado por el gobierno del conservador Francisco Silvela para que se estudiara y

propusiera leyes y decretos que mejorasen la vida y las condiciones laborales de las clases obreras. Un año más tarde, el Ministerio de la Gobernación encargaba al Instituto de Reformas Sociales un proyecto de Ley sobre esta materia. Y aquel le presentaba un proyecto de creación del Instituto Nacional de Previsión.¹³ Este Instituto fue establecido por el Presidente del Gobierno, Antonio Maura, y promulgado por Alfonso XIII por la Ley del 27 de febrero de 1908. Con la Ley de creación del Instituto Nacional de Previsión se establecía el régimen legal español de Retiros Obreros, bajo el sistema de la libertad subsidiada de las pensiones de vejez que libremente contrataban los obreros con este organismo.¹⁴ Sería la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España.

El día 23 de julio de 1903 se aprobaba, con carácter provisional, la Instrucción de Sanidad que tendría carácter definitivo el 12 de enero de 1904 por Real Decreto.¹⁵ Fue una respuesta a la necesidad de actualizar la sanidad. Establecía como órganos consultivos, el Real Consejo de Sanidad, las Juntas Provinciales de Sanidad y las Juntas Municipales y como órganos inspectores: los Inspectores Generales de Sanidad. No obstante, apenas si alteró el dispositivo de la organización pública al servicio de la Sanidad.

Inicialmente encargado del sistema de libre contratación de pensiones obreras asumía posteriormente la administración del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero en 1919 y del subsidio de Maternidad en 1923.¹⁶ Más tarde se ampliaba y reforzaba el subsidio de Maternidad para hacerlo obligatorio en 1929.¹⁷ Un avance social importante en el tercer decenio del siglo XX ya que con este seguro garantizaba, entre otras prestaciones, la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto. A estos efectos, el Instituto Nacional de Previsión establecía los primeros convenios con las organizaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas.

Por Real Decreto de 17 de octubre de 1919 se creaba la Dirección General de Beneficen-

cia¹⁸ y por Real Decreto de 28 de febrero de 1922 la Dirección General de Sanidad como organismo central encargado de los servicios de sanidad civil e higiene, ambos bajo la dependencia del Ministerio de Gobernación.¹⁹

Continuando con los avatares del siglo XX, con la llegada de la Segunda República, se volvió a reorganizar la Sanidad.²⁰ Se demuestra con el Decreto de 21 de abril de 1931 y en la Ley de Bases de Coordinación Sanitaria de 1934 donde se reflejaba que el Estado asumía el papel técnico y administrativo de todas las actividades sanitarias. En estos años quedaban aprobados decretos y múltiples órdenes, entre ellos: la Orden de 25 de enero de 1933 que creaba una Secretaría General Técnica en la Dirección General de Sanidad; el Decreto de 23 de diciembre de 1933 que establecía una Junta de Sanidad Internacional; el Decreto de 25 de enero de 1933 disponía que los servicios de Beneficencia pasarían al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.²¹

En la reorganización ministerial de 25 de septiembre de 1935 se asignó al Ministerio el nombre de Trabajo, Justicia y Sanidad. Finalmente, en 1936 se constituía el Ministerio de Sanidad que se convertía inmediatamente en el de Sanidad y Asistencia Social, ocupando la cartera una mujer por primera vez en la historia de España: Federica Montseny.²² Pero el Departamento tuvo corta duración. Con la llegada a la Presidencia del Gobierno de la República de Juan Negrín en sustitución de Francisco Largo Caballero, Sanidad y Asistencia Social desaparecía pasando sus competencias a Trabajo en virtud de un Decreto de 5 de julio de 1937.

No obstante, el Fuero del Trabajo promulgado por decreto de 9 de marzo de 1938, como Ley Fundamental, en su declaración décimo primera asentó los principios generales del desarrollo de la previsión social: «la previsión proporcionará al trabajador la seguridad de su amparo en el infortunio».²³ En la misma declaración (décimo segunda) se enumeraban los riesgos sociales objeto de esta previsión: «Se incrementarán los

seguros sociales de: vejez, invalidez, maternidad, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, tuberculosis y paro forzoso, tendiéndose a la implantación de un seguro total. De modo primordial se atenderá a dotar a los trabajadores ancianos de un retiro suficiente».²⁴

El seguro de enfermedad, establecido ya en muchos países de Europa, no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos. La clara insuficiencia de las fórmulas mencionadas hasta ahora explicaba la aludida creación, tras la Guerra Civil, del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) mediante la Ley de 14 de diciembre de 1942, el carácter obligatorio iba dirigido a proteger a los trabajadores económicamente débiles.²⁵ El SOE quedaba a cargo del Instituto Nacional de Previsión, como entidad aseguradora única, y entre las prestaciones del Seguro, estaba la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad.

Con la promulgación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional, con fecha de 25 de noviembre de 1944, se estructuraba la sanidad provincial, instituyendo como cabecera del sistema al Gobernador Civil, en su condición de representante del Gobierno, cuya función sería velar por el cumplimiento de las disposiciones sanitarias, asesorado por el Jefe Provincial de Sanidad y el Consejo Provincial de Sanidad.²⁶ Este Consejo sustituía a las antiguas Juntas Provinciales de Sanidad creadas por el Reglamento de Sanidad Provincial de 1925, entre cuyas funciones destacaban: higiene y servicios de vías públicas, suministro de conducción de aguas, protección de la infancia y vigilancia en la profilaxis pública contra las enfermedades venéreas. Recordemos que la única Ley de Sanidad existente hasta entonces era la de 28 de noviembre de 1855, casi un siglo de existencia.

Más tarde, con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963 se suprimían los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales y se instrumentaba el desarrollo del sistema de Seguridad Social.²⁷ No de otro

modo se podía concebir el Decreto divulgado, con fecha de 30 de mayo de 1974, por el que se aprobaba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social que modificaba y ampliaba las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.²⁸

Con la instauración de la democracia en nuestro país, la prestación de la asistencia sanitaria tomaba nuevos enfoques. Por fin, en el gobierno de Adolfo Suárez, por Real Decreto de 4 de julio de 1977 se reorganizaba la Administración Central del Estado y segregaba la Dirección General de Sanidad del Ministerio del Interior, integrándola en un nuevo Departamento llamado el Ministerio de Sanidad.²⁹

Ya en 1978, España, recién salida de 40 años de dictadura, aprobaba su primera Constitución surgida de un parlamento democrático.³⁰ En ella se estableció el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, un objetivo ambicioso para un sistema sanitario público poco desarrollado. El mismo año se creaba el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), una entidad de prestaciones sanitarias públicas del Estado. Fue una de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social encargándose de la gestión y de la administración de los servicios sanitarios del sistema de la Seguridad Social. Su creación originó la supresión del Instituto Nacional de Previsión.³¹

Así pues, los problemas de la Sanidad merecían una atención preferente que habría de tener un adecuado reflejo en las estructuras departamentales. En su dimensión política y administrativa, la defensa de la salud presentaba, por otra parte, aspectos estrechamente relacionados con la protección de los consumidores. Más tarde, Sanidad quedaba fusionada con Trabajo. Por Real Decreto de 27 de noviembre de 1981 volvía Sanidad a adquirir rango ministerial, perdía las competencias en materia de Seguridad Social (excepto el Instituto Nacional de la Salud) a favor de Trabajo, que también retuvo la política social, a cambio se le adscribía el Instituto Nacional de Consumo (que se instauraba en 1975 y hasta entonces dependía de Economía).³²

Coincidiendo con el triunfo electoral del PSOE se ponía fin a la transición a la democracia y se iniciaba una nueva etapa histórica en la que los retos principales se centraban en consolidar y desarrollar la democracia, reformando el Estado y modernizando, entre otros, el sistema sanitario.³³

La génesis de la reforma: ideas, intereses y conflictos

En diciembre de 1982, el gobierno que Felipe González formaba respondía al propósito de impulsar la modernización de España. Ernest Lluch sería el nuevo ministro de Sanidad y Consumo ya que respondía al perfil sociológico y profesional del nuevo equipo de gobierno salido de las urnas.³⁴

Es evidente que, las reformas sanitarias son procesos políticos que intentan conjugar y equilibrar derechos personales, derechos sociales e intereses económicos. La tensión entre estos factores es permanente y las precisiones ejercidas para que las reformas vayan en una u otra dirección son fuertes. Esta cuestión se percibe con la reforma de Lluch durante el periodo 1982 a 1986.

