

Saneando la sanidad: La ley de Coordinación sanitaria de 1934

Hace ya 70 años, en el verano de 1934, las Cortes republicanas aprobaron la ley de Coordinación Sanitaria. Era la primera ley sanitaria de trascendencia nacional discutida y aprobada por el parlamento en casi ochenta años -la anterior fue la ley sobre el servicio general de Sanidad de 1855- y, además, se convertiría en la más importante de toda la Segunda República. Sin embargo, entre la abundantísima bibliografía general sobre el régimen casi nunca se cita la reforma sanitaria del 34^[1]. Para encontrar alguna referencia al tema hay que acudir más bien a revistas o publicaciones especializadas de la historia de la medicina. En consecuencia, el 70 aniversario de la ley de Coordinación Sanitaria parece un buen momento para evaluar no sólo el impacto de la única ley sanitaria de envergadura nacional de la República, sino él porque de su olvido.

Durante los años anteriores a la Segunda República, las fuerzas republicanas habían mostrado un vivo interés en la reforma sanitaria, sobre todo el Partido Republicano Radical de Alejandro Lerroux^[2]. No es sorprendente, por tanto, que fuera un gobierno exclusivamente republicano, bajo la dirección de los radicales, el que aprobara el decreto del 25 de noviembre de 1933, según el cual la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia pasó del Ministerio de la Gobernación al Ministerio de Trabajo (que se denominaría en adelante el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión). Con ello, el perfil de los servicios sanitarios aumentó de una forma notable, dado que la anterior

ubicación de la Subsecretaría de Sanidad en Gobernación respondía al concepto decimonónico de la sanidad como un asunto de carácter policial que requería la intervención de las fuerzas de seguridad para aislar a las poblaciones afectadas por enfermedades contagiosas y para suprimir desórdenes públicos que tuvieran su origen en las mismas^[3]. Tampoco es sorprendente que fuera un gobierno radical el que presentara al parlamento en junio de 1934 el proyecto de ley de Coordinación Sanitaria. El arquitecto del proyecto fue el Ministro de Trabajo y diputado radical por Lleída, José Estadella Arno. Como médico, Estadella tenía un evidente interés profesional en el asunto, y, además, ostentaba una cierta experiencia administrativa en este campo, dado que había sido el responsable de sanidad y beneficencia en la Mancomunidad de Cataluña entre 1921 y 1922^[4]. Su propuesta de ley de 1934 tenía dos objetivos fundamentales, uno muy concreto y otro mucho más amplio^[5]. En primer lugar, Estadella quería mejorar las condiciones de trabajo de los médicos titulares. Fue la ley de 1855 sobre el servicio general de Sanidad la que había regulado la contratación de los médicos por parte de los ayuntamientos con el objetivo de dar asistencia a las familias pobres y asesorar a los municipios en relación con su política sanitaria. Los llamados médicos titulares o rurales habían consolidado su posición a lo largo de los años, sobre todo a través del decreto sobre la Inspección General de Sanidad de 1904, pero aun así la situación del “sufrido y humanitario Cuerpo de Médicos Titulares” había sido un tema de escándalo nacional durante décadas^[6]. A través de sus asociaciones, publicaciones y congresos, los propios médicos titulares se convirtieron en un *lobby* notable, llegando incluso, en 1930, a plantear la posibilidad de fundar un Partido Sanitario, como el que existía en Francia^[7].

Una queja principal de los médicos titulares era su escasa remuneración. A pesar de sus once años de formación, los médicos titulares, en las dos categorías más bajas, cobraban 1.250 y 1.500 pesetas al mes, lo cual, según un diputado durante el debate parlamentario sobre el proyecto de ley de Coordinación Sanitaria, constituía un salario inferior "al de los serenos, al de los guardas y al de los alguaciles", mientras que su retribución máxima era de 3.000 pesetas. "¡Esto es una vergüenza!", exclamó el mismo diputado^[8]. Lo que agravaba aún más esta penosa situación era la falta de puntualidad de los ayuntamientos a la hora de pagar a sus médicos. Había médicos titulares que no habían cobrado en cinco o seis años. De hecho, en el momento del debate de las Cortes algunos médicos estaban contemplando la posibilidad de declararse en huelga precisamente porque no habían recibido sus emolumentos en seis años. Si en 1914 se estimaba que los ayuntamientos debían ocho millones de pesetas a los médicos municipales, en 1934 esa cifra había subido hasta 50 millones, o incluso más^[9].

