

LA POLÍTICA SANITARIA SOCIALISTA DURANTE LA GESTIÓN DE JULIÁN GARCÍA VARGAS (1986-1991)

Dra. María Carmen Giménez Muñoz¹

Universidad de Sevilla

DOI: 10.17533/udea.tempus.n6a05

Resumen

La modernización de España en múltiples campos y su completa integración en el concierto europeo tuvieron lugar en los 14 años de Gobierno, entre 1982 y 1996, con Felipe González, líder del Partido Socialista Obrero Español y una de las figuras clave de la transición democrática. Partía, como tantos otros políticos procedentes de la oposición, de una sobrecarga ideológica que, además, tenía un tono radical, pero sobre ella se superpuso un pragmatismo que le hizo optar en las decisiones fundamentales por el reformismo moderado. Julián García Vargas era nombrado Ministro de Sanidad y Consumo, sustituyendo en el cargo a Ernest Lluch. Una etapa con luces y sombras, abierta con unas expectativas de cambio. En la elaboración del artículo se han utilizado las siguientes fuentes: la Hemeroteca Municipal de Sevilla (*ABC*, *El País* y *Boletín Oficial del Estado*) y la Hemeroteca digital (*La Vanguardia* y *El Socialista*).

Palabras clave: España, Socialismo, Sanidad, Reforma sanitaria, Julián García Vargas.

Abstract

The modernization of Spain in multiple fields and its complete integration into the European concert took place in the 14 years of government, between 1982 and 1996, with Felipe González, leader of the Spanish Socialist Workers' Party and one of the key figures of the democratic transition. Like so many other politicians from the opposition, it was based on an ideological overload that also had a radical tone, but on it a pragmatism was superimposed on the fundamental decisions of moderate reformism. Julián García Vargas was appointed Minister of Health and Consumption, replacing Ernest Lluch in the position. A stage with lights and shadows, open with some expectations of change. In the elaboration of the article the following sources have been used: The Municipal Library of Seville (*ABC*, *El País* and *Official State Gazette*) and the Digital Library (*La Vanguardia* and *El Socialista*).

¹ mcgm308@gmail.com.

Key words: Spain, Socialism, Health, Health reform, Julián García Vargas.

Introducción.

La modernización de España en múltiples campos y su completa integración en el concierto europeo tuvieron lugar en los 14 años de Gobierno, entre 1982 y 1996, con Felipe González, líder del Partido Socialista Obrero Español y una de las figuras clave de la transición democrática. Partía, como tantos otros políticos procedentes de la oposición, de una sobrecarga ideológica que, además, tenía un tono radical, pero sobre ella se superpuso un pragmatismo que le hizo optar en las decisiones fundamentales por el reformismo moderado. Felipe González Márquez fue reelegido presidente del Gobierno tras las elecciones del 22 de junio de 1986 y daba a conocer la composición de su tercer Gabinete en el que se habían incorporado cuatro nuevos ministros, desapareciendo los Ministerios de Presidencia y Administración Territorial y al crearse los departamentos de Administraciones Públicas y de Relaciones con las Cortes y Secretaría del Gobierno, al frente de los cuales estarían Joaquín Almunia y Virgilio Zapatero, respectivamente². El resto de los nuevos nombramientos se completaba con la inclusión de Manuel Chaves, como ministro de Trabajo y Seguridad Social, Luis Carlos Croisier, de Industria y Energía, y Julián García Vargas, en el Ministerio de Sanidad. Los restantes miembros del Gobierno eran los mismos que en la legislatura anterior³. Por tanto, en la composición del nuevo Gobierno socialista Julián García Vargas era nombrado Ministro de Sanidad y Consumo, sustituyendo en el cargo a Ernest Lluch (julio de 1986 a marzo de 1991), con quien mantendría una especial relación de amistad⁴.

Esta comunicación no pretende aportar una visión completa de la época socialista durante el cargo de Julián García Vargas en la cartera de sanidad. Su más modesta pretensión será contribuir al estudio de una etapa fundamental de la época socialista. Una etapa con luces y sombras, abierta con unas expectativas de cambio. No obstante, existe

²El Congreso de los Diputados aprobaba su investidura el día 23 de julio y al día siguiente salía publicado en el Boletín Oficial del Estado (en adelante B.O.E.). B.O.E., 24 de julio de 1986. La composición del nuevo Gobierno se publicaba con fecha 26 de julio de 1986. B.O.E., 26 de julio de 1986.

