MEMORIA Y OLVIDOS: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO CONQUISTA JURÍDICA*

Luis Martín Rebollo

Catedrático de Derecho administrativo
Profesor emérito. Universidad de Cantabria

1. En unas Jornadas tan especializadas en las que se aborda la incidencia de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud con derivaciones y proyecciones impensables hace bien pocos años quizá no resulte impertinente aprovechar la ocasión para echar una mirada al pasado y comprender el salto gigantesco que se ha dado en relativamente poco tiempo en la consideración de la atención sanitaria como labor del Estado. Una labor considerada socialmente como algo lógico y natural, sin ser muchas veces conscientes de que es una realidad reciente que, por eso, hay que recordar para valorarla en su justa medida. Esta intervención no tiene, pues, más pretensiones que recordar los hitos fundamentales de la intervención pública en el sector y destacar las transformaciones ocurridas en los últimos cien años.

Y es que hasta 1986 no había prácticamente en España un sistema generalizado de Sanidad pública. Había, sí, cierta Sanidad pública, pero vinculada a la Seguridad Social, lo que significaba que no era universal y se constreñía a los trabajadores y empleados sometidos al citado régimen de aseguramiento.

Esa situación cambia hace justamente 40 años, cuando culmina la evolución de un proceso que tiene como detonante del cambio, como en muchas otras cosas, la Constitución de 1978.

2. En efecto, el artículo 43 de la Constitución reconoce "el derecho a la protección de la salud"; no el "derecho a la salud", como con frecuencia se dice, porque nadie puede garantizar ese estadio de la vida personal. Lo que el Estado sí puede hacer y hace es "proteger" la salud y a eso apuntan los dos apartados siguientes del precepto constitucional que imponen a los poderes públicos "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios", remitiendo luego a la Ley el establecimiento de los derechos y deberes de todos al respecto.

Hay que precisar, para evitar equívocos –también muy frecuentes– que el citado artículo 43 de la Constitución no constituye un derecho fundamental, ni siquiera un derecho constitucional no fundamental. Se ubica en el Capítulo Tercero del Título Primero de la Constitución, es decir, dentro de lo que ésta denomina "principios rectores de la política social y económica"; principios que no son propiamente derechos por más que, equívocamente, estén integrados en el Título que se denomina "De los derechos y deberes fundamentales". De ahí procede cierta confusión que da pie, a veces, a conclusiones un tanto demagógicas que tratan de minusvalorar el significado de esos principios o pautas de tendencia. Unos principios que, según la propia Constitución, deben inspirar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los Poderes públicos, pero sin que deban ser desarrollados mediante Ley orgánica, como los derechos fundamentales, ni su eventual desconocimiento o violación tenga acceso al Tribunal Constitucional en vía de recurso de amparo. Son principios en los que la Constitución no impone *directamente* concreciones, por lo que "sólo podrán ser alegados (…) de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen" (art. 53).

Esos principios aluden a cuestiones socialmente importantes en las que se plasma con frecuencia la imagen del Estado social y entre los que está justamente la referencia a la protección de la salud. La

* Texto de la intervención oral en el *XXXIV Congreso Derecho y Salud*, organizado por la "Asociación de Juristas de la Salud" y celebrado en Santander del 27 al 29 de mayo de 2026. Se trata de un recordatorio necesario a través de un breve recorrido por la evolución de la intervención del Estado y del Derecho en la sanidad.

DS *Derecho y Salud*, vol. 36 (Extraordinario), pp. 6-14, ISSN 1133-7400

ubicación de la salud dentro del Capítulo genéricamente dedicado a los derechos y libertades produce en ocasiones, como digo, no poca confusión. Y pone sobre la mesa la siempre apasionante cuestión de las palabras. Derechos fundamentales, derechos constitucionales no fundamentales, principios y derechos de configuración legal conviven en una amalgama no siempre fácil de deslindar para el no experto. Pero lo que importa, por lo que hace a los principios, es que su efectiva virtualidad depende, como he dicho, enteramente de la Ley. Y ésta, obviamente, dependerá, a su vez, de la ideología de la mayoría parlamentaria que la apruebe. No obstante, estos principios "informarán la legislación positiva", esto es, son ideas de tendencia, postulados finalistas que eventualmente pueden conducir a la inconstitucionalidad de una Ley frontalmente contraria a ellos, pero que, en principio, permiten desarrollos legislativos diversos porque precisamente en ese ámbito es donde caben legítimamente políticas públicas diferenciadas. Por eso, en una muy conocida y citada Sentencia, el Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de decir que "la Constitución es un marco de coincidencias suficientemente amplio como para que dentro de él quepan políticas de muy diferente signo". Un espacio abierto en el que el Tribunal Constitucional sólo puede cerrar el paso a opciones o variantes concretas "cuando el carácter unívoco de la interpretación se imponga por el juego de los criterios hermenéuticos" (STC 11/1981, de 11 abril).

Esos principios apuntan derechamente a la cláusula del Estado social que luce en el art. 1 del texto constitucional. Una cláusula que se refiere a las políticas sociales vinculadas a los arts. 39 a 52, muchos de los cuales sirven de soporte y fundamento a numerosas leyes sectoriales. Aunque importa insistir en que esos criterios no son criterios cerrados sino orientaciones finalistas cuya concreción legislativa, a la postre, depende, como he dicho, de factores externos y coyunturales de cada momento: lo que se quiere (o sea, las orientaciones ideológicas de las mayorías parlamentarias) y lo que se puede (es decir, los condicionantes económicos y presupuestarios).