El Gobierno socialista daba sus primeros pasos, sin prisas, pero sin pausas, para poner en marcha la reforma sanitaria. Inicialmente, el ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, había anunciado el estricto control de horarios de los médicos de la Seguridad Social para evitar los casos de incompatibilidad en el desempeño de más de una plaza de cualquier orden dentro de este servicio asistencial de carácter público. La organización médica colegial asumía plenamente la filosofía de la Ley de Incompatibilidades en el sector público, con fecha de 9 de junio de 1982, que reiteraba su criterio favorable al ideal de un solo puesto de trabajo dignamente retribuido, rechazaba radicalmente la simultaneidad en la titularidad de distintos puestos de trabajo con un mismo horario y declaraba su pleno asentimiento a la necesidad de moralizar el desempeño de la función pública y de

promover y redistribuir los puestos de trabajo sanitarios.³⁵ La nueva ley pretendía afrontar el problema en toda su magnitud para conseguir la mejora de la Administración y la neutralidad de la función pública en un país donde había más de dos millones de parados.³⁶

En esta situación, Lluch siempre mostró preocupación por la sanidad, sobre todo en Cataluña. Aprovechando su participación en Barcelona en una jornada sobre la sanidad en los municipios, convocada por el PSC, anunciaba que pronto estaría listo el anteproyecto de ley básica de la sanidad que contemplaría entre otros aspectos las competencias municipales en esta materia. Ernest Lluch señalaba a título personal que, las comunidades autónomas deberían delegar a los ayuntamientos, como mínimo, la gestión de la asistencia primaria y los servicios de urgencia. El problema —añadió— es que ahora en Cataluña ha aparecido un catalanismo que no es municipalista.³⁷

Aquí, hacía referencia a *Convergència i Unió* (CiU). El ministro de Sanidad anunciaba también que desaparecerían de su departamento las Delegaciones Provinciales de Cataluña, País Vasco y Galicia, y que posteriormente quedarían eliminadas las de Andalucía. De esta manera, Sanidad y Consumo se adaptarían a la nueva estructura económica superando la división provincial. Es más, los delegados iban a ser sustituidos también por unos comisionados territoriales. A este respecto, Lluch señalaba que: «los cambios no son políticos, sino técnicos».³⁸

El proyecto de Ley General de Sanidad estaba considerada por las autoridades sanitarias como la piedra angular de la reforma sanitaria. No obstante, habrían de perfeccionar el anteproyecto teniendo en cuenta principalmente las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo que emitió un informe favorable al esquema general y que inició una mayor relación con España en consonancia con la aportación económica de nuestro país como Estado miembro de la OMS.³⁹

Sin embargo, la política sanitaria del Gobierno creaba discrepancias en el partido y en UGT. Las

disposiciones del ministro Lluch y del director general del Insalud, Francesc Raventós, creaba disconformidades en el seno del partido socialista, agudizadas por el cese de altos cargos, y por los contenidos de la futura Ley de Sanidad, de la que debía de nacer el Servicio Nacional de Salud.⁴⁰ La comisión que redactaba el anteproyecto quedaba coordinada por el Subsecretario de Sanidad y Consumo, Pedro Sabando, hombre clave de UGT-Sanidad.⁴¹ De esta comisión dimitía el secretario de Acción Social del PSOE, Ciriaco de Vicente, lo que fue interpretado en su día como exponente de las diferencias que separaban a los máximos responsables de la política sanitaria del partido y del Gobierno.⁴² En verdad, las tensiones ya nacían cuando Felipe González prescindió de Ciriaco de Vicente, el candidato más relevante del PSOE a ocupar la cartera de sanidad, como muchos esperaban, hombre experto y portavoz del partido en temas sanitarios. Por una sugerencia de la poderosa industria farmacéutica que no le consideraba persona de su confianza fue nombrado Ernest Lluch. Desde ese momento el equipo que Lluch llevó con él al Ministerio fue conocido como el Grupo catalán tratando de minimizar la participación de Ciriaco de Vicente en los asuntos del departamento.⁴³

Así pues, en diciembre de 1983 el ministro de Sanidad acompañado por altos cargos de su departamento presentaba a los medios de comunicación el borrador de anteproyecto de la Ley General de Sanidad.⁴⁴ Este proyecto estaba considerado como pieza clave de la reforma sanitaria que comprendía la creación de un Servicio Nacional de Salud. El ministro afirmaba: «Vamos a hacer un sistema sanitario solidario, coherente, armónico y descentralizado, sobre la base del Estado de las autonomías, donde se integren todos los servicios sanitarios públicos».⁴⁵

No obstante, las opiniones tanto a favor como en contra del borrador se hacían públicas. El presidente del Consejo General de los Colegios de Médicos, Ramiro Rivera, criticaba duramente el texto del borrador de la Ley General de Sanidad al mencionar que:

La ley general de Sanidad, tal como se presenta en el borrador [...] supone un paso atrás por lo menos de 40 años, porque va a promover la estatización de los enfermos y de la gestión de las asistencia a esos enfermos». Y añadía: «Además, no va a dar al español libre elección de médico ni de centro hospitalario, la medicina será más cara y, probablemente, de peor calidad».⁴⁶

Sin embargo, como aspectos positivos Rivera declaraba a favor la mención de la institución de la cartilla individual, la preocupación de la medicina preventiva comunitaria la integración de todos los hospitales en un red funcional única. Por otro lado, la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) consideraba importante que el Servicio Nacional de la Salud tuviera un ámbito de universalidad, con la consiguiente extensión de la cobertura sanitaria a toda la población pero creía que la asistencia sanitaria estaría más burocratizada, más deshumanizada y masificada por carecer de una dotación presupuestaria. Comisiones Obreras opinaba que la financiación no era específica para esta ley pero que valoraba positivamente la participación de la población en los órganos de gestión. Por último, la Federación de Sanidad de UGT afirmaba que esta ley suponía un paso importante al dejar atrás una reglamentación caduca que provenía del año 1944 y que con la creación del Servicio Nacional de Salud integraba a toda la sanidad pública en una red única.⁴⁷