Indudablemente, las deficiencias en relación con los ingresos de los médicos titulares estuvieron íntimamente vinculadas con la dependencia de éstos de los ayuntamientos. En el debate parlamentario del verano del 34, todos los diputados, fueran de la izquierda, centro o derecha, estaban de acuerdo en que los médicos vivían "merced al favoritismo de una Corporación municipal". En consecuencia, tenían que "tropezar constantemente con la acción caciquil analfabeta", lo cual significaba que los sanitarios rurales eran "víctimas" constantes de las "persecuciones y atropellos" de los caciques. Era una situación económica "verdaderamente dolorosa" para

los sanitarios rurales, observó el ministro, "con falta de independencia, sin autoridad material". Asimismo, los médicos "no pueden tampoco tener autoridad moral", y, además, como denunció el diputado socialista Luis Prieto Jiménez, "ni la Monarquía ni la República han podido evitarlo en modo alguno". En palabras del ministro, era "completamente preciso, indispensable" remediar la situación de los médicos titulares^[10].

Las deplorables condiciones de trabajo de los médicos titulares formaban parte de un problema mucho más amplio: el estado lamentable del sistema sanitario español. "Hay infinidad de pueblos en España", declaró ante las Cortes Prieto Jiménez, "donde no se hace la profilaxis necesaria en las enfermedades infecciosas, en donde la gente se muere sin asistencia médica y donde no se pueden realizar ni aun las intervenciones quirúrgicas más indispensables". No era solamente una cuestión de recursos, sino de organización administrativa. Era preciso, afirmó el diputado ex radical José González Fernández y de la Bandera, "que cese la verdadera anarquía que impera en el régimen sanitario español, porque la multiplicidad de servicios de las Diputaciones, de los Ayuntamientos y del Estado, prestados sin esa coordinación en una misma población o provincia, hace que el gasto sea infinitamente superior al que debe realizarse, y en cambio los resultados prácticos sean completamente nulos". Sin duda, lo más preocupante era el estado de la sanidad en los pueblos, donde no existía ni el personal ni los medios para proporcionar un servicio básico, por no hablar de la incorporación de los últimos avances de la medicina. Habrá que tratar, en palabras del ministro, con ese "desorden profundo y total"^[11]. Por otra parte, es cierto que la expectativa de vida en España había subido de una forma apreciable durante las tres primeras

décadas del siglo XX, desde 34.9 años en 1900 a 49.9 en 1930, pero aun así quedaba lejos de la media de los países occidentales avanzados, que ostentaban una expectativa en 1930 de 61.7 años^[12].

En términos de los médicos titulares, el proyecto de ley de Coordinación Sanitaria propuso una mejora notable de sus salarios. Se eliminarían los dos emolumentos más bajos (de 1.250 y 1.500 pesetas al mes) "por estimarlas", en palabras del propio proyecto, "excesivamente mezquinas para remunerar un trabajo profesional de tipo facultativo", mientras que la consignación máxima, de 3.000 pesetas, se vería superada por las de 3.400 y 4.000 pesetas. Asimismo, para garantizar el pago el proyecto especificó que la Delegación de Hacienda tendría que retener el dinero procedente del Estado para cada ayuntamiento hasta que la autoridad municipal hubiera pagado al médico titular. Tanto el delegado de Hacienda como el gobernador civil vigilarían el "exacto cumplimiento" de este sistema de pagos^[13].