3. Y, en efecto, en el desarrollo del art. 43 de la Constitución es donde tiene su origen el complejo Derecho sanitario de la actualidad. En el marco de ese precepto constitucional destaca la Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad, y luego, también, la Ley 41/2002, de 14 noviembre, reguladora de la autonomía del paciente. La primera organiza el denominado Sistema Nacional de Salud (SNS). La segunda se refiere de forma detallada a los derechos de los pacientes. He ahí, pues, el punto de partida del Derecho sanitario. A partir de esos principios constitucionales y de las Leyes amparadas en él se plasma y concreta hoy la intervención del Estado en la sanidad.

4. Pero como España es un Estado descentralizado hay que considerar las competencias de las Comunidades Autónomas a partir del art. 149.1.16 de la Constitución según el cual le compete al Estado la "Sanidad exterior" y, además, aprobar las "Bases y coordinación general de la sanidad". En su virtud, al Estado le corresponde, como digo, todo lo referente a la sanidad exterior, pero en el ámbito interno las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en materia sanitaria siempre que respeten la legislación básica estatal y garanticen y provean la necesaria coordinación, que corresponde al Estado.

Se trata, una vez más, como es del todo frecuente, de una competencia compartida que se articula, como digo, de manera que al Estado le corresponde aprobar la legislación básica, esto es, todo lo necesario para garantizar un tratamiento mínimo común en toda España (y, en su caso, además, la coordinación) y las Comunidades Autónomas pueden completar o desarrollar esa legislación básica (que no pueden vulnerar) y, además y, sobre todo, les corresponde aplicarla, esto es, gestionarla con medios de todo tipo vinculados a la materia (edificios, personal, gestión, etc.). Esos medios estaban antes vinculados a la Administración del Estado y, por ello, una vez asumida la competencia autonómica en los Estatutos de cada Comunidad, deberán ser traspasados a ellas en un proceso que implicaba necesariamente una negociación global. Así, pues, las competencias no se traspasan. Las competencias se asumen en el Estatuto. Lo que se traspasa luego son los medios materiales y humanos vinculados a esas competencias que pasarán del Estado a las Comunidades Autónomas.

Y eso es exactamente lo que sucedió con la sanidad. Una competencia compartida que, sobre la base del citado art. 149.1.16 CE, incorporaron todas las Comunidades Autónomas en las reformas estatutarias que tuvieron lugar en el año 1994 y que se hicieron efectivas en lo que hace a la gestión una vez traspasados los medios y servicios ellas vinculados en torno a 1998.

Desde ese momento las Comunidades Autónomas son las competentes para ejecutar las leyes sanitarias y para ello lo primero que hicieron todas ellas fue crear entes públicos con personalidad jurídica propia que, bajo nombres parecidos, fueron y son los encargados de la gestión sanitaria.

5. En virtud de todos esos procesos y cambios normativos podemos hablar hoy de los Servicios Autonómicos de Salud y de su organización, de las

Areas y Centros de Salud, de médicos de familia, de especialistas de diversas disciplinas y patologías, de hospitales, prestaciones y servicios de diversa naturaleza. Podemos hablar de problemas y conflictos que han ido conformando lo que conocemos como *Derecho sanitario* y que se analizan en revistas especializadas y Congresos profesionales como este en los que se analizan los derechos de los pacientes, el consentimiento informado, la responsabilidad patrimonial, la protección de datos, el contenido de la *lex artis*, los límites de las nuevas tecnologías y toda una variada casuística que la práctica cotidiana desvela, derivada de la actividad de la Administración en la materia.

Una realidad impensable hace no muchos años que llena los repertorios jurisprudenciales de resoluciones sobre los más diversos temas hasta conformar un cuerpo doctrinal de gran riqueza que abarca todo tipo de tribunales. Baste citar, como un simple ejemplo, que las últimas Sentencias de condena a España por parte del Tribunal Europeo de Derechos Humanos se refieren a temas sanitarios pues, aunque el derecho a la protección de la salud no es, en sí mismo, un derecho protegido por la Convención sí lo son algunas derivaciones del mismo y otros derechos conectados con él como el derecho a la intimidad, el libre desarrollo de la personalidad o incluso la libertad a secas. Véanse así, como ejemplos, las *Sentencias de 17 de septiembre de 2024, caso Pindo Mulla* (que aborda el problema de la extensión del consentimiento cuando en medio de una intervención quirúrgica surge la necesidad de ir más allá de lo inicialmente consentido), la de 26 de *junio de 2025, caso S.O.* (sobre una transfusión no deseada a una persona testigo de Jehová) o la de *6 de noviembre de 2025* (sobre el supuesto de un internamiento psiquiátrico obligado).