Mientras tanto a mediados de 1984, el Ministerio de Sanidad auspiciaba la celebración de una Conferencia Internacional sobre organización de los sistemas sanitarios en relación con la Ley General de Sanidad. Ernest Lluch afirmaba en su inauguración que en España se padecía un sistema sanitario muy anárquico ya que la duplicación de servicios, el solapamiento funcional y las carencias asistenciales habían sido una constante. De ahí que, el proyecto de la Ley General de Sanidad diera solución a todos estos problemas. No obstante, el ministro señalaba que no se trataba de dar una solución ideológica a los problemas que planteaba el

sistema sanitario español sino de encontrar la mejor solución desde una perspectiva técnico organizativo que permitieran tener aceptables niveles de salud.⁴⁸ En su intervención, el entonces Subsecretario del Ministerio Pedro Sabando, evidenciaba la insuficiencia de las políticas de coordinación como instrumento para remediar los males que aquejaban al sistema sanitario español así como la necesidad de implementar un concepto integral de salud y la extensión de la cobertura sanitaria a toda la población.⁴⁹

El presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Ramiro Rivera, declaraba en rueda de prensa que los colegios médicos se iban a oponer por completo a la reforma sanitaria, dado que estos profesionales estaban siendo víctimas del pulso de poder entre el ministro de Sanidad, Ernest Lluch, y el Subsecretario del departamento, Pedro Sabando, en línea con UGT.⁵⁰ Tras criticar los cambios introducidos en los borradores de la Ley por las presiones, a su juicio, de Sabando, Rivera reconocía no tener evidencia «de que el ministro no se haya atenido a lo pactado en las negociaciones que hemos mantenido, pero está claro que nosotros seguimos en el mismo sitio, defendiendo lo que defendíamos». Puntualizaba que la OMC era partidaria de que figuraran en la Ley los derechos y deberes de los enfermos, pero que debía reconocerse la libre elección de médico, y estos principios habrían de ser generales, no solo para el Insalud. Según Ramiro Rivera subrayaba que:

no se está haciendo la reforma, sino la revolución en el sistema sanitario, posiblemente a espaldas del ministro. Ernest Lluch, al no conseguir convencer a sus compañeros de Gobierno de la necesidad de contar con mayores presupuestos para la sanidad, debe replantearse su permanencia en el cargo.⁵¹

Meses más tarde era sustituido Pedro Sabando por Carlos Hernández Gil, cirujano ortopédico si bien se encontraba en excedencia desde que ocupara un escaño en el Senado. Al tomar posesión del cargo de Subsecretario de Sanidad por el Consejo de Ministros, minutos después

afirmaba a la prensa: «No accedo al cargo para desmontar la Ley General de Sanidad».⁵²

Hernández Gil se mostró partidario de seguir adelante con la misma al subrayar que: «No se debe ceder nada en absoluto, ni dar marcha atrás, ya que no es una ley para médicos y personal sanitario, sino para todos», y apuntaba que de manera especial para el paciente. De este modo, el nuevo Subsecretario de Sanidad se mostró partidario de propiciar el diálogo aunque precisó que sin desvirtuar el programa electoral socialista en materia de Sanidad. Hernández Gil explicaba que nunca había ejercido la medicina privada pero precisó: «Creo en una buena medicina pública como primer eslabón, pero no estoy en contra de que haya una medicina privada».⁵³

Por consiguiente, la conflictiva reforma de la Sanidad había producido el cese del Subsecretario del Ministerio de Sanidad.⁵⁴ El ministro había manifestado haber sido sorprendido por decisiones tomadas por su subordinado sin consultarle. Negó en rueda de prensa que el Subsecretario Pedro Sabando hubiera dimitido señalando que le cesó por filtración de documentos sin su consentimiento. Lluch manifestó que Sabando había remitido a los colegios médicos y a los sindicatos, sin haberle informado previamente, del contenido de las órdenes ministeriales sobre el sistema de promoción de los jefes de servicio en la Seguridad Social, el régimen de jornada laboral de estos y la provisión de plazas vacantes de facultativos especialistas de los servicios jerarquizados. Ernest Lluch dijo que «aunque soy un hombre dialogante, doy también importancia a las formas y en el cese del subsecretario ha habido razones de forma y no de fondo».⁵⁵ Otro punto de discrepancia con Sabando era la aplicación de la Ley sobre Incompatibilidades, manteniendo el Subsecretario cesante una postura muy similar a la que defendía UGT. Así pues, el cese de Sabando iba acompañado por el cambio de responsables en las direcciones generales de Salud Pública y de Política Sanitaria. Respecto a Miguel Ángel de

la Cal, que sustituía a Enrique Nájera al frente de la Dirección General de Salud Pública, Lluch manifestó que se trataba de una persona que había demostrado su eficacia en las campañas interministeriales emprendidas contra la drogadicción. En cuanto a Eduardo Vigil, que sustituía a Ruiz Ocaña al frente de la Dirección General de Planificación Sanitaria, Lluch le definió como uno de los directores provinciales del Insalud, en Segovia hasta el momento de su ascenso, que habían servido de ejemplo para los demás.

Así pues, con las órdenes ministeriales por las que se regulaban los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, y la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales de la Seguridad Social se completaba el proceso de reforma hospitalaria casi en su totalidad. Las nuevas órdenes configurarían una nueva estructura de organización de los hospitales dependientes del Insalud, en los que todas las actividades y servicios de los hospitales se agrupaban en las divisiones: médica, de enfermería, de gestión y servicios generales.⁵⁶ La figura del director gerente encabezaría la estructura de mando de las instituciones hospitalarias. Los directores gerentes de hospitales tendrían una titulación universitaria superior, pero no necesariamente la de licenciado en Medicina y Cirugía. Como órgano colegiado se establecía la comisión de dirección del hospital, formada por los responsables de cada uno de los órganos de dirección (gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y dirección de gestión y servicios generales), que tendrían como funciones primordiales determinar los objetivos sanitarios y los planes económicos. De esta manera, los hospitales de la Seguridad Social quedaban adscritos a las áreas de salud creadas según criterios geográficos y de población articulando un sentido integral de la asistencia sanitaria.

Con todo ello, Carlos Hernández Gil mencionaba que se había pretendido mejorar la gestión de los recursos y crear un marco claro de actuación del personal sanitario. Para los responsables del Ministerio de Sanidad el cambio

de estructura de los hospitales se había realizado teniendo en cuenta los criterios de mejoramiento de la asistencia sanitaria, la gestión y fomentando la participación y humanización, que se consideraban fundamentales para el buen funcionamiento de los hospitales. La figura del director gerente iba a adquirir un papel relevante en la reforma hospitalaria y contaban entre sus funciones programar, dirigir, controlar y evaluar la actividad del hospital. Así, todos los hospitales dependientes del Insalud tendrían una comisión de humanización de la asistencia que velaría por el bienestar y atención del paciente y que analizaría aquellos aspectos específicos que pudieran mejorar la asistencia, relativos a dietas alimentarias, visitas de familiares y encuestas de hospitalización. Otra de las novedades era la creación de una comisión de participación hospitalaria que, junto con personal procedente del centro sanitario, estaría integrada por un miembro del comité de empresa, otro de la comunidad autónoma y dos designados por Ayuntamientos, centrales sindicales, organizaciones empresariales y de consumidores y usuarios.⁵⁷

Las autonomías iban a participar en la estructuración sanitaria, lo anunciaba Ernest Lluch en el transcurso del acto de clausura de las jornadas sobre Administración Local y Reforma Sanitaria que durante tres días se celebraron en Barcelona, organizadas por la Federación Española de Municipios y Provincias, la Federación de Municipios de Cataluña y el Ayuntamiento de Barcelona. Las comunidades autónomas fijarían en su territorio demarcaciones denominadas áreas de salud, en las que se establecerían los medios sanitarios. Para cumplir con este objetivo, la Administración central transferiría rápidamente los servicios del Instituto Nacional de la Salud a todas aquellas autonomías que tuvieran una infraestructura que lo permitiera. De esta manera la Ley general de Sanidad tendría una base autonómica ya que en el futuro serían las comunidades autónomas merced a sus propios recursos y a los transferidos por la Administración central, que convertiría a los

gobiernos autónomos en el principal gestor y planificador de la salud.⁵⁸

Por consiguiente, en abril de 1985, el titular de la cartera de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, habría necesitado rebasar la mitad de su mandato como ministro para dar a luz a la Ley de Sanidad, que se había visto hasta catorce versiones distintas en los dos años de larga gestación. Se trataba de una de esas leyes que afectaban a modo directo a la mayoría de los ciudadanos en una parcela tan decisiva como era la atención de la salud para introducir aires nuevos en la caótica administración sanitaria.⁵⁹ La masificación de la sanidad pública y la ruina económica de todo el complejo sistema sanitario y asistencial español comprometían muy seriamente al Gobierno en esta importante reforma.