³“Se inicia la III legislatura constitucional”. *El Socialista*, 1 de agosto de 1986.

⁴Julián García Vargas era licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Complutense de Madrid y funcionario del Cuerpo Superior de Administraciones Civiles del Estado, ejercía como inspector de Hacienda. Ingresaba en el PSOE en 1976, pero dos años antes coincidía con Ernest Lluch en la Federación de Partidos Socialistas. Fue nombrado presidente del Instituto de Crédito Oficial (ICO) en 1982. Su gestión se mantuvo al frente del ICO hasta 1986 en que accedió al Ministerio de Sanidad. En relación a Ernest Lluch puede consultarse: María-Carmen Giménez-Muñoz, “La política sanitaria socialista durante el periodo de Ernest Lluch (1982-1986)” en *Historia del Presente* no. 27 (2016): 134-14; “Ernest Lluch en nuestra memoria”. *El Socialista Digital*, 21 de noviembre de 2015. Véase también MATEOS LÓPEZ, Abdón. “Ernest Lluch, historiador y ministro socialista”. *El Socialista Digital*, 21 de noviembre de 2015.

la difícil tarea de narrar los hechos relativamente recientes desde un punto de vista científico mientras sus consecuencias son todavía visibles⁵.

En la elaboración del artículo se han utilizado las siguientes fuentes: la Hemeroteca Municipal de Sevilla (*ABC*, *El País* y *Boletín Oficial del Estado*) y la Hemeroteca digital (*La Vanguardia* y *El Socialista*).



Julián García Vargas, Ministro de Sanidad y Consumo (25 de julio de 1986-13 de marzo de 1991). *El País*, 28 de julio de 2011.

La reforma de la Seguridad Social y la atención sanitaria.

La extensión de la cobertura sanitaria en España y la percepción de seguridad por los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios, factor importante de cohesión social, es uno de los grandes logros de la Seguridad Social en España. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta la compleja interrelación entre Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social al ser una de las razones que durante el periodo de Julián García Vargas quedaba imposibilitada la consecución de la universalización, que seguía siendo un reto para el sistema de protección social en España.

El punto de partida de las políticas de protección lo situamos en la Comisión de Reformas Sociales (1883) que fue un órgano gubernamental que sirvió para estudiar las condiciones de vida y trabajo de la clase obrera al proponer reformas de carácter

⁵Nos referimos a que después de la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 impulsada por el Ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, ha perdurado, ha mejorado y completado con la Ley General de Salud Pública de 2011 que apuró la universalización efectiva de la sanidad pública española.

legislativo para mejorarlas. En 1900 se creaba el primer seguro social, la Ley de Accidentes de Trabajo, y en 1908 se establecía por Antonio Maura el Instituto Nacional de Previsión que fue la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España⁶. Posteriormente los mecanismos de protección incorporaron con el Real Decreto de aseguramiento del paro forzoso de 1919 la asistencia sanitaria que aseguraba su cobertura en el caso de enfermedad común⁷. A pesar de que el denominado Seguro de Maternidad se establecía en 1929, el primer seguro obligatorio de enfermedad en la práctica, el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), no se establecía hasta 1942 el carácter obligatorio iba dirigido a proteger a los trabajadores económicamente débiles⁸. De hecho, es en la década de los cuarenta cuando se implantó en España el esquema de protección ante la enfermedad, que estuvo vigente hasta finales de los años 70 del siglo XX⁹.

Cabe mencionar que, la prevención, especialmente en lo relacionado con las enfermedades infecto-contagiosas, dependiente de la Administración Local y de la Dirección General de Sanidad, quedaba ubicada en el Ministerio de Gobernación. También, la asistencia sanitaria se prestaba por el sector privado con o sin ánimo de lucro, excepto aquellas situaciones asumidas por el Estado que incluían la asistencia de beneficencia o el tratamiento de determinadas patologías infecto-contagiosas, como ejemplo la tuberculosis para lo que se crearon diferentes centros¹⁰. El SOE, en este entorno, se concibió como un sistema de protección complementario para cubrir los gastos derivados de la enfermedad para un colectivo que fueron los productores económicamente débiles¹¹.