En términos de la reforma del sistema sanitario en su totalidad, existían básicamente dos opciones. "O bien se establecía el sistema sanitario ignorando a los entes locales, quedando asumido por el Estado," como escribe Santiago Muñoz Machado, "o bien se potenciaba la capacidad de aquéllos, permitiéndoles asociarse y participar conjuntamente con el Estado en su gestión". El principal defecto de la primera elección es que hubiera sido muy costosa, hasta tal punto que la sanidad se hubiera convertido en una de las partidas más caras del presupuesto nacional. Política y económicamente, esa opción hubiera encontrado muchas resistencias, mientras que la segunda era "perfectamente lógica"^[14]. Por tanto, el proyecto de ley coordinando los servicios sanitarios, presentado por el ministro de Trabajo en junio de 1934, propuso una reorganización muy extensa del sistema sanitario por medio de la creación de una 'Mancomunidad de Municipios' en cada provincia. Hay que subrayar, sin embargo, que estas mancomunidades sanitarias eran muy distintas a las mancomunidades municipales históricas. En primer lugar, estas últimas eran asociaciones voluntarias, mientras que

aquellas eran obligatorias. No obstante, Madrid y otras ciudades de más de 150.000 habitantes serían excluidas, según la ley, “siempre que sus servicios estén bien atendidos”, aunque tales urbes podrían ingresar en una mancomunidad de modo voluntario. En segundo lugar, las asociaciones sanitarias se extendieron no sólo a los municipios, sino también a las diputaciones, con el objetivo de mejorar el servicio sanitario tanto a nivel local como provincial. De esa forma, las mancomunidades proporcionarían a los pueblos acceso a los médicos especializados, con lo cual se podría reemplazar la llamada ‘medicina individual’ del médico titular con la ‘medicina de equipo’, incluso con la incorporación de ‘equipos móviles’ que se trasladarían desde la capital provincial a los pueblos para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas. Finalmente, el nuevo concepto de mancomunidad no significó, a pesar de los antecedentes históricos, una mayor autonomía para los municipios. Al contrario, las mancomunidades serían, en palabras de la ley, a la vez “representativas de los Municipios” y “Juntas delegadas del Estado”, con lo cual cada mancomunidad actuaría “en función delegada” del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, mientras que el ministerio asumiría “la alta dirección técnica y administrativa”^[15].

En otras palabras, la ley de Coordinación Sanitaria de 1934 convirtió a los municipios –por lo menos en relación con la sanidad- en meros agentes subordinados del Estado. “La Sanidad será una función pública”, declara la misma ley, con lo cual todas las actividades sanitarias, sean municipales, provinciales o estatales, estarán directamente “bajo la dirección técnica y administrativa del Estado”. Con ello, el Estado no sólo dirigiría la reorganización de los servicios sino que crearía “grandes sanatorios, dispensarios, preventorios, leproserías y colonias psiquiátricas en un vasto plan de obras sanitarias”. En

consecuencia, el intervencionismo del Estado se incrementaría de una forma muy notable, tanto en términos administrativos, técnicos como económicos. Por tanto, se puede considerar la ley de Coordinación Sanitaria como un paso inequívoco e importante en la estatalización de la sanidad en España^[16].

Aún así, la ley de Coordinación Sanitaria no era un fin en sí misma. Al contrario, la ley se presentó como una primera etapa en la reforma total del sistema sanitario nacional. Esta promesa se encarnó en la 'Base adicional' de la ley, la cual afirmó que "en plazo breve" el gobierno presentaría a las Cortes un proyecto de ley para la creación de un Ministerio de Sanidad. Eso tampoco era el final del proceso. El Ministerio previsto enviaría "prontamente" al parlamento "una nueva ley orgánica de sanidad", que, de un modo "amplio y preciso", realizaría el desarrollo de un plan "de reorganización sanitaria del país". Con ello, como explicó el propio ministro ante las Cortes, la ley que coordinaba los servicios sanitarios constituía la reforma "preparatoria de la verdadera ley orgánica de Sanidad", aunque, subrayó, "sin esos trabajos previos, sin estos estudios preliminares y anteriores, la ley de sanidad será muy difícil de confeccionar". En otras palabras, la ley de Coordinación Sanitaria era simplemente el paso inicial en la transformación total del sistema sanitario. La clave de bóveda de ese plan ambicioso sería la creación de un ministerio que se dedicaría exclusivamente a los asuntos sanitarios^[17].