Conste además que, Lluch subrayaba los aspectos de la universalización de la asistencia sanitaria y la ampliación de las prestaciones como factores destacados de la Ley de Sanidad aprobada el día 2 de abril de 1985 por el Consejo de Ministros. El ministro aseguraba que la ley había mejorado destacando su carácter autonomista y el reconocimiento de la libre elección de médico así como el establecimiento de una pluralidad de fuentes de financiación.⁶⁰ Las reacciones al proyecto del Gobierno habían sido cautelosas ya que todas las partes sociales habían criticado no haber sido informada de su contenido final. El propio sindicato socialista, UGT, denunció estos extremos, en las reuniones de la comisión de seguimiento del Acuerdo Económico y Social.⁶¹

De esta manera, para Comisiones Obreras el modelo diseñado en el proyecto aprobado por el Gobierno opinaba que «es otro instrumento más de salida insolidaria de la crisis económica» y que repercutiría en la clase trabajadora. El sindicato comunista sostenía que la elaboración de esta Ley había estado envuelta en el oscurantismo debido a que su largo recorrido no había hecho sino apartarla del proyecto inicial. Ramiro Rivera, presidente del Colegio General de Colegios de Médicos, afirmaba que la orga-

nización médica colegial no daba ninguna opinión sobre el proyecto de Ley presentado por el ministro de Sanidad porque no se les había entregado, de ahí que no podían añadir nada a las opiniones que dieron sobre los borradores. El médico Beltrán, director de la clínica privada que no colaboraba con la sanidad pública, la Clínica Boston de Madrid, señalaba:

Necesitábamos este marco que ha creado tantos celos e irascibilidades y que ha enfrentado sin necesidad a Ernest Lluch y a Ramiro Rivera. No es una ley de derechas o izquierdas: es una ley justa que no está en contra de las medicina privada.⁶²

En su comparecencia ante los medios informativos para presentar el proyecto, Lluch aseguraba que la libre elección de médico en atención primaria y especialista hospitalario, dentro del área de salud, se recogía en la ley tal y como se negoció. Por otra parte, destacaba que el texto recogía los derechos y deberes del enfermo así como el reconocimiento del libre ejercicio de la profesión sanitaria. Ernest Lluch resaltó que la extensión de la asistencia sanitaria pública a todo el colectivo social según recogía el proyecto, llevaba consigo la «igualdad efectiva» de toda la población, acogiendo al sector hasta ahora marginado.⁶³

La Ley General de Sanidad y Ernest Lluch

Hasta ahora hemos visto que, en el área de la salud se reclamaba una reforma sanitaria para el país. Estas demandas fueron incorporadas, especialmente por los partidos de izquierda, y debatidas en el Parlamento. A pesar de ello, la reforma sanitaria quedaba pendiente y fue una de las promesas electorales del Partido Socialista Obrero Español en su campaña «por el cambio» en 1982.⁶⁴

El proceso de formulación se iniciaba con el nombramiento de la Comisión redactora del Proyecto en 1983, a un mes de formado el primer gobierno del PSOE, y tardó un año en presentar públicamente el primer borrador de la

Ley General de Sanidad. En verdad, lo que en un principio se prometía como un trámite rápido y pacífico, se convertía en uno de los aspectos más polémicos de la política social, provocando grandes movilizaciones, principalmente por los médicos, liderados por la Organización Médica Colegial que se oponía a la reforma sanitaria propuesta por el Gobierno PSOE. Más tarde, el Consejo de Ministros enviaba el anteproyecto de la Ley General de Sanidad al Congreso de los Diputados para su discusión pública en 1985. Tras un año de discusión y aprobación o rechazo de enmiendas en el Parlamento y en el Senado, la Ley quedaba aprobada el 25 de abril de 1986.⁶⁵ Claro que, gracias a su principal impulsor el socialista Ernest Lluch que daría origen al Sistema Nacional de Salud, una de las grandes conquistas sociales de nuestra sociedad a la que no puede renunciarse por más que deban asumirse reformas que, más allá de su sostenibilidad, insistan en su consolidación.

La Ley General de Sanidad llegaba cuando todavía convivían más de sesenta modelos sanitarios que procedían de antiguas cooperativas, de mutuas de vestigios corporativos profesionales o de órdenes religiosas y que dejaban fuera del derecho a la asistencia a gran parte de la población.⁶⁶ No es esta obviamente la ocasión para extenderse en un estudio pormenorizado de la Ley General de Sanidad, pero sí es necesario subrayar los datos más significativos que incorpora desde la perspectiva que nos ocupa; datos que inciden de forma más clara sobre la configuración de la asistencia sanitaria.

La mencionada Ley establece que el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (art. 45).⁶⁷

Además, la ley consagra la superación del enfoque centrado exclusivamente en la acción

curativa frente a la enfermedad y se apoya de forma manifiesta en el concepto de salud. De ahí que se ponga énfasis en aspectos tales como la prevención de las enfermedades y la educación sanitaria y que se sitúe en una línea que potencia la atención primaria como nivel asistencial para una actuación centrada en la salud. A este respecto contiene una explicitación de las funciones que corresponden a los Servicios de Salud que desborda la perspectiva tradicional meramente curativa o reparadora. De esta manera otorga especial relevancia a que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán prioritariamente orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Ello supone una concepción integral de la salud por la cual los servicios de salud han de incorporar las acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades de la misma forma que las asistenciales, las curativas, las rehabilitadoras o las de cuidados paliativos (arts. 6, 46.b, 56.2 y 63).⁶⁸

El Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por disponer de una amplia cartera de servicios que incluye la práctica totalidad de tecnologías y procedimientos sanitarios con los que el conocimiento científico se enfrenta a las enfermedades y a sus consecuencias en la salud humana. Junto a ello, el texto de la ley incorpora el criterio de universalidad en la cobertura como una de las características básicas del sistema español al determinar que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población. Pero, lo hacía solamente en términos tendenciales o programáticos, o sea, como objetivo a alcanzar en el futuro y no como una opción inmediatamente operativa que se impusiera con la entrada en vigor de la mencionada ley (arts. 3.2 y 80).⁶⁹