6. Hablamos, pues, hoy, con normalidad, del Derecho Sanitario y de las múltiples derivaciones de la actividad de la Administración cuando nos referimos a la sanidad pública porque esa actividad existe, funciona, se lleva a cabo... Porque la Administración sanitaria presta servicios, actúa y realiza actividades relacionadas con la protección de la salud. Por eso, antes de seguir adelante, importa recordar las pautas constitucionales a considerar cuando se habla de cualquier actividad pública, de cualquier actividad administrativa. También, por tanto, de la actividad sanitaria. Y esas pautas se hallan en el art. 103 de la Constitución y se reducen a dos palabras que concretan conceptos: *eficacia y control*. Esta es, por lo demás, *la finalidad última del Derecho Administrativo, su esencial razón de ser y, por eso, también del Derecho sanitario:* imaginar técnicas para proporcionar medios que garanticen la eficacia administrativa y, al mismo tiempo, incorporar herramientas adecuadas de control. La experiencia cotidiana de la actividad pública en este ámbito abre el debate de esas técnicas y sus derivaciones como, sin duda, sucede con las que se estudian en este Congreso dedicado a las tecnologías emergentes. La Inteligencia Artificial aplicada a la actividad sanitaria y, en particular, por lo que ahora interesa, a la actividad sanitaria pública es un buen ejemplo de esas dos finalidades previstas en la Constitución como criterios orientadores de la actividad de las Administraciones Públicas. Porque la IA puede ser, sin duda, un elemento de coadyuve a la eficacia en multitud de aspectos concretos para ganar tiempo y para que las instituciones públicas sanitarias sean no sólo más eficaces sino también más eficientes. Y, al mismo tiempo, la IA puede servir asimismo de control de la actividad administrativa ya sea con carácter preventivo o correctivo, por más que ese instrumento, a su vez, deba ser controlado para evitar consecuencias no deseadas.

Se plasman así, en torno a una herramienta concreta de potencialidades impensables hace bien poco tiempo, los dos objetivos principales y la razón de ser del Derecho Administrativo, la eficacia y el control que han de circular equilibradamente. He ahí el reto.

Esta es, sucintamente expuesta, la situación actual. Una realidad aplicativa en la que surgen problemas nuevos, pero siempre a partir del dato previo hoy incuestionado de que el Estado se ha de ocupar de la salud de los ciudadanos, de todos los ciudadanos. Y la normalidad de esa experiencia de todas las personas que hayan tenido que acudir al sistema de la sanidad pública genera a veces la falsa sensación de que las cosas han sido siempre así porque es, efectivamente, la experiencia vivida por prácticamente todos los menores de 50 o incluso 60 años.

Pero no. Eso no siempre fue así. Es más, es algo muy reciente. Por eso conviene no olvidar el pasado. Volver a lo de ayer, al de dónde venimos; acudir a la memoria para destacar que el papel del Estado en la regulación de la sanidad y su plasmación en normas jurídicas es, como digo, algo muy reciente. Precisamente para no olvidar el trayecto recorrido, para mantener la memoria y marginar el olvido, como reza el título de esta breve charla. Importa, pues, realizar un breve recorrido por el pasado inmediato que nos haga pensar y alzarnos por encima de los problemas concretos que forman parte del diario acontecer de los profesionales.

7. El interés del Estado por la sanidad hasta bien entrado el siglo XX se ha limitado tradicionalmente a dos únicos ámbitos: el de la *salubridad pública* y el de las *enfermedades contagiosas*. Después, a

ello se unió la *Beneficencia*, esto es, la atención a las personas menesterosas que debía incluidas en un llamado "padrón de beneficencia" para sustituir o completar la actividad que en ese ámbito llevaban a cabo algunas órdenes religiosas…

Y nada más. De manera que, ante la enfermedad común de las personas no incluidas en el padrón de beneficencia, no había ninguna cobertura. Cada uno tenía que asumir por su cuenta los gastos de la enfermedad. Y de ahí seguramente venía el consejo de tener, en lo posible, algún ahorro para subvenir esas contingencias porque la enfermedad podía significar, además de sus consecuencias estrictamente sanitarias, la ruina económica.

Todo este planteamiento se plasma en diversas normas de los siglos XIX y XX. Así, si comenzamos las referencias en el inicio del Estado liberal, ya en la *Constitución de Cadiz* aparece lo que después va a ser una constante: la atribución a la responsabilidad de las entidades locales de muchas de las cuestiones relacionadas con la llamada policía de salubridad y la obligación de "cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia" que puedan existir, como decía el art. 321.

Veinte años después, en 1833, en el momento del inicio de reinado de Isabel II, cuando se crea el Ministerio de Fomento que ocupa Javier de Burgos, las preocupaciones son las mismas. El nuevo ministro redacta la famosa *Instrucción a los Subdelegados de Fomento, de 30 de noviembre de 1833* con las indicaciones que habrían de atender los nuevos representantes del Estado en las también recién creadas provincias. Y en ese bello texto orientador se insiste como preocupación principal en materia de sanidad en las enfermedades contagiosas. "La sanidad excitará la solicitud paternal de la Administración –dice–, que desde luego trabajará (…) para impedir la propagación de las enfermedades contagiosas (…)", de modo que "deben los Subdelegados del Gobierno extender su vigilancia a las demás enfermedades epidémicas que hacen estragos, a veces iguales a los de la peste por su intensidad y a veces superiores por su frecuente reproducción. Las viruelas son la primera y la más desoladora de estas plagas". Por ello, una de las medidas a adoptar será la de "no permitir que concurran a las escuelas gratuitas de primeras letras los que no presenten certificaciones de estar vacunados". Pero de atención y prestaciones médicas no se decía nada.