No existió ninguna duda de que la reforma del sistema sanitario de 1934 era una necesidad imperiosa. El último proyecto de ley discutido y aprobado por las Cortes era el de 1855 – ¡hacía casi 80 años! La ley sobre el servicio general de Sanidad de 1855 había constituido una reforma muy importante en su momento, pero era básicamente preventiva y muy limitada en relación con los aspectos técnicos. Además, durante las décadas restantes del siglo XIX la sanidad en España había sido manifiestamente incapaz de evolucionar al ritmo tanto de los avances médicos como de las necesidades crecientes de la población^[18]. A principios del siglo XX, era más que evidente que una nueva ley sanitaria de ámbito nacional era imprescindible^[19]. En 1904 el gobierno dictó el decreto sobre la Inspección General de Sanidad que representaba la ampliación y modificación de la ley de 1855, sobre todo

en relación con la gestión del Estado. Por otra parte, la Inspección General se inspiraba en los mismos principios que la ley de 1855, siendo fundamentalmente preventiva y financiándose a través de los municipios y las provincias^[20]. Para la España de los años 1930, era muy evidente que la Inspección General de Sanidad ya no servía, afirmando incluso el ministro de Trabajo durante el debate parlamentario del verano del 34 que el decreto de 1904 “ha ido de mal en peor”. En suma, la falta de recursos, el caos administrativo y la incapacidad de incorporar nuevos avances científicos habían desembocado, en palabras del ministro, en “una necesidad imprescindible de cambiar radicalmente de orientación”^[21].

La importancia de la ley coordinando los servicios sanitarios de 1934 reside no sólo en el hecho de que fuera la primera ley sanitaria de envergadura nacional aprobada por las Cortes en casi 80 años, sino en que fue la ley sanitaria de mayor envergadura de toda la República. En teoría, significó el primer paso hacia la creación de un Ministerio de Sanidad, una meta tanto de los republicanos como, desde hacía mucho tiempo, de los médicos. Más aun, la reforma del 34 tenía como finalidad no sólo el suministro de un servicio sanitario a los pobres, sino la creación de un sistema público para todos los ciudadanos. Al fin y al cabo, la reforma defendía como último objetivo, tal y como subrayó González y Fernández de la Bandera en el debate parlamentario, “la función propiamente sanitaria”, como la extensión del sistema “a todo el mundo”. En otras palabras, la gran promesa latente de la reforma de 1934 era el establecimiento de un sistema sanitario auténticamente *universal*, el cual hubiera significado una aportación fundamental a la creación del Estado de bienestar en España^[22].

La reforma sanitaria del 34 es notable no sólo por la visión que la inspiró, sino por el espíritu con el cual se elaboró la ley de Coordinación Sanitaria. Durante el debate parlamentario los radicales hicieron todo lo posible por crear un consenso inter-partidista sobre el proyecto de ley. Mientras que el diputado radical y secretario de la Comisión de Trabajo, Francisco Morayta, hizo hincapié en que el proyecto no era una propuesta gubernamental, sino un dictamen de la Comisión, además, "aprobado unánimemente por todos los componentes", el propio ministro de Trabajo insistió en que el gobierno aspiraba a "recoger el sentir de todas las fracciones de la Cámara". Y la verdad es que ese deseo de confeccionar el proyecto de ley de una forma consensuada –lo que el diputado de Izquierda Republicana Aurelio Ramos Acosta definió como "altruismo y buena fe"- fue reconocido por todos los partidos. Al final, el proyecto de ley consiguió la aprobación de todas las fuerzas de la Comisión, incluso la de los radicales disidentes, tal como González y Fernández de la Bandera, que se habían escindido del partido solamente un mes antes. Con ello, la naturaleza constructiva y conciliatoria del debate sobre el proyecto de ley de Coordinación Sanitaria es un fiel reflejo del espíritu centrista del Partido Radical, y contradice hasta un punto la imagen muy extendida en la bibliografía sobre la República de un parlamento implacablemente dividido entre la izquierda y la derecha [\[23\]](#)