Asimismo la ley se preocupa de perfilar de modo explícito una serie de derechos de los ciudadanos en sus relaciones con los servicios de salud, esto es, como usuarios de los mismos. Derechos que se refieren no tanto al contenido del mismo de las prestaciones como al modo en que tales prestaciones son efectivamente

realizadas con fijación, por tanto, del marco jurídico básico en el que han de desenvolverse las relaciones entre los servicios de salud y los ciudadanos usuarios.⁷⁰ El reconocimiento legal de estos derechos, igualdad de trato, derecho a la información en relación con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, exigencia de consentimiento para los tratamientos sanitarios, respeto a la intimidad, etc., pretendía asegurar que los ciudadanos recibieran de los servicios de salud un trato respetuoso con las exigencias que dimanaban de los principios de dignidad de la persona (art. 10).⁷¹

Podemos decir que fueron tres los pilares en que se sostuvo el texto legal, al frente del ministro de Sanidad y Consumo Ernest Lluch. El primer pilar estableció la universalidad del servicio, en que todos los ciudadanos tenían derecho a recibir tratamiento y visita médica y no solo los que cotizaban en la Seguridad Social, como había sido hasta entonces. El segundo reforzó la cohesión estructural a través del Sistema Nacional de Salud, el organismo encargado de coordinar las distintas redes asistenciales que habían funcionado de forma inconexa. Y el tercero, impulsó la descentralización que permitió a las Comunidades Autónomas organizar y desarrollar sus servicios sanitarios públicos. En paralelo, la ley estableció que la sanidad pública pasaba a ser financiada por los impuestos generales y no desde la Seguridad Social.

La Ley General de Sanidad en 1986 marca el inicio del cambio hacia un Sistema Nacional de Salud, la cobertura poblacional se generaliza y la financiación de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social se realizaba fundamentalmente con cargo a impuestos generales a partir del 1 de enero de 1989, lo que supuso dedicar tres años completos a resolver problemas de financiación, conciliación de intereses y coordinación entre Administraciones Públicas.

Por tanto, la directriz de la Reforma Sanitaria es la creación de un Sistema Nacional de Salud entendiendo el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los

Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Cabe remarcar que, el eje del modelo son las Comunidades Autónomas. Por tanto, la Ley General de Sanidad establecía las bases ordenadoras para la creación del Sistema Nacional de Salud configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas debidamente coordinados, los cuales integraban o adscribían funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones Locales y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.

La descentralización sanitaria ha sido una consecuencia directa del Estado Autonómico diseñado por la Constitución de 1978, es decir, de la instauración de un Estado descentralizado políticamente, que posibilitó el surgimiento de Comunidades Autónomas y la asunción por estas de competencias en materia de sanidad. No obstante, a pesar de la inmediata asunción estatutaria de competencias en sanidad que conllevó el traspaso a todas las Comunidades Autónomas ha sido paulatina y desigual en contenidos por lo que puede afirmarse que el proceso de descentralización sanitaria ha sido complejo y largo en el tiempo culminando definitivamente en el año 2002.⁷² Esta descentralización es un elemento que contribuyó a asegurar que los servicios sanitarios públicos se orientaban a las necesidades de salud de los ciudadanos, de los pacientes y de los usuarios, al permitir que desde las Comunidades Autónomas se pudieran tener en consideración las peculiaridades específicas de los territorios en los que se asentaban la actuación de sus servicios.

El desarrollo del proceso de transferencias se iniciaba con la promulgación del Estatuto de Autonomía desde el Estado a la Comunidad Autónoma. Así por ejemplo, en Andalucía alcanzaba la titularidad de las competencias sanitarias con la promulgación de su Estatuto de Autonomía en 1981 que fue desarrollado a través de un proceso de transferencias de competencias sanita-

rias desde el Estado a la Comunidad Autónoma y complementado a su vez con un proceso de integración de redes asistenciales públicas dependientes de otras Administraciones con implantación en Andalucía.⁷³

Así pues, el sector sanitario es una pieza clave en el Estado de Bienestar, uno de los principales cauces de redistribución de la riqueza y uno de los factores que contribuyen a la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida. Pero también es un sector con un alto peso en el análisis económico, tanto en términos absolutos (miles de millones de euros) como relativos (en relación al PIB). Con el inicio del proceso de universalización de la asistencia sanitaria establecido en la Ley General de Sanidad, el gasto sanitario aumentó ya que preveía la extensión de la asistencia sanitaria al conjunto de la población y la creación de un Sistema Nacional de la Salud cuya puesta en marcha supuso una importante reestructuración y mejora de la sanidad. El artículo 12 de la Ley General de Sanidad establecía que:

Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.⁷⁴

Según el estudioso Marín Arce, los incrementos en los gastos sanitarios de la Seguridad Social pasaron de 847.762 millones en 1984 a 1.4 billones en 1988 y a 2.4 billones en 1992.⁷⁵

La Ley General de Sanidad, de forma inteligente y pragmática, constituía el Sistema Nacional de Salud y preveía dos procesos de integración en el mismo. El primero, relacionado con la concepción integral de la salud, creaba los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y planteaba la integración en ellos de las políticas de salud y las de los servicios de atención. Así, por primera vez en el sistema sanitario español se planteaba un abordaje integral, uniendo la salud pública, la planificación sanitaria y los servi-

cios asistenciales, que como hemos visto históricamente habían estado separados. En realidad se trataba de un doble proceso: por un lado, la Comunidad Autónoma asumía las competencias de autoridad sanitaria en su territorio; y por otro, se regulaba la integración de las diferentes redes asistenciales de titularidad pública en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas constituyendo una red única a la que podrían vincularse hospitales de titularidad privada. El segundo proceso de integración se refería a la integración de los diferentes subsistemas de cobertura con financiación pública: la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, los mutualismos administrativos, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el Instituto Social de la Marina, en un único sistema.

Los dos procesos de integración son claramente diferentes. El primero, la creación de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, estaba directamente relacionado con las políticas de salud y los servicios sanitarios y era la seña de identidad de un sistema orientado a la protección de la salud que utiliza sinérgicamente todos sus recursos y capacidades para ello. El segundo, relacionado con la integración de los sistemas de protección sanitaria con financiación pública, era el proceso necesario para poder hablar del Sistema Nacional de Salud como el sistema sanitario público en España y se refería a los conceptos de universalidad, financiación y organización del sistema. Un sistema de todos para todos coherente en su organización con la estructura del Estado.

Como hemos mencionado anteriormente, en la Ley General de Sanidad quedaron plasmadas las coordenadas básicas de lo que era un sistema sanitario asentado sobre la idea del servicio de salud universalizado, si bien quedaba aplazado para un momento posterior el pleno desarrollo y la efectiva puesta en práctica de dicho sistema. Esta situación se daría en los siguientes años ya que la característica esencial del modelo sanitario adoptado en 1986 fue su universalidad y el Sistema Nacional de Salud en el año

2011 se consideró ya universal, un sistema sanitario de todos, en el que todos contribuimos a financiarlo.⁷⁶

Por consiguiente, la universalización de la atención sanitaria se considera imprescindible para poder hablar del derecho tal y como emana la Constitución de 1978 y plantea la Ley General de Sanidad de 1986, para mejorar la equidad del sistema, para legitimar la solidaridad como principio básico del sistema y para mejorar la eficiencia.