Simultáneamente se desarrolló el mutualismo laboral, origen de una cobertura diferenciada para la salud laboral que se consagró con la aparición de la Seguridad Social en España. Las mutualidades laborales desarrollaban seguros sociales con aportaciones obligatorias de empresarios y trabajadores por ramas de producción. El aspecto mutual de

⁶La Ley de creación del Instituto Nacional de Previsión se encuentra en la Gaceta de Madrid, 27 de febrero de 1908.

⁷El Seguro Obligatorio del Retiro Obrero se halla en el Real Decreto de 11 de marzo de 1919.

⁸B.O.E., 27 de diciembre de 1942.

⁹Los interesados en la construcción del sistema sanitario público en España se recomienda el trabajo de Ana Marta Guillén Rodríguez, “Política de Reforma Sanitaria en España: de la Restauración a la Democracia”. En Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones. Madrid: Exlibris, 2000.

¹⁰Véase, Jorge Molero-Mesa, “¡Dinero para la cruz de la vida! Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración”, *Historia Social* no. 39 (2001): 31-48.

¹¹Por productores económicamente débiles se entendían todos aquellos con un salario anual inferior a las 9.000 pesetas, base que en años sucesivos fue ampliándose hasta alcanzar las 66.000 pesetas anuales en 1963. Jerònia Pons Pons, “Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad” (XVI Encuentro de Economía Pública: 5 y 6 de febrero de 2009, Palacio de Congresos de Granada, Granada, 2009).

solidaridad profesional y de participación de los mutualistas en la administración de los seguros se usaba de manera reiterada en la propaganda, pero en realidad estábamos ante Mutualidades obligatorias y no voluntarias, dependientes del Ministerio de Trabajo, y con protagonismo de la Organización Sindical en sus órganos de gestión. Por su organización, número de mutualistas, cuotas que recaudaba y prestaciones que concedía, adquiriría una importancia política, social y económica de interés para el Régimen franquista¹².

Más tarde, con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963 se suprimían los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales y se instrumentaba el desarrollo del sistema de Seguridad Social¹³. La Ley de Bases de la Seguridad Social, aprobada en 1963 y en vigor desde enero de 1967, es plenamente congruente con la clásica segmentación del sistema español entre salud pública y asistencia sanitaria y dentro de esta, entre beneficencia y Seguridad Social. Además se consolidó la diferenciación entre enfermedad profesional y accidente de trabajo, y enfermedad común y accidente no laboral. Cabe mencionar que durante todo este período del Régimen franquista tanto el sistema de protección social como el de sanidad fueron competencias administrativas de ministerios bajo control falangista.

Tras celebrarse las primeras elecciones generales democráticas del 15 de junio de 1977 comenzaron las negociaciones que concluirían en el Pacto de la Moncloa. Los acuerdos suscritos, meses más tarde, por las fuerzas políticas y sindicales más representativas posibilitaron un clima de sosiego entre los agentes económicos en un momento crítico para la consolidación democrática en España. Asimismo, iniciaron la vía para la liquidación del sistema político y económico franquista basado en la protección y el intervencionismo incompatibles con la realidad económica de la Europa occidental.

El año 1978 fue un año crucial por la aprobación de la Constitución y desde el punto de vista de la protección social también por la desaparición del Instituto Nacional de Previsión. En efecto, en dicho año y mediante el Real Decreto Ley 36/1978, con fecha de 16 de noviembre, se procedió a una reorganización de todo el Sistema de Seguridad Social y se pusieron las bases para que toda la acción protectora en relación con la salud, competencia de la Seguridad Social, se integrase en una única entidad: el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)¹⁴.

¹² María Dolores de la Calle Velasco, "Mutualidades laborales en el régimen de Franco" *Revista de la historia de la economía y de la empresa* no. 4 (2010), 209-223.

¹³B.O.E., 30 de diciembre de 1963.

¹⁴B.O.E., 18 de noviembre de 1978.