A pesar de la reconocida necesidad de una nueva ley sanitaria y el espíritu constructivo con el cual se llevó a cabo el debate parlamentario sobre la misma, el proyecto de ley coordinando los servicios sanitarios fue el blanco de fuertes críticas. El sueldo mínimo propuesto para los médicos titulares –de 2.000 pesetas- fue rechazado por diputados tanto de la derecha como de la izquierda por ser insuficiente. Ramos Acosta preguntó de una forma retórica si el nuevo pago mínimo “¿os parece legítimo, os parece humano?”, y, junto con el diputado agrario Nicasio Velayos, recomendó uno de 3.000 pesetas. El diputado radical Eloy Vaquero, el presidente de la Comisión, una vez que había subrayado que el nuevo mínimo representaba una “importantísima mejora”, replicó que una subida de esas dimensiones era “imposible” por razones económicas, aunque admitió que “para lo futuro” el diputado de Izquierda Republicana “lleva razón”. También se puso en cuestión el propio sistema de pago. Ramos Acosta, con una plétora de casos ilustrativos de su circunscripción de Málaga, insistió en que la mayoría de los pueblos pequeños no recibían el dinero suficiente por parte del Estado para poder cubrir sus gastos sanitarios, sin hablar de los que ocasionaría la nueva ley. Como alternativa, el diputado republicano propuso que el Estado asumiera la deuda de los pueblos en esta materia, pero su propuesta fue rechazada por la Comisión como impracticable [\[24\]](#).

Aún más vivo fue el debate sobre si el proyecto de ley representaba o no un ataque a la autonomía de los ayuntamientos. El diputado del Partido Liberal Demócrata Alfredo Martínez y García-Argüelles denunció el proyecto como “el primer paso para la negación total de la vida administrativa y política de los municipios, y en este sentido resulta un atentado al principio fundamental de la democracia”, mientras que un diputado de la CEDA rogó que se suspendiera la discusión del proyecto hasta que se conocieran los resultados de una manifestación del día 24 de junio de los ayuntamientos aragoneses. Por otra parte, los defensores del proyecto mantuvieron que los municipios habían fracasado estrepitosamente

a la hora de suministrar un servicio sanitario, y que la intervención del Estado era inevitable si se quería mejorarlo. Y, de hecho, la mayoría aceptó que era "lógico" que el Estado asumiera un papel más intervencionista en la organización de la sanidad^[25].

Sin embargo, el aspecto más criticado del proyecto de Coordinación Sanitaria fue el económico. La financiación del "vasto plan de obras sanitarias" mencionado en el proyecto dependería de la aprobación parlamentaria de otro proyecto de ley, en un futuro no especificado, y de una cantidad de dinero aún por concretar. Mientras tanto, los nuevos servicios sanitarios de la ley del 34 se financiarían a través de la hacienda de los ayuntamientos, pero, como muchos diputados reclamaban, ésta estaba ya "precaria y angustiosa" y era poco probable que los municipios pudieran cumplir con nuevas obligaciones económicas. En realidad, la escasa implicación financiera del Estado en el sistema significaba que el proyecto, como concluyó el socialista Prieto Jiménez, "se asienta sobre unas bases fundamentalmente falsas", y por eso era "muy posible que le acompañe el fracaso"^[26].

La verdad es que el proyecto de Coordinación Sanitaria no se hubiera aprobado solo por sus propios méritos. El proyecto, como observó González y Fernández de la Bandera, no satisfizo "ni al mismo Ministro...ni a la Comisión", pero constituía "un buen propósito, un buen deseo" que habría que apoyar para poder facilitar, "en un plazo lo más breve posible", una nueva ley^[27]. En consecuencia, diputados de todas las tendencias políticas rogaron al gobierno que entregara a las Cortes lo antes posible un proyecto de ley que hiciera realidad la base adicional de la ley de Coordinación Sanitaria, según la cual se crearía un Ministerio de Sanidad, que, posteriormente, presentaría una ley Orgánica de Sanidad. Incluso el secretario radical de la Comisión, Morayta, imploró al gobierno que presentara un nuevo proyecto de ley "cuanto antes, con objeto de que comencemos de una vez a resolver los problemas de la sanidad pública en España". El ministro de Trabajo contestó que, efectivamente, una ley Orgánica de Sanidad era "una necesidad nacional"^[28].