Consideraciones finales

El camino que ha conducido a la universalización de la asistencia sanitaria garantizada por los poderes públicos ha resultado largo y dificultoso en la historia como se puede comprobar en las páginas anteriores. El punto de partida de las políticas de protección se sitúa en la Comisión de Reformas Sociales que se encargó del estudio de cuestiones que interesasen a la mejora y bienestar de la clase obrera hasta que en el siglo XX culmina con la aprobación de la Ley General de Sanidad, por la cual se crea nuestro Sistema Nacional de Salud, promovida por el entonces Ministro de Sanidad, Ernest Lluch. Fue sin duda, una de las leyes clave de nuestra democracia y uno de los legados más importantes del Gobierno de Felipe González. Esta Ley puso en marcha la reforma y modernización de la sanidad, trascendental para asegurar el papel de pilar fundamental del Estado de Bienestar, que se quería que desempeñase el sistema sanitario para los españoles, cuyo objetivo prioritario era sustituir la caridad por derechos sociales, vinculando la protección sanitaria a la condición de ciudadano por el mero hecho de ser. De esta manera, la Ley General de Sanidad se formulaba por provenir de un mandato de la Constitución Española que establecía el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. También, en el texto normativo confería a las Comunidades Autónomas amplias competencias en materia de Sanidad. Hoy, hemos pasado de la

Beneficencia a los modernos Centros de Salud y los Hospitales de Alta Resolución en el Sistema Nacional de Salud.

La gestión descentralizada del Sistema Nacional de Salud ha aproximado la administración al ciudadano, garantizando la equidad, calidad y participación. La asistencia sanitaria ha sido, y sigue siendo, uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar en España, junto con la educación, las pensiones y los servicios de protección social. Sus características de financiación pública, universalidad y gratuidad en el acceso, unidas a la calidad y seguridad de sus prestaciones, han reportado enormes beneficios al conjunto de la sociedad. Por consiguiente, debe de destacarse el hito histórico que supuso la promulgación de la Ley General de Sanidad, de 1986, que condujo a la universalización del sistema sanitario público.

El Sistema Nacional de Salud se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, es responsabilidad de los poderes públicos.

La realidad de los gobiernos del PP es que nos conducen a la privatización de los servicios públicos, quieren acabar con la sanidad como servicio público universal y gratuito. No olvidemos que la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 se hacía sin el apoyo del PP, entonces AP, que votaba en contra.

El día 21 de noviembre de 2000, una monstruosa acción irracional segó la vida de Ernest Lluch. Su desaparición causó conmoción; el sentimiento de su pérdida hizo que calles, plazas, centros, bibliotecas, casas de cultura e institutos llevaran su nombre.

Hoy, 24 años después de la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 impulsada por el Ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, ha perdurado, ha mejorado y completado con la Ley General de Salud Pública de 2011

que apuró la universalización efectiva de la sanidad pública española.

NOTAS

- ¹ Véase Boletín Oficial del Estado (en adelante BOE), 29 de diciembre de 1978.
- ² *Constitución política de la Monarquía Española: promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812*, Cádiz, Imprenta Real, pp. 104-105 y 109-111. En ella se configuró un Estado a través de una reestructuración de las instituciones político-administrativas, del asentimiento de la soberanía nacional, de la división de poderes, de los derechos individuales y de los derechos políticos de las Cortes soberanas. PÉREZ-PRENDES José Manuel y DE AZCÁRRAGA, Joaquín, *Lecciones de Historia del Derecho Español*, Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, 1993, p. 558. HERNÁNDEZ IGLESIAS, Fermín, *La Beneficencia en España*, Madrid, Establecimientos tipográficos de Manuel Minuesa, 1876, t. II, pp. 795 y 803.
- ³ PEMÁN GABÍN, Juan María, *Derecho a la salud y administración sanitaria*, Zaragoza, Real Colegio de España en Bolonia, 1989, pp. 106 y 121-122. Cabe mencionar que las limitaciones e insuficiencias de los tradicionales hospitales benéficos, concebidos en realidad con fines no estrictamente sanitarios sino también como instituciones de asilo e incluso de represión o corrección, son sobradamente conocidas por la autora GIMÉNEZ MUÑOZ, María del Carmen. *El Asilo de Mendicidad de San Fernando (1846-1900)*, Sevilla, Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones, 2006; *Las instituciones sanitarias sevillanas (1850-1900)*, Sevilla, Diputación Provincial de Sevilla, 2007; *Los establecimientos benéficos más relevantes de Sevilla hasta 1849*, Sevilla, Ediciones Alfar, 2008; *Hospicio, Casa de Expósitos, Asilo y otras instituciones de protección a la infancia (1850-1900)*, Sevilla, Ediciones Alfar, 2009; *Los establecimientos de caridad en Sevilla*, Sevilla, Servicio de Publicaciones del Ayuntamiento de Sevilla, 2009.
- ⁴ Fue elaborado por Francisco Fabra Soldevila, médico, destacando por su labor de divulgación médica, en colaboración con la Academia Médica Matritense, basado en una visión global de los problemas de salud y en el primer intento de establecer mecanismos de atención primaria, control de las epidemias y prevención de ellas, de acuerdo con el espíritu de la Constitución gaditana. CARDONA, Álvaro. *La salud pública en España durante el trienio liberal, 1820-1823*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2005, pp. 287-329.
- ⁵ Archivo General de la Administración (en adelante AGA), «Dirección General de Beneficencia y Sanidad/ Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales», 1834-1974.
- ⁶ AGA, «Dirección General de Beneficencia y Sanidad/ Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales», 1834-1974.
- ⁷ ANGOLOTTI CÁRDENAS, Enrique, «Datos para la historia del cólera en España» en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Vol. 45, n.º 3, 1971, pp. 223-245. También véase Giménez Muñoz, María del Carmen. «El cólera en la capital hispalense durante la segunda mitad del siglo XIX», en Libro de Actas del IX Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas: Cádiz, 27, 28, 29 y 30 de septiembre de 2005/ coord. por Juan Antonio Pérez-Bustamante, Cándido Martín Fernández, Francisco Javier González-González, Enrique Wulff Barreiro, José Francisco Casanueva González y Francisco Herrera Rodríguez, Cádiz, Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas (SEHCYT), Vol. I, 2006, pp. 303-322.
- ⁸ La Ley de Sanidad se encuentra publicada en *El Porvenir*, en los días 12 y 13 de diciembre de 1855. Este texto legal, decisivo en la historia de la legislación sanitaria española, se ordenaba en 19 capítulos con un total de 102 artículos. Dicha Ley disponía la constitución de los organismos rectores de la política sanitaria (capítulos I-III), se ordenaba el modo de cumplirse los servicios sanitarios marítimo o exterior (capítulos IV-X) e interior (capítulos XI-XIII) y finalmente se establecían normas para la regulación de otras actividades sanitarias (capítulos XIII-XIX).
- ⁹ AGA, «Dirección General de Beneficencia y Sanidad/ Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales», 1834-1974.
- ¹⁰ AGA, «Dirección General de Beneficencia y Sanidad/ Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales», 1834-1974.
- ¹¹ SILVESTRE RODRÍGUEZ, Javier y PONS PONS, Jerònia: «El seguro de accidentes de trabajo, 1900-1935. El alcance de las indemnizaciones, la asistencia sanitaria y la prevención»/ coord. por Javier Silvestre Rodríguez y Jerònia Pons Pons: *Los orígenes del estado de bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidente, vejez, desempleo y enfermedad*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2010, pp. 123-150.
- ¹² SÁNCHEZ MARÍN, Ángel, «El instituto de Reformas Sociales: origen, evolución y funcionamiento», *Revista Crítica de Historia de las Relaciones Laborales y de la Política Social*, n.º 8, 2014, pp. 7-28.
- ¹³ MONTOYA MELGAR, Alfredo, «De los seguros sociales a la Seguridad Social (en el centenario del Instituto Nacional de Previsión)», *Anales de la Real Academia de jurisprudencia y legislación*, n.º 38, 2008, pp. 195-224.
- ¹⁴ ELU TERÁN, Alexander, «Las primeras pensiones públicas de vejez en España: un estudio del Retiro Obrero, 1900-1936», *Revista de Historia Industrial*, n.º 32, 2006, pp. 33-67.
- ¹⁵ Véase el Real Decreto de 12 de enero de 1904. Disponible en internet: http://bib.us.es/derecho/servicios/common/RD_1904_InstruccionGeneralDeSanidadPublica.pdf.
- ¹⁶ El subsidio de maternidad publicado en Madrid se puede consultar en internet: <http://www.fama2.us.es/fde/ocr/2007/subsidioDeMaternidad.pdf>
- ¹⁷ El seguro obligatorio de maternidad promulgado por Real Decreto de 22 de marzo de 1929 se encuentra disponible en internet: http://www.bvingesa.msc.es/bvingesa/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1001972&responsabilidad_civil=on
- ¹⁸ Gaceta de Madrid (en adelante G.M.), 18 de octubre de 1919.
- ¹⁹ AGA, «Dirección General de Beneficencia y Sanidad/ Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales», 1834-1974.