Unos años más tarde la *Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849* contempla una primera y durante mucho tiempo única previsión acerca de la atención a las personas menesterosas, asignando obligaciones a las entidades locales, lo que será después una constante en la legislación de régimen local donde se contemplará expresamente la construcción de establecimientos provinciales de beneficencia como las Casas de maternidad, las Casas de expósitos, las de huérfanos y desamparados.

La Beneficencia como título que ampara y justifica la atención pública necesitaba determinar los potenciales beneficiarios y eso es lo que finalmente contempla el Decreto de 4 de junio de 1891, en desarrollo de la Ley. Dicha norma regula el concepto de pobreza, que era, como digo, el presupuesto para acceder a las prestaciones contempladas en la Ley. Su artículo 3 dice que,

> *"Serán considerados como vecinos pobres para los efectos del reglamento:*
>
> *1. Los que no contribuyan directamente con cantidad alguna al Erario ni sean incluidos en los repartos para cubrir los gastos provinciales ni municipales.*
>
> *2. Los que vivan de un jornal o salario eventual.*
>
> *3. Los que disfruten de un sueldo o pensión menor que los de un bracero en la localidad respectiva y cuenten con aquel solo recurso.*
>
> *4. Los huérfanos pobres y expósitos que (...) se críen por cuenta de la Beneficencia pública en las respectivas jurisdicciones".*

La *Ley de Sanidad de 25 de noviembre de 1855* sigue la misma pauta con la finalidad principal de prevenir la entrada de enfermedades contagiosas, especialmente por vía marítima. Y a tal efecto contempla lazaretos y cuarentenas y regula la organización encargada de vigilar tanto en el ámbito estatal, creando las Juntas provinciales o locales de Sanidad en las que se integrarían los médicos que hubiere, farmacéuticos y veterinarios. Pero no se contemplan prestaciones ni hay previsión alguna al respecto.

La siguiente norma a considerar es la importante *Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904* que contempla, de un lado, medidas organizativas, y, de otros, reitera la responsabilidad del Estado de prever medidas generales frente a las enfermedades contagiosas, remitiendo en lo demás a la Beneficencia de la que son responsables, sobre todo, los establecimientos municipales y provinciales. Una de sus novedades de la Instrucción es la creación del cuerpo de médicos titulares en todos los Ayuntamientos "para el servicio de asistencia a los enfermos pobres", previendo asimismo "un practicante titulado, al menos, por cada 300 familias indigentes" (art. 91).

DS

8. Dejando al margen las competencias del Estado en materia de salubridad y lo que hoy denominaríamos sanidad exterior, queda la cuestión de la Beneficencia cuya gestión la van a protagonizar pronto las entidades locales. Y así, las diferentes Leyes municipales y provinciales, desde la Ley Municipal de 20 de agosto de 1870 hasta el Estatuto Municipal y provincial de 1923 (antecedente inmediato de la ley de Régimen Local de 1955 y aun de la vigente Ley de 1985) contemplan las competencias locales y provinciales en materia sanitaria.

Por ejemplo, en la Ley Municipal de 20 de agosto de 1870 se dice que los Ayuntamientos son responsables de la gestión y gobierno de, entre otras cosas, las instituciones de beneficencia. Por su parte, la Ley provincial de la misma fecha atribuye a las Diputaciones la responsabilidad de las instituciones de beneficencia provinciales. El Estatuto municipal de 1923 es aún más claro. Su art. 150 se refiere a la competencia municipal para establecer servicios de carácter benéfico como Hospitales, Asilos, Dispensarios y Casas de Socorro. Y a este respecto el art. 200 impone obligaciones sanitarias de carácter general (suministro de aguas, evacuación, policía sanitaria…) y el 207 se refiere a la obligación de todos los Ayuntamientos de "establecer y sostener servicios de asistencia médico farmacéutica para familias pobres". El art. 209 obliga a abrir Casas de socorro "para asistencia de enfermos agudos y curación de heridos" en los municipios de más de 15.000 habitantes.

Por su parte la Ley provincial de 20 marzo 1925 impone a las Diputaciones (art. 127) como obligaciones mínimas ("en materia de Beneficencia", hay que precisar), el sostenimiento, por lo menos, de una Casa provincial de Maternidad y Expósitos; una Casa de Beneficencia hospitalaria y una Casa de Caridad para indigentes y dementes pobres. Las Diputaciones podrán, sin embargo, concertar con establecimientos privados los servicios expresados (como sucedió, por ejemplo, en Santander con la entonces privada Casa de Salud Valdecilla). Maternidad, Hospicio, Psiquiátrico y Casa de Beneficencia (Hospital provincial) serán en adelante los cuatro establecimientos –a veces físicamente unificados– vinculados a la responsabilidad y competencia de las Diputaciones Provinciales.