La Constitución de 1978 además de establecer el derecho a la protección de la salud de todos los españoles conformó el Estado de las Autonomías en el que consideró entre las competencias de la Administración General del Estado, las de Seguridad Social mientras que atribuía a las Comunidades Autónomas las relacionadas con la sanidad nacional. De esta forma se pusieron las bases para un sistema sanitario descentralizado políticamente. Por un lado, las materias de salud pública, planificación sanitaria y servicios asistenciales de la sanidad nacional pasaron a ser competencia de las Comunidades Autónomas por mandato constitucional. Por otro, en materia de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y para conjugar la descentralización con la distribución de competencias, se transfirió a Cataluña la organización y gestión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social con la creación, en 1981, del Instituto Catalán de la Salud como entidad gestora de la Seguridad Social para su ámbito territorial, abriendo camino a la transferencia del resto de las Comunidades Autónomas¹⁵.

Tras las elecciones generales celebradas el 28 de octubre de 1982 para muchos españoles el triunfo del PSOE significaba la liquidación del franquismo y el verdadero final de la transición democrática. Había sido posible la normalización política y la alternancia se había producido sin grandes sobresaltos, abriéndose un largo período de gobiernos socialistas, presididos por Felipe González que abarcarían casi catorce años (1982-1996). La mayoría absoluta lograda por la candidatura de González llevó al líder socialista a proclamar que: “Ningún ciudadano debe sentirse ajeno a la hermosa labor de modernización, progreso y solidaridad que hemos de realizar entre todos”¹⁶.

Por fin, España iba a estar gobernada por una joven generación de políticos, Felipe González contaba con 40 años y la mayoría de sus ministros también, que no habían tenido vinculación con el Régimen político anterior y que estaban además muy alejados del recuerdo de la Guerra Civil. El primer gobierno socialista, presidido por Felipe González y con Alfonso Guerra como vicepresidente, desarrolló una política orientada, por un lado, a profundizar y asentar la democracia, y, por otro lado, a impulsar una importante serie de reformas. En 1982 Felipe González nombraba a Ernest Lluch Ministro de Sanidad y Consumo, puesto que ocupó hasta el año 1986, y como hecho importante de su mandato se le consideró padre intelectual de la Ley General de Sanidad donde se ponían las bases legales para la universalización de la atención sanitaria.

¹⁵B.O.E., 24 de julio de 1981.

¹⁶“Los recuerdos del primer Gobierno de Felipe González”, 22 de octubre de 2002.

Sin embargo, la Ley General de Sanidad de 1986 no definió un modelo inequívoco de sistema sanitario. En sus principios definía a un modelo tipo Servicio Nacional de Salud, adaptado a la estructura del Estado de las Autonomías, al que denominaba Sistema Nacional de Salud. En su desarrollo posterior no reguló el derecho como un derecho de todos, vinculaba el acceso a las prestaciones sanitarias a la extensión de la cobertura de la Seguridad Social, mantenía como un elemento básico en la financiación las cotizaciones sociales, y relegaba, a una disposición transitoria, nunca desarrollada, la integración de todos los sistemas de aseguramiento sanitario existentes¹⁷.

A pesar de ello, la década de los 80 del siglo XX fue tremendamente fructífera desde el punto de vista del aseguramiento sanitario de los ciudadanos españoles. El artículo 9.3 de la Ley de 1988, con fecha de 28 de diciembre¹⁸, de Presupuestos Generales del Estado para 1989, ordenaba al Gobierno regular, durante 1989, la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos suficientes, de acuerdo con las previsiones financieras contenidas en dichos Presupuestos y según lo dispuesto en las Leyes Generales de Seguridad Social y de Sanidad¹⁹.

Por estas fechas Felipe González nombraba a Julián García Vargas, Ministro de Sanidad y Consumo desde 1986 hasta 1991, quien sustituiría a Ernest Lluch. El periodo inmediatamente posterior a la aprobación de la Ley General de Sanidad, caracterizado desde el punto de vista económico por una fase expansiva, que no fue aprovechado para completar en la práctica lo que la Ley dejó pendiente, a pesar de que en 1988 se tomaron dos decisiones trascendentales orientadas a facilitar su desarrollo. En primer lugar, la extensión de la cobertura sanitaria a los ciudadanos sin recursos englobados en los padrones de beneficencia municipales. La segunda, el cambio en las fuentes de financiación de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social que, de financiarse mediante cuotas a la Seguridad Social, pasó a ser financiada por todos los ciudadanos españoles a través de los impuestos, mediante una aportación finalista desde los Presupuestos Generales del Estado a la Seguridad Social y de forma residual por cotizaciones sociales. Por tanto, Julián García Vargas introdujo una nueva filosofía sobre quién debía sufragar la Sanidad, que serían todos los españoles a través de los impuestos y no sólo los empresarios y los trabajadores.