- ²⁰ BERNABEU MESTRE, Josep, «La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933», *Revista Española de Salud Pública*, vol. 74, 2000, pp. 1-13.
- ²¹ AGA, «Dirección General de Beneficencia y Sanidad/ Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales», 1834-1974.
- ²² NASH, Mary Josephine, «Federica Montseny: dirigente anarquista, feminista y ministra», *Arenal: Revista de historia de mujeres*, vol. 1, n.º 2, 1994, pp. 259-271.
- ²³ BOE, con fecha 10 de marzo de 1938. Disponible en internet: <http://www.w-torredabel.com/leyes/constituciones/fuero-del-trabajo-1938.htm>
- ²⁴ *Ibidem*.
- ²⁵ Véase BOE, 27 de diciembre de 1942.
- ²⁶ Véase BOE, 26 de noviembre de 1944.
- ²⁷ Véase BOE, 30 de diciembre de 1963.
- ²⁸ Véase BOE, 20 de julio de 1974.
- ²⁹ Véase BOE, 5 de julio de 1977.
- ³⁰ En su artículo 43 contemplaba el punto 2 lo siguiente: «Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto». BOE, 29 de diciembre de 1978.
- ³¹ «Total reestructuración de la Seguridad Social». *La Vanguardia*, 18 de noviembre de 1978.
- ³² Véase BOE, 2 de diciembre de 1981.
- ³³ Véase RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio, «El Estado de bienestar en España (1982-1996): entre la universalización y la reestructuración» en Abdón Mateos López y Álvaro Soto Carmona (dirs.), *Historia de la época socialista*, Madrid, Sílex, 2013, pp. 147-167.
- ³⁴ Ernest Lluch i Martin nació en Vilassar de Mar, el 31 de enero de 1937. Era doctor en Ciencias Económicas y, además de ser político, ejercía también como profesor en la Facultad de Económicas de la Universidad de Barcelona. Lluch pertenecía a la escuela de economistas surgidos de la Universidad a principios de los años sesenta, una generación que, al igual que sus colegas de otras materias y actividades profesionales, se caracterizó por su incorporación masiva a la lucha estudiantil antifranquista. Ernest Lluch estudiaba el bachillerato en La Salle de los Josepets de Barcelona. Tras acabar estos estudios se puso a trabajar en el taller de su padre y sin que se enterara entró en una nueva Facultad creada a principios de los años cincuenta. A fines de la mencionada década comenzó a colaborar en el Círculo de Economía, donde fue secretario general y conectó con algunos grupos de resistencia nacionalistas. Su primer cargo representativo fue el de delegado del Sindicato Democrático de Estudiantes de la Universidad de Barcelona. Fuera del ámbito estudiantil proseguía sus actividades políticas, con especial relevancia fue su papel en la Taula Rodona (Mesa Redonda), organismo unitario formado en 1966 en el que convivían la mayoría de fuerzas organizadas de la oposición clandestina. A principios de los años setenta se trasladaba a la ciudad de Valencia para ejercer como profesor universitario. Allí conectaba con los ambientes nacionalis-

tas y progresistas que se aglutinaban en el Partit Socialista de Valencia. Fue miembro del Comité Ejecutivo del Partit Socialista del País de Valencia (PSPV) desde el año 1973 hasta 1977. En este último año volvía a Barcelona también como profesor. Una vez en Cataluña se integraba en el Partit dels Socialistes de Catalunya (PSC) y tras las primeras elecciones democráticas, el 15 de julio de 1977, fue elegido diputado a Cortes por Girona comenzando una brillante carrera parlamentaria y gubernamental. Repetía suerte en 1979 por la misma demarcación electoral. Más tarde sería el número dos por Barcelona. Ernest Lluch, una vida truncada», *La Vanguardia*, 21 de enero de 2012. «Ernest Lluch, una vida dedicada a la política y a la Universidad». *El Mundo*, 22 de noviembre de 2000. Desde abril de 1980, Ernest Lluch fue portavoz del grupo de los socialistas catalanes en el Congreso. Sin embargo, el clima de inestabilidad que se respiraba a principios de 1981 tras la dimisión de Adolfo Suárez y el intento de golpe de Estado del 23-F marcó un punto de inflexión en la política autonómica que exigía actuar con acierto para encauzar la situación. Así, una Comisión de expertos designados por el Gobierno y los socialistas previeron la elaboración de una ley que armonizara las competencias de las Comunidades Autónomas entre sí y en relación a las competencias estatales. Dicha ley sería la Ley Orgánica para la Armonización del Proceso Autonómico (LOAPA), presentada en el otoño de 1981 para su tramitación en las Cortes con el respaldo de UCD y el PSOE. La tramitación parlamentaria de la LOAPA se prolongaba durante diez meses, hasta su aprobación por las Cortes en julio de 1982 con los votos de UCD y el PSOE. «La LOAPA, eje de los pactos autonómicos». *El País*, 1 de julio de 1982. El Gobierno vasco, la Generalitat de Catalunya, CiU y Partido Nacionalista Vasco contestaron con la presentación de un recurso de inconstitucionalidad por considerar que los Estatutos, normas integrantes del bloque de constitucionalidad, no podían estar limitados por una ley estatal. BOE, 5 de agosto de 1982. Los detractores de la LOAPA llevarían a los representantes socialistas a plantear la cuestión central en el discurso sobre España: su caracterización como nación en cuanto sujeto titular de soberanía. Así pues, reunidos los delegados en el III Congreso del PSC-PSOE, Lluch criticaba la gestión de la comisión ejecutiva federal del PSOE por la falta de dirección en el PSC acusándola de no haber dado una respuesta clara y contundente a los problemas planteados, en concreto al polémico tema de la LOAPA una ley rechazada ampliamente en la comunidad autónoma catalana que generó fuertes tensiones entre los socialistas catalanes y la dirección estatal del PSOE. «Grave crisis en el PSC-PSOE por negarse Ernest Lluch a presentar enmiendas a la LOAPA». *El País*, 22 de diciembre de 1981. Se puede afirmar que la LOAPA tuvo dificultades a la hora de conformarse, de redactarse y ni siquiera cuando la aprobó el Tribunal Constitucional, estuvo al gusto de todos. Lluch se quejaba del desdibujamiento de la comisión ejecutiva y añadía que, «a menudo los militantes y electores no han sabido cuál era su postura». Lluch criticó la falta de dirección en el PSC». *La Vanguardia*, 30 de mayo de 1982. Al analizar las causas de la comisión ejecutiva Lluch mencionaba por primera vez