9. En esencia, esa era la situación en los años treinta del pasado siglo y aun después de la guerra civil de 1936-39. El Estado se ocupaba del control de las enfermedades infectocontagiosas (crea hospitales, leproserías, y otros establecimientos similares) y las entidades locales se ocupaban tanto de aspectos generales de la sanidad (control de aguas y alimentos…) como de las prestaciones de *Beneficencia* a través de los médicos titulares (APD) o en los establecimientos provinciales citados. Pero no había nada más. Salvo algunas mutualidades de empleados.

10. En 1942 tiene lugar un hecho fundamental: la Ley de 14 diciembre 1942 crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que protegía a los trabajadores ("débiles", decía) de la enfermedad común y que se financiaba con cuotas de los empresarios y de los propios trabajadores. El artículo 10 de dicha Ley, en efecto, decía así:

> *"El Seguro prestará a sus beneficiarlos una asistencia médica completa, tanto en los servicios de medicina general como en los de especialidades. El nivel mínimo de estos servicios constará en el Reglamento de esta Ley".*

El Seguro lo gestionará un Organismo que había sido creado mucho antes por Ley de 27 de febrero de 1908: el *Instituto Nacional de Previsión* (INP), que tiene como antecedente la llamada Comisión de Reformas Sociales (en la que tuvo un destacado protagonismo el administrativista asturiano Adolfo Posada) y que se venía ocupando de la gestión de la incipiente Seguridad Social, como la administración de las pensiones del llamado Retiro obrero (un seguro inicialmente voluntario y luego, a partir de 1919, obligatorio) y también el llamado Subsidio de Maternidad (1923).

Así, pues, desde el inicio del funcionamiento del SOE en 1944 el INP se va a ocupar de la gestión de la asistencia sanitaria pública en España. Mejor dicho, de la asistencia sanitaria "de la Seguridad Social" (lo que evoca ya, con más precisión, su ámbito de aplicación), con las únicas excepciones de las llamadas Mutualidades Laborales que finalmente se ocuparán, sobre todo, de atender a los accidentes laborales.

El Seguro Obligatorio, que, como acabo de apuntar, tenía algunos antecedentes sectoriales, va a ser un acontecimiento de primer orden. Pero, a diferencia de lo que sucedió en Europa, donde este tipo de conquistas sociales trae causa, sobre todo, del auge de la socialdemocracia y el laborismo inglés tras la II Guerra Mundial, en España se trató más bien de una concesión del Poder que pretendía así lograr la paz social y conllevaba un precio. A cambio de la ausencia de libertades y de la inhibición política, el Estado creó lo que podría calificarse como un embrión de Estado social (todavía no "de Derecho") con múltiples variantes: viviendas de protección oficial, centros de vacaciones, universidades laborales y otras prestaciones; entre ellas, la protección frente a la enfermedad común de la que se ocuparía el citado INP. Y ese origen probablemente explica que,

en ocasiones, esas prestaciones fueran incluso más amplias que las que se habían creado más despacio en otros países. Lo que abre el debate –con alguna consecuencia concreta de él derivada– de si se trató, como en algún otro país, de una conquista o fue más bien una especie de concesión modal…

Lo fundamental, en todo caso, es que, por primera vez, hay un instrumento que cubre a los asalariados frente a la enfermedad común. A su servicio se crea una red de instituciones sanitarias que en el plano local se apoyará en los médicos "titulares" de los municipios, a los que ya he hecho referencia (ahora también "médicos del Seguro") y en el nivel especializado se irá formando una plantilla propia y una red hospitalaria de nueva creación (las Ciudades Sanitarias y Residencias de la Seguridad Social que se crean en todas las provincias y se generalizan, ya en la década de los años sesenta del pasado siglo).

Todo ello transforma por completo el panorama sanitario en la medida en que el modelo va a alcanzar pronto un indudable prestigio, sobre todo en el ámbito hospitalario donde empiezan a trabajar profesionales cualificados seleccionados para ello. Unos profesionales que, vinculados al INP, van a ser denominados "personal estatutario", pero que, cuando andando el tiempo pasen a depender de la red pública de las Comunidades Autónomas, quedará claro que no son otra cosa de funcionarios públicos sometidos a la normativa funcionarial; una normativa que contempla, no obstante, la posible existencia de normas específicas para ellos: el controvertido "Estatuto marco", o sea, una ley específica que regula las peculiaridades de este personal y cuyo nombre (Estatuto) puede sugerir que ese personal es algo distinto de los funcionarios, cuando no lo es. De hecho, la propia Ley que aprueba el vigente Estatuto marco así lo especifica cuando deja claro que este personal puede ser laboral o estatutario, pero este segundo tipo de personal es personal funcionario al que, sin embargo, se le aplica prioritariamente una normativa especial por las características singulares de su actividad. De ahí la expresión "personal estatutario", pero, como dice la Exposición de motivos de la Ley, éste "establece con nitidez el carácter funcionarial de la relación estatutaria" sin perjuicio de las especialidades que su función comporta. De ahí su regulación separada de la legislación de la función pública general, que, no obstante, les es de aplicación en todo lo no contemplado expresamente por la legislación específica.