La tragedia es que la muy esperada ley Orgánica de Sanidad ni siquiera llegó a las Cortes, como tampoco el borrador de la creación del Ministerio de Sanidad. Un estorbo principal fue la propia naturaleza de la mayoría parlamentaria. El gobierno centrista dominado por los radicales dependía del apoyo parlamentario de partidos de la derecha, sobre todo del Partido Agrario y de la CEDA, pero el hecho de que las fuerzas centristas y derechistas no tuvieran en común un programa, ni siquiera una estrategia, debilitó notablemente las aspiraciones reformistas del gobierno. De hecho, el espíritu conciliador que había caracterizado el debate sanitario no tuvo nada que ver con las prolongadas discusiones parlamentarias del verano del 34 sobre la huelga agraria, la ley de cultivos de la Generalitat y el concierto económico del País Vasco. Por tanto, el gobierno se vio obligado a dedicar muchísimo tiempo no sólo a la búsqueda de soluciones a estos conflictos, sino a defenderse de los ataques constantes tanto de la izquierda como de la derecha, lo cual redujo enormemente el tiempo que dedicó a su propia agenda legislativa. Una vez que la CEDA entró en el gobierno en octubre de 1934 y los socialistas declararon la huelga

general, y después de que los nacionalistas catalanes proclamaran la independencia y los socialistas y anarcosindicalistas de Asturias llevaran a cabo la revolución, la esperanza centrista de llevar a cabo la reforma sanitaria menguó gravemente^[29].

Durante los meses posteriores a las sublevaciones de octubre de 1934, el gobierno estuvo absorbido no sólo por la represión sino por sus propias diferencias sobre la naturaleza y la magnitud de la misma. Además, la derecha se aprovechó de la radicalización del ambiente político para perseguir su agenda contrarreformista con más empuje que nunca, lo que acentuó aun más las divisiones dentro de la mayoría gobernante entre las fuerzas centristas y derechistas. Como consecuencia de ello, los partidos centristas se encontraban a la defensiva, con poco margen de maniobra para poder avanzar en sus aspiraciones reformistas. De hecho, en noviembre del 34 se suspendió la aplicación de la ley de Coordinación Sanitaria durante cuatro meses mientras que el gobierno intentaba abordar las consecuencias de los levantamientos del mes anterior. Aunque se recuperó el espíritu reformista del centro bajo el gobierno fugaz de abril a mayo de 1935, que se formó en contra de la voluntad de la derecha, una vez que ésta alcanzó -por primera vez en la República- la mayoría gubernamental en mayo del 35, era difícil ver cómo los radicales podrían llevar a cabo su reforma sanitaria, sobre todo dado que el nuevo ministerio de Hacienda, Joaquín Chapaprieta, estaba empeñado en reducir drásticamente el gasto público^[30]. Ese mismo mes, un grupo de diputados, encabezado por el radical Antonio Tuñón de Lara, intentó relanzar la reforma sanitaria, y en particular impulsar la creación de un Ministerio de Sanidad, a través de una proposición no de ley. Mientras que Tuñón de Lara denunciaba el “completo desbarajuste” de la sanidad, el ex radical González Fernández de la Bandera mantenía que la no aplicación de la ley de Coordinación Sanitaria había dejado el sistema sanitario “infinitamente peor”^[31]. En junio del 35, algunos diputados republicanos de izquierda también rogaron al gobierno que aplicara la ley sanitaria de 1934, pero el auge de la derecha, junto con la política económica liberal de Chapaprieta, frustró estos esfuerzos de reactivar la reforma sanitaria^[32]. Durante ese mes, al menos, se dictó por decreto el reglamento de la ley de Coordinación Sanitaria. Sin embargo, la aprobación de la ley de Restricciones de Chapaprieta en agosto del 35, según la cual se fusionaron los ministerios de Justicia y Trabajo en un nuevo Ministerio de Justicia, Trabajo y Sanidad, con la supresión de las Direcciones Generales de Sanidad y Beneficencia, supuso un duro golpe a la reforma sanitaria. El hundimiento de la mayoría gobernante en noviembre del 35, debido a los escándalos ‘Estraperlo’ y ‘Tayá’, marcó el punto final de la reforma sanitaria bajo la segunda legislatura de la República.