Cabe destacar que logró convencer al presidente del Gobierno, Felipe González, sobre la necesidad de dedicar más dinero para la Sanidad. En su discurso político siempre

¹⁷B.O.E., 29 de abril de 1986.

¹⁸B.O.E., 29 de diciembre de 1988.

¹⁹B.O.E., 9 de septiembre de 1989.

reiteró García Vargas que uno de los objetivos más importantes de la acción del Gobierno estaba en la Sanidad, incluso por delante de la Educación y de la Justicia. Esta nueva sensibilidad hizo que el ministerio de Hacienda aumentase paulatinamente el presupuesto de la Sanidad, que en sólo tres años se duplicó. El ministro de Sanidad presentaba como cada año los presupuestos de su Ministerio que crecían casi el 14% que representaba la subida más alta de todas las partidas para 1991, con un total de dos billones trescientos cincuenta y cinco mil millones de pesetas²⁰.

La herramienta administrativa que proponía la Ley General de Sanidad era la configuración de un Sistema Nacional de Salud que no se llegó a crear sino que tan sólo se configuró y no sustituyó a la Seguridad Social como nueva forma de organizar la protección de la salud, sino que se superpuso. El Sistema Nacional de Salud es un sistema sanitario de tipo universal, adaptado al Estado de las Autonomías, por tanto, plenamente descentralizado incluyendo la capacidad legislativa en su organización y gestión y construido desde un Sistema de Seguridad Social. De esta manera, la Ley General de Sanidad, de forma inteligente y pragmática, construía el Sistema Nacional de Salud y preveía dos procesos de integración. El primer proceso, relacionado con la concepción integral de la salud, creaba los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y planteaba la integración en ellos de las políticas de salud y las de los servicios de atención. Cabe destacar que, por primera vez en el sistema sanitario español se planteaba un abordaje integral, uniendo la salud pública, la planificación sanitaria y los servicios asistenciales que históricamente habían estado separados. En realidad, se trataba de una doble actuación: por un lado, la Comunidad Autónoma asumía las competencias de Autoridad Sanitaria en su territorio; y por otro, se regulaba la integración de las diferentes redes asistenciales de titularidad pública en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas constituyendo una red única a la que podrían vincularse hospitales de titularidad privada. El segundo proceso se refería a la integración de los diferentes subsistemas de cobertura con financiación pública existentes: la Asistencia social de Seguridad Social, los mutualismos administrativos, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y el Instituto Social de la Marina, en un único sistema.

Los dos procesos de integración eran claramente diferentes. El primero, la creación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas era la seña de identidad de un sistema orientado a la protección de la salud que utilizaba sinérgicamente

²⁰«Los presupuestos para la Sanidad son los que más crecen del Estado». *ABC*, 30 octubre, 1990.

todos sus recursos y capacidades para ello. El segundo, relacionado con la integración de los sistemas de protección sanitaria con financiación pública, era el proceso necesario para poder hablar del Sistema Nacional de Salud como el sistema sanitario público en España, y se refería a los conceptos de universalidad, financiación y organización del sistema; un sistema de todos para todos coherente en su organización con la estructura del Estado.

No obstante, toda reforma es, en cierto modo, un reto de futuro; una revisión de cuanto se está haciendo, a la luz de nuevas ideas, nuevas perspectivas. Pero también suponía un cambio fundamental con el riesgo que comportaba el de salirse de lo conocido para incorporar lo nuevo. Esta situación produjo conflictos en el campo laboral sanitario.

La reforma sanitaria: conflictividad laboral.