11. En 1974 se modifican y amplían por ley las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Y, poco después, en 1978, el INP es sustituido por el INSALUD (RD-Ley 36/1978, de 16 noviembre) tras una reforma de la Seguridad Social de la que surgen nuevos organismos especializados: el INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social), para gestionar las prestaciones económicas, el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales) para proporcionar servicios de diversa índole y el Instituto Social de la Marina para gestionar la Seguridad Social de los trabajadores del mar. Más la Tesorería General de la Seguridad Social, para centralizar la gestión económica y financiera. Pero el sistema, por lo que hace también a las prestaciones sanitarias, seguía funcionando conforme a las reglas de un seguro que dejaba fuera de él a numerosas personas, empezando por los funcionarios y otros profesionales.

Para los funcionarios públicos, al margen hasta entonces del sistema de la Seguridad Social, se crean tres organismos: MUFACE (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Central del Estado), MUGEJU (Mutualidad General de Justicia) e ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas) que se unen a la anteriormente creada (y luego suprimida) MUNPAL (Mutualidad de personal de Administración Local). Estos nuevos organismos sustituyen a las insostenibles Mutualidades de cada Cuerpo y, a partir de entonces, gestionarán las prestaciones de Seguridad Social y, entre ellas, las sanitarias, aunque no las presten directamente sino mediante conciertos con entidades de seguros privados o con el propio INSALUD. Años más tarde los nuevos funcionarios ya quedarán adscritos al régimen general de la Seguridad Social en una tendencia unificadora de todos los asalariados, públicos o privados.

Para otros profesionales funcionan Mutualidades vinculadas a los colegios profesionales.

Como es sabido, ni Muface, ni Mugeju, ni Isfas, prestan directamente servicios sanitarios. Cada uno de ellos gestionan prestaciones vinculadas a la Seguridad Social (ayudas, subsidios, compensaciones…) y, entre ellas, las prestaciones sanitarias que conciertan con entidades de seguros privados o con el propio Insalud, pudiendo sus beneficiarios elegir quién les proporcionará las prestaciones sanitarias garantizadas. Esta un tanto compleja situación da a veces lugar a no pocos equívocos cuando se habla de Seguridad Social de forma restrictiva para hablar, en realidad, de una de sus concretas prestaciones del sistema, la sanitaria. Es decir, el concepto de Seguridad Social es más amplio y va mucho más allá de la sanidad en la medida en que incluía otras prestaciones no menos importantes (las pensiones, por ejemplo). Y ello aunque, ciertamente, las prestaciones sanitarias "de la Seguridad Social" fueran, en efecto, la manifestación más visible de la Seguridad Social que, además, gestionaba un organismo especializado, el Insalud.

Así, pues, en el momento de aprobarse la Constitución la situación, en términos generales, era la siguiente:

- Cobertura a cargo del INP y luego INSALUD para los asegurados del sistema de la Seguridad Social (en diversas modalidades y colectivos).

- Cobertura de MUFACE (Mugeju e ISFAS) para los funcionarios a través de entidades sanitarias privadas o el propio INSALUD, concertados con dichas Mutualidades.

- Cobertura de la Beneficencia para personas sin recursos y sin Seguridad Social, incluidas en el padrón de Beneficencia y que, normalmente, gestionaban establecimientos de esa naturaleza vinculados al ámbito local: Diputaciones provinciales (que tenían Hospital, Maternidad, Psiquiátrico y otros establecimientos similares y que, además, podían mantener convenios de colaboración con compañías de seguros y aun prestar directamente sus servicios en régimen privado).

- Cobertura del Estado para enfermedades infecciosas (mediante una red propia gestionada por el Ministerio de la Gobernación y luego por el de Sanidad, que antes de 1977 no existía)

- Había también la red de los Hospitales militares y la de los Hospitales clínicos (existentes en aquellas ciudades donde hubo tradicionalmente una Facultad de Medicina). Ell ejemplo quizá más conocido sería el Hospital Clínico de Madrid, que es el edificio donde actualmente se asienta el Museo de Arte Reina Sofía, al lado de la antigua Facultad de Medicina (sede actual del Instituto Nacional de Administración Pública, el INAP, donde se forman funcionarios del Estado. El origen de ese centro explica que, dentro de él, aún hoy, esté localizado allí el Colegio de Médicos. Los Hospitales clínicos podían recibir pacientes de la Seguridad Social previo convenio, además de enfermos de la Beneficencia e incluso enfermos "privados" (en convenio con aseguradoras o directamente).

Si esos eran los ámbitos de cobertura del sistema público sanitario, importa hacer ahora una referencia a los profesionales responsables de la gestión, que obedecía también a una notable dispersión en función de los diferentes orígenes de esos profesionales. Así,

- En el ámbito local, los médicos titulares o de APD (que asumen funciones y competencias generales de salubridad y la atención a las personas incluidas en el padrón de beneficencia) se convierten también en gestores de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social; en "médicos del Seguro", en la terminología popular. Estos médicos podían ejercer también privadamente en los municipios en los que estuvieran destinados, que a esos efectos se clasificaban en municipios cerrados o abiertos. En los primeros –generalmente pequeños municipios– su carácter "cerrado" impedía que en el ellos pudieran ejercer otros profesionales liberales de modo que la clasificación era un mecanismo de protección del médico titular que venía a tener un monopolio en actividad privada. En los municipios abiertos podían ejercer otros profesionales, además del titular. Y todos ellos con frecuencia prestaban sus servicios mediante el sistema de "igualas" (que venía a ser un peculiar y atípico seguro que consistía en que las familias pagaban al médico una cantidad fija mensual a cambio de poder utilizar sus servicios cuando los necesitaran).