En conclusión, se puede considerar a la ley de Coordinación Sanitaria, en particular, y a la reforma sanitaria, en general, como unas víctimas más de la endémica inestabilidad política del segundo bienio. El hecho de que la ley de Coordinación Sanitaria de 1934, y la tremenda promesa reformista que encarnaba, nunca se realizara, se debió en parte a la falta de empuje de los propios autores de la reforma, pero sobre todo a las vicisitudes políticas de los años 1934-1935. Aun así, la ley del 34 no murió. Fue incorporada a la ley de Bases de Sanidad de noviembre de 1944 y, de esa forma, perduró hasta 1967. Por tanto, la gran

ironía de la ley de Coordinación Sanitaria de 1934 es que tuvo muy poco impacto durante los años 1930, pero se convirtió en una de las reformas más duraderas de la Segunda República, paradójicamente ya bajo el régimen franquista [\[33\]](#).

Nigel Townson. Universidad Europea de Madrid

[\[1\]](#) Trato brevemente de la ley de Coordinación Sanitaria en mi libro *La república que no pudo ser: la política de centro en España (1931-1936)* (Taurus, Madrid, 2002), pp. 301-302 y 351.

[\[2\]](#) El propio Lerroux fue uno de los autores de una proposición de ley de 1914 que tuvo como finalidad la conversión de los médicos titulares en funcionarios. Veáse el *Diario de las Sesiones de Cortes* (en adelante, 'DSC') del 20 de junio de 1934, pp. 3827-3828. Poco antes del advenimiento de la República, en agosto de 1930, el líder radical se comprometió públicamente a crear un Ministerio de Sanidad e Higiene, así como incorporar a los médicos municipales en el funcionariado. Citado por Enrique Montero Hernández, "La republicanización de las organizaciones profesionales en la caída de la monarquía", en Nigel Townson (editor), *El republicanismo en España (1830-1977)* (Alianza, Madrid, 1994), p. 316. El interés de los republicanos de izquierda se refleja, por ejemplo, en las Bases del Ideario Político de Acción Republicana, en Eduardo Espín, *Azaña en el poder. El partido de Acción Republicana* (CIS, Madrid, 1980), p. 316.

[\[3\]](#) Para el concepto decimonónico de la sanidad, veáse Santiago Muñoz Machado, *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)* (Madrid, 1975), pp. 15 y 25-33.

[\[4\]](#) Veáse Joan B. Culla i Clara, *El republicanisme lerrouxista a Catalunya (1901-1923)* (Barcelona, 1986), p. 350.

[5] El proyecto de ley está en *DSC*, 12 de junio de 1934, apéndice 4º.

[6] Muñoz Machado, *La sanidad pública*, pp. 138-139. La cita es del decreto sobre la Inspección General de Sanidad de 1904.

[7] Para la larga campaña de los médicos titulares en defensa de sus intereses, veáanse Francisco Villacorta Baños, *Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX, 1890-1923* (Madrid, 1989), pp. 165-185, 343-346 y 487-493, así como Enrique Montero Hernández, "La republicanización de las organizaciones profesionales en la caída de la monarquía", en Townson (editor), *El republicanismo*, pp. 315-316.

[8] Veáanse las intervenciones del doctor José María Albiñana y de Aurelio Ramos Acosta en *DSC*, 20 y 22 de junio de 1934 respectivamente.