Julián García Vargas llegaba al Ministerio de Sanidad un mes después de que se aprobara la Ley General de Sanidad de 1986. Cabe aclarar que, parte de la ley se había anticipado mediante un decreto-ley de reforma de estructuras básicas de salud que fue una iniciativa del entonces ministro Ernest Lluch y de Pedro Sabando. La reforma llegaba a la Atención Primaria que ya estaba instrumentándose, esto es, había aspectos de la mencionada ley que habían comenzado su andadura. Nada más ocupar Julián García Vargas la cartera de sanidad, los representantes de UGT pidieron la urgente reforma del sistema retributivo de los médicos para compensar las situaciones creadas por la aplicación de las incompatibilidades²¹. Cabe mencionar que la aplicación de la ley de incompatibilidades estaba llevando a los médicos a una situación caótica y desesperada²².

Los ugestistas querían que la subida salarial primara especialmente la dedicación y la movilidad del personal sanitario en el sector público. Los representantes de UGT plantearon al ministro la necesidad de que se acelerara la reforma del sistema retributivo de los médicos, según el acuerdo al que se llegaba con el entonces responsable de Sanidad, Ernest Lluch, con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (en adelante CESM), UGT y el sindicato nacionalista vasco ELA-STV (Eusko Langileen Alkartasuna-

²¹La Ley 53/1984, de 26 de diciembre, promulgaba las Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. B.O.E., 4 de enero de 1985. Véase también el Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes. B.O.E., 4 de mayo de 1985.

²²Por ejemplo, se jerarquizaron los médicos de los ambulatorios, a los que obligaron prácticamente por el mismo salario, a triplicar el número de horas de estancia en las consultas, sin tener prevista la habilitación de despachos. “Los médicos y la ley de incompatibilidades”, 19 de agosto de 1986.

Solidaridad de los Trabajadores Vascos). Las nuevas retribuciones, en opinión de Santiago Nieves, secretario general de la Federación de Servicios Públicos de UGT, debían crear los incentivos necesarios para que se paliaran las situaciones que estaban creando las incompatibilidades, cuya aplicación había obligado a muchos médicos a renunciar a alguno de los empleos que tenían en el sector público. El sindicato Socialista era partidario de que la subida salarial de los médicos se realizara teniendo en cuenta una serie de conceptos indicativos como movilidad o jornada partida y que, por tanto, los nuevos incentivos los percibieran aquéllos que trabajaran en exclusiva o bien prestaran una mayor dedicación a la sanidad pública. En este sentido, los socialistas pedían que se paralizara la concesión de turnos de jornada partida a los médicos hospitalarios, hasta que entrara en vigor el nuevo sistema retributivo. Los dirigentes de UGT señalaron que el establecimiento de un nuevo sistema retributivo junto con la instauración de la movilidad funcional dentro del área de salud, así como el desarrollo de los acuerdos firmados entre los sindicatos y el Ministerio, en abril de 1986, eran los cimientos del Estatuto marco de los profesionales sanitarios, cuyo desarrollo preveía la Ley General de Sanidad²³.

De esta manera, el nuevo titular del departamento de Sanidad y Consumo, Julián García Vargas, se entrevistaba con los presidentes de los consejos de colegios médicos, farmacéuticos y veterinarios. Junto al ministro de Sanidad, asistieron al encuentro con los ugetistas el subsecretario del Ministerio, Carlos Hernández Gil, el director general del Insalud, Fernando Magro, y el director del área asistencial de ese organismo, José Conde. Por parte de UGT, estuvieron presentes Santiago Nieves y el responsable del área de servicios sanitarios José Luis González Tapia. Éstos últimos le urgieron al ministro a que se aplicara un nuevo sistema retributivo como solución para paliar los efectos de la aplicación de la ley de incompatibilidades a los médicos. Según informaron los interlocutores, al término de la reunión, se trataron asuntos sobre el cambio del sistema retributivo del personal sanitario público, en el sentido apuntado por los acuerdos firmados entre la UGT y el Insalud en abril de 1986. El nuevo sistema, sobre el que ya se estaba trabajando antes del cambio ministerial, permitiría incentivar el puesto de trabajo único en el sector público de forma que se acelerara la aplicación de la ley de Incompatibilidades. Los sindicalistas de UGT apoyaron un sistema de movilidad de los trabajadores dentro del área de salud²⁴.

²³La Ley General de Sanidad quedaba aprobada el 25 de abril de 1986. Véase B.O.E., 29 de abril de 1986.

²⁴“UGT también pide al ministro que compense las incompatibilidades”. *ABC*, 26 agosto, 1986.