- En el ámbito local estaban también los médicos de las Casas de Socorro y los de los hospitales y demás establecimientos provinciales, que eran funcionarios municipales o de la Diputación Provincial.

- El Estado mantenía otros médicos como funcionarios propios. Así, los forenses (vinculados al Ministerio de Justicia) y los de ciertos establecimientos propios (penales, hospitales de infecciosos, etc.…).

- La Seguridad Social (INP o INSALUD) mantenía su red de profesionales en el ámbito local y en el hospitalario fue creando especialistas formados de forma asistemática y poco regulada hasta que, ya a finales de los años setenta, se implanta un sistema de especialización moderno: el llamado sistema MIR, que ideó o, al menos, impulsó de forma determinante el Dr. José María Segovia Arana (1919-2016).

- Estaban también, como ya he dicho, los médicos militares y los profesionales de los Hospitales clínicos (que se suprimen en 1979) parte de los cuales eran Catedráticos y Profesores Adjuntos de Universidad. En el caso de estos profesionales se va a plantear el problema de cómo aplicarles la Ley de incompatibilidades de 1982 y luego la más restrictiva 1984, puesto que, como digo, parte de estos médicos eran, al mismo tiempo, médicos de la Seguridad Social y profesores funcionarios de las Universidades. Hasta las leyes de incompatibilidades estos profesionales con doble dependencia (de la Universidad

y del Insalud, que asume los clínicos a partir de 1970-1980) tenían dos sueldos. Y esa circunstancia queda en adelante prohibida por la Ley de incompatibilidades. La "solución" (obviamente no muy bien aceptada) fue la previsión legal (en la Ley General de Sanidad de 1986) de las llamadas "plazas vinculadas" que, en la práctica, para un profesor, suponía cobrar más que sus colegas de otras disciplinas en dedicación exclusiva, pero menos de lo que cobraban antes con dos sueldos. Y obligaba a un acuerdo Insalud/Universidad a la hora de convocar plazas de profesores catedráticos o profesores titulares de disciplinas clínicas en las Facultades puesto que había que garantizar plaza asistencial (*vinculada*) en el hospital "universitario" (ya no exactamente "clínico") ahora del Insalud. Para lo que se requería el citado acuerdo.

• Finalmente, en el sector semipúblico estaba (y está) la red de hospitales de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales (que forman parte de la Seguridad Social, aunque estén gestionados por las entidades privadas que son las citadas Mutuas).

12. Este panorama cambia radicalmente en 1986 cuando el Sistema sanitario vinculado a la Seguridad Social pase a configurarse como un *Sistema Nacional de Salud* cuya financiación no depende ya de las cuotas de empleados y empleadores, sino del presupuesto público. La Ley General de Sanidad de 1986 lleva a cabo esa transformación y universaliza la sanidad pública, que ya no se limitará a los trabajadores (Seguridad social) o a los necesitados (Beneficencia).

Por otra parte, paralelamente, las Comunidades Autónomas asumen, como ya dije, la competencia en materia sanitaria y, a partir de la segunda mitad de los años noventa, hace apenas treinta años, se convierten en las responsables de prácticamente toda la gestión del sistema sanitario público. Eso significa, que:

a) las Comunidades Autónomas van a poder legislar, aunque sólo en la medida en que sus leyes no se opongan a las Leyes básicas que se reserva el Estado (sobre cuestiones de afecten a todos) y

b) van a gestionar o sea, van a depender de ellas, todos los medios materiales y de personal que antes dependían del Insalud o del propio Ministerio, así como, en su caso, los de las Diputaciones provinciales.

De esta manera se produce una *concentración* de medios. Desaparecen los Hospitales clínicos; se suprimen o reducen al mínimo los Hospitales militares y se produce el traspaso de medios y servicios del Insalud a las Comunidades Autónomas. Nace el *Sistema Nacional de Sanidad* y los Sistemas autonómicos de gestión, convirtiéndose *la coordinación* en un elemento central de toda la organización (como, por otra parte, dice el art. 149.1.16 de la Constitución). La gestión y responsabilidad del sistema gira, pues, en todo caso, en torno a las Comunidades Autónomas que, adelante, gestionarán las competencias del antiguo Insalud, las vinculadas a las viejas Diputaciones provinciales y también los establecimientos que aun le quedaban al Estado (básicamente relacionados con enfermedades contagiosas) y que también son traspasados: la llamada *Administración Institucional de la Sanidad Nacional* que fue uno de los primeros traspasos (no vinculados a la Seguridad Social) que recibieron las Comunidades Autónomas. En el caso de la Comunidad de Cantabria, el Hospital de Liencres.

13. Este es., en lo esencial, el modelo que hoy conocemos. Se ha producido una transformación completa del anterior y disperso modelo sanitario público. Y todo ello en muy poco tiempo, de forma que puede decirse que ha sido un modelo de éxito. Se pueden, pues, sintetizar ahora las grandes transformaciones:

Desde el punto de vista *organizativo* el Sistema se gestiona por un ente de cada Comunidad Autónomas (normalmente adoptando la figura de *Organismo Autónomo*), que articula el territorio en Areas y Centros de Salud y una red hospitalaria adscrita.