- la doble condición del PSOE-PSC: «un partido de los trabajadores y un partido nacional catalán». *Ibidem*. Además manifestaba que, «si una de las dos prima sobre la otra, es malo». *Ibidem*. Para él era indispensable la necesidad de asumir las características propias de un partido de los trabajadores y apelaba a profundizar en ello en coordinación con la UGT. Lluch insistía: «Nosotros no podemos aceptar un catalanismo aislado del resto del Estado». *Ibidem*. Así pues, subrayaba la necesidad de promover un catalanismo que se proyectara sobre el conjunto de España y que se supiera integrar a todos los trabajadores. Paradójicamente coincidía en este pensamiento con Josep Tarradellas, presidente de la Generalidad de Cataluña en el exilio desde 1954 hasta 1977, quien volvía a Cataluña con firmeza pero desprovisto de maximalismo, su táctica sería no plantear al Estado problemas como por ejemplo de federalismo o de Países Catalanes. «Fallece Tarradellas, guardián de la legitimidad democrática». *La Vanguardia*, 10 de junio de 2013. La Generalidad restaurada sería quien representara al Estado en Cataluña y no un órgano diferenciador, obteniendo la gobernabilidad de Cataluña dentro del marco español para consolidar la operación democrática. Ernest Lluch fue el portavoz del grupo Socialistes de Catalunya hasta enero de 1982 en que dimitió por discrepancias con la dirección de su partido en Barcelona con motivo de la LOAPA. El ministro pudo combinar sus actividades cívicas y políticas con el estudio y la reflexión sobre la economía catalana y española que dieron como resultado varios libros propios y diversos colectivos. Entre ellos: *El pensament econòmic a Catalunya (1760-1840): els orígens ideològics del proteccionisme i la presa de consciència de la burgesia catalana*. Barcelona, Edicions 62, 1973; *La Catalunya veçuda del segle XVIII: foscors i clarors de la Il·lustració*, Barcelona, Edicions 62, 1996 y *L'alternativa catalana (1700-1714-1740): Ramon de Vilana Perlas i Juan Amor de Soria: teoria i acció austracistes*, Vic: Eumo Editorial, 2000.
- ³⁵ Véase BOE, 19 de junio de 1982. Según una encuesta realizada en los colegios de médicos, sobre 21.308 colegiados, cada médico español desempeñaba un promedio de 2.25 trabajos, mientras el paro afectaba al 10.2% de los titulados. «Los médicos acatan las incompatibilidades». *El Socialista*, del 20 al 26 de abril de 1983.
- ³⁶ «La cifra de parados ascendió a 2.234.800 al finalizar 1982». *El País*, 25 de febrero de 1983.
- ⁴² «Ciriaco de Vicente no participará en la redacción de la ley de Sanidad». *ABC*, 1 de noviembre de 1983.
- ⁴³ «Fuerte tensión entre los responsables de la política sanitaria». *El País*, 11 de noviembre de 1983.
- ⁴⁴ «El borrador de la ley General de Sanidad es estatalizador». *ABC*, 30 de diciembre de 1983.
- ⁴⁵ «Todos los españoles tendrán cobertura sanitaria según la reforma que crea los Servicios de Salud». *La Vanguardia*, 28 de diciembre de 1983.
- ⁴⁶ *Ibidem*.
- ⁴⁷ «Ramiro Rivera califica de «estabilizadora» la ley de Sanidad». *El País*, 29 de diciembre de 1983.
- ⁴⁸ «Lluch reconoce que la atención a la salud en España es muy anárquica». *La Vanguardia*, 29 de mayo de 1984.
- ⁴⁹ FARRERONS NOGUERA, Lourdes, *Historia del sistema sanitario español: Debates parlamentarios, 1812-1986*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 2013, p. 197.
- ⁵⁰ «Pedro Sabando, desmiente a Ernest Lluch sobre las razones de su destitución como subsecretario». *El País*, 9 de febrero de 1985.
- ⁵¹ «La Organización Médica se opone de nuevo a la reforma sanitaria y denuncia presiones de UGT». *La Vanguardia*, 28 de noviembre de 1984.
- ⁵² «Hernández Gil, nombrado subsecretario de Sanidad». *La Vanguardia*, 7 de febrero de 1985. BOE, 7 de febrero de 1985.
- ⁵³ *Ibidem*.
- ⁵⁴ «Ernest Lluch pidió a Sabando que dimitiese como subsecretario». *El País*, 7 de febrero de 1985.
- ⁵⁵ «Lluch cesó a Sabando por filtrar unos documentos a la organización médica». *La Vanguardia*, 8 de febrero de 1985.
- ⁵⁶ Quedaba recogido en el Orden de 28 de febrero de 1985 por la que se establecían los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente. Véase BOE, 5 de marzo de 1985.
- ⁵⁷ «Dentro de un año los ciudadanos serán mejor atendidos que hoy en los hospitales». *El País*, 5 de marzo de 1985.
- ⁵⁸ «Las autonomías participan en la estructuración sanitaria». *El País*, 31 de marzo de 1985.
- ⁵⁹ «Lluch: «Para un millón de españoles la asistencia será gratuita». *ABC*, 14 de abril de 1985.
- ⁶⁰ «La ley de Sanidad será financiada básicamente en una primera etapa por las cotizaciones». *El País*, 27 de marzo de 1985.
- ⁶¹ «El proyecto reformador de la Seguridad Social contraviene acuerdos de la OIT, según UGT». *El País*, 24 de marzo de 1985.
- ⁶² «La ley general de Sanidad extiende la asistencia y amplía las prestaciones». *La Vanguardia*, 4 de abril de 1985.
- ⁶³ *Ibidem*.
- ⁶⁴ «Por el cambio», lema de la precampaña socialista». *El País*, 15 de septiembre de 1982.
- ⁶⁵ BOE, 29 de abril de 1986.
- ⁶⁶ PEMÁN GABÍN, Juan María, «Del seguro obligatorio de enfermedad al sistema nacional de salud: el cambio en la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto del siglo XX» en *El derecho administrativo en el umbral del siglo XXI: homenaje al profesor Dr. D. Ramón Martín Mateo*/ coord. por Francisco Sosa Wagner, Valencia, Tirant lo Blanch, 2000, pp. 1.019-1.052.
- ⁶⁷ BOE, 29 de abril de 1986.
- ⁶⁸ *Ibidem*.
- ⁶⁹ *Ibidem*.
- ⁷⁰ «Cada Comunidad Autónoma tendrá un Servicio de Salud dotado de personalidad jurídica propia». *La Vanguardia*, 13 de abril de 1985.
- ⁷¹ BOE, 29 de abril de 1986.
- ⁷² BOHÍGAS, L. «La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud», *Gaceta Sanitaria*, vol. 17, n.º 4, 2003, pp. 316-318.

- ⁷³ Véase sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de sanidad. BOE, 15 de junio de 1981.
- ⁷⁴ BOE, 29 de abril de 1986.
- ⁷⁵ MARÍN ARCE, José María, «La época socialista (1982-1996)» en Carlos Navajas Zubeldía (coord.), *Actas del III Simposio de Historia Actual*, Logroño, 26-28 de octubre de 2000, Instituto de Estudios Riojanos, 2002, p. 137.
- ⁷⁶ BOE, de 5 de octubre de 2011.