

PEDRO F. SABANDO SUÁREZ

Así se creó el Sistema Nacional de Salud

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: Unió Democràtica de Catalunya
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 los 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 complicitad 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 transcendencia 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).