[9] Veáanse las intervenciones del doctor Albiñana, en *DSC*, 12 de junio de 1934, y de José González Fernández de la Bandera y de Luis Prieto Jiménez, en *DSC*, 20 de junio de 1934.

[10] Veáanse las intervenciones del doctor Albiñana, *DSC*, 12 de junio de 1934, del ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, Vicente Irazo, en *DSC*, 19 de junio de 1934 y de Prieto Jiménez, en *DSC*, 20 de junio de 1934. Durante el debate parlamentario del verano de 1934, Vicente Irazo actuó como ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión de una forma provisional debido a la ausencia de José Estadella.

[11] *DSC*, 19 y 20 de junio de 1934.

[12] También es cierto que la distancia entre España y los países occidentales avanzados era algo menor en 1930 (11.8 años) que en 1900 (15.6 años). Véase Fausto Dopico y David-Sven Reher, *El declive de la mortalidad en España, 1860-1930* (Madrid, 1998), pp. 29-30.

[13] *DSC*, 12 de junio de 1934, apéndice 4º.

[14] Muñoz Machado, *La sanidad pública*, p. 155.

[15] En relación con las mancomunidades sanitarias, veáanse el proyecto de ley, en *DSC*, 12 de junio de 1934, apéndice 4º, la intervención de Francisco Morayta, en *DSC*, 20 de junio de 1934, así como las lúcidas observaciones de Muñoz Machado, *La sanidad pública*, pp. 150 y 156-157.

[16] *DSC*, 12 de junio de 1934, apéndice 4º. Muñoz Machado llega a definir la ley, en *La sanidad pública*, p. 160, como "la estatalización, la centralización más absoluta de la

Sanidad”.

[17] DSC, 12 de junio de 1934, apéndice 4º, y la intervención de Irazo, en DSC, 19 de junio de 1934.

[18] Muñoz Machado, *La sanidad pública*, pp. 120-121.

[19] Veáanse Carlos Rico-Avello, *Historia de la sanidad española (1900-1925)* (Madrid, 1969), pp. 22-23 y Muñoz Machado, *La sanidad pública*, p. 126.

[20] Sobre la Inspección General de Sanidad, veáse Muñoz Machado, *La sanidad pública*, pp. 122-138.

[21] DSC, 19 de junio de 1934.

[22] DSC, 12 de junio de 1934, apéndice 4º, y González y Fernández de la Bandera, en DSC, 21 de junio de 1934.

[23] DSC, 20, 21 y 22 de junio de 1934.

[24] DSC, 22 de junio de 1934.

[25] Veáanse las intervenciones de Alfredo Martínez y García-Argüelles, en DSC, 19 de junio de 1934, y las del doctor José María Albiñana, de Santiago Guallar, Francisco Morayta, y Aurelio Ramos Acosta en DSC, 20 de junio de 1934.

[26] Veáanse el DSC, 12 de junio de 1934, apéndice 4º, y las intervenciones de Guallar, Prieto Jiménez, y de Ramos Acosta, en DSC, 20 de junio de 1934, así como la de Nicasio Velayos, en DSC, 21 de junio de 1934.

[27] DSC, 20 y 21 de junio de 1934.

[28] DSC, 22 de junio de 1934. Veáse también la intervención de Prieto Jiménez, en DSC, 20 de junio de 1934.

[29] Sobre la inestabilidad política entre las elecciones generales de noviembre de 1933 y las sublevaciones de octubre de 1934, veáse, Townson, *La república*, pp. 237-313.

[30] Sobre el conflicto dentro de la coalición gobernante después de octubre de 1934, veáse Townson, *La república*, pp. 315-380, y para las reformas de Chapaprieta en particular, pp. 350-351.

[31] Veáanse las intervenciones de Antonio Tuñón de Lara y de José González Fernández de la Bandera, en *DSC*, 23 de mayo de 1935.

[32] *DSC*, 18 de junio de 1935.

[33] Sobre la duración de la ley de 1934, veáse Muñoz Machado, *La sanidad pública*, pp. 160-161.