Desde el punto de vista de *los profesionales funcionarios* hay médicos de *familia y Facultativos* especialistas, formados todos ellos a partir de 1979 mediante un sistema dual de carácter nacional: el llamado sistema *MIR (Médicos Internos Residentes),* conforme a pautas regladas y contenidos estandarizados.

Desde la óptica de las *prestaciones* hay una "cartera común de servicios" (RD 1030/2006, de 15 de septiembre) que cubre una muy amplia gama de coberturas (en general sin copagos, excepto en el caso del gasto farmacéutico) que abarca todo tipo de patologías. Esa cartera común puede ser ampliada, a su costa, por las Comunidades Autónomas.

Desde el punto de vista de los *beneficiarios* el sistema es ahora *universal,* no vinculado a la Seguridad Social e incluye a los extranjeros (salvo en un breve periodo hace unos años). Por cierto, que, como curiosidad, la Ley del SOE de 1942, en su

artículo 6 decía que, a efectos del Seguro, quedaban equiparados a los españoles los trabajadores hispanoamericanos, los portugueses y los andorranos.

Ese nuevo modelo, que, como digo, poco o nada tiene que ver con el modelo anterior, genera nuevos problemas jurídicos muchos de ellos estudiados en Congresos, Revistas y publicaciones como las que patrocina la Asociación de Juristas para la salud. Problemas que, efectivamente, van a abordarse desde el Derecho y cuyas peculiaridades permiten adjetivar sus contenidos para hablar, con solvencia, de que ha nacido una rama específica en el ámbito jurídico especializado: el Derecho Sanitario.

14. Pues bien, desde estas coordinadas y partir de 1986 el Estado va a aprobar una serie de leyes básicas, que se imponen a las Comunidades Autónomas y que conforman el núcleo central del Derecho Sanitario. Así, además de la Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad, que acaba de cumplir 40 años, cabe mencionar la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía* del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuya denominación evoca bien su contenido (y que debería ser guía de cabecera de todos los profesionales en cuanto enumera y detalla los derechos de los pacientes), la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad* del Sistema Nacional de Salud (que aborda la decisiva cuestión de la coordinación y cooperación interautonómica), la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación* de las profesiones sanitarias (que se refiere al ejercicio y formación de todos los profesionales sanitarios, tanto del ámbito público como del privado) y la *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal* (que, en paralelo a la legislación general de funcionarios, contempla el régimen laboral de los empleados públicos sanitarios).

Llegamos así al final del trayecto. Un trayecto en el que hemos tratado de describir las grandes trasformaciones del Derecho en este ámbito. Se ha pasado, efectivamente, de la Beneficencia al derecho a la protección universal de la salud y a recibir unas concretas prestaciones sanitarias iguales para todos; se ha pasado de la sanidad como componente vinculado a la Seguridad Social a la universalización del sistema, que atiende a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo y al margen de que sean o no cotizantes de la Seguridad Social; se ha pasado de la dispersión a un sistema unificado la gestión en torno a las Comunidades Autónomas, unas entidades que hasta hace cuarenta años no existían y que han asumido –con éxito– la gestión de la sanidad desde hace apenas veinticinco años. Ellas serán las encargadas de organizar y prestar los servicios sanitarios, con autonomía y coordinación, conforme a las mejores pautas, de acuerdo con las previsiones normativas antes citadas y en el marco de la cartera común de servicios. Gestionarán, pues, los medios materiales y humanos, invertirán en edificios y en tecnología, comprarán material, seleccionarán profesionales, etc., etc.

En estos últimos cuarenta años ha culminado, pues, una conquista jurídica fundamental: el derecho a la protección de la salud del que habla el artículo 43 de la Constitución. Una conquista en la que Derecho ha jugado un papel estructural y organizativo fundamental y a partir de la cual, una vez consolidado lo esencial, surgen nuevos problemas. Pero no hay que olvidar que, efectivamente, se trata de una conquista de primer orden que, por eso, hay que cuidar y proteger a partir de la idea central de la Constitución a la que me refería al principio, esto es, la *eficacia* y el *control*.

La eficacia depende con frecuencia de pautas e instrumentos que escapan al Derecho, aunque éste tiene algunos medios para propiciarla, como las normas organizativas, las técnicas de gestión, las políticas de personal y aun los sistemas de selección de los profesionales… En el control es donde el Derecho puede desplegar todo un complejo abanico de herramientas a su servicio, desde los recursos a la responsabilidad.

Pero toda esa compleja realidad que conforma la cotidianidad no nos debe hacer olvidar el trayecto, esto es, de dónde venimos. Porque solo así podremos valorar adecuadamente el cambio producido y los logros alcanzados. De ahí el título de esta intervención: memoria y olvidos. Olvidos, que hay que evitar y memoria, para para recordar lo conseguido.

Esos cambios y transformaciones se deben ciertamente al impulso y a la decisión política, pero se han consolidado gracias al Derecho que los ha perfilado, delimitado y asentado definitivamente, pasando del mundo los principios o pautas constitucionales al más concreto universo de los derechos legales donde los juristas intervienen y actúan para garantizar su vigencia y su efectiva aplicación. No es poco.

Santander, mayo 2026.