La sustitución de Ernest Lluch al frente del Ministerio de Sanidad y de Ramiro Rivera en la cúpula de la organización colegial médica parecía haber abierto una etapa de mayor entendimiento entre el Gobierno y los Colegios, tras un período de constantes enfrentamientos causados, fundamentalmente, por el propósito gubernamental de llevar adelante las incompatibilidades. Este nuevo clima no dejaba de provocar recelos en los sindicatos.

UGT se ofrecía para empezar a trabajar ya con el Ministerio en el nuevo estatuto, en donde el sistema de retribuciones fuera el capítulo más urgente y la jornada partida uno de sus contenidos. A pesar de ser partidaria de un nuevo sistema retributivo para el personal de los servicios sanitarios públicos, UGT se oponía a la aplicación de remiendos en el caso de los médicos con la anunciada dedicación por parte del Insalud de 4.650 millones de pesetas en 1987 para financiar las dedicaciones de nuevo personal facultativo a la jornada de mañana y tarde²⁵.

No obstante, los sueldos bajos, el deterioro técnico y la propuesta gubernamental que no convencía sacaban a la calle a los facultativos de la Seguridad Social. La huelga que los médicos de la Seguridad Social estaban llevando a cabo se sumaba las numerosas protestas que se registraban en España: campesinos, estudiantes, mineros, etcétera. En el caso de los médicos, el movimiento reivindicativo obedecía tanto al deterioro que experimentaba la Seguridad Social como a los bajos salarios que percibían²⁶. A las cuestiones económicas se unían las condiciones laborales en que se trabajaba en los hospitales que incidían directamente en el movimiento huelguístico al estar sometido a la ley de incompatibilidades²⁷.

Las discusiones y negociaciones sobre retribuciones del personal sanitario, y especialmente sobre los facultativos, no dejaban ver con claridad el nuevo estatuto marco que determinaría la naturaleza de la vinculación de los sanitarios con sus puestos de trabajo y con la Administración pública.

Julián García Vargas comparecía ante la comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados. El ministro de Sanidad pasaba revista a los conflictos por lo que atravesaba el sistema sanitario y sus causas. Éste manifestaba que la aparición de los

²⁵Cortes Generales. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Sesión celebrada el lunes, 3 de noviembre de 1986.

²⁶Ejemplo de esta situación podría señalarse el de un médico especializado en trasplantes de hígado a niños, de prestigio mundial, y que trabajaba en un hospital de la Seguridad Social de Barcelona, cuyo salario alcanzaba la cifra de 140.000 pesetas al mes. "La revuelta de las batas blancas". *La Vanguardia*, 19 marzo, 1987.

²⁷"Los médicos de toda España irán a la huelga desde hoy hasta el miércoles". *ABC*, 16 marzo, 1987.

conflictos en el ámbito de la Sanidad se debía fundamentalmente a la negociación del nuevo sistema retributivo y del estatuto marco y a un malestar general en el sistema sanitario debido a un conjunto de causas dispares, entre las que señalaba: los cambios profundos en la profesión sanitaria, la pérdida del carácter liberal del ejercicio de la profesión médica, la recuperación de la importancia de la atención primaria en detrimento de los hospitales, la nueva organización hospitalaria y el menor prestigio social ante la aparición del paro entre los médicos. Junto a todo ello indicaba que otra de las causas del malestar era el agotamiento del modelo sanitario de los años sesenta. Una parte de su intervención la dedicó García Vargas a explicar los objetivos del nuevo estatuto marco previsto por la Ley General de Sanidad que debía asegurar la libre circulación de todo el personal de los servicios de salud y la adecuación de los tres estatutos existentes: personal médico, personal no sanitario y personal sanitario no facultativo²⁸.

Mientras tanto en los hospitales públicos continuaban las listas de espera y los moribundos protagonizaban una macabra antesala en los pasillos²⁹. La situación en la Sanidad española proseguía por derroteros de máxima conflictividad. En mayo de 1987, la Coordinadora de Médicos de Hospitales y de la Federación Estatal de Sindicatos Médicos (FESIME) acordó normalizar el sector sanitario sin desconvocar la huelga indefinida en respuesta a la petición realizada por el Insalud para abrir negociaciones sobre el estatuto marco y el decreto de organización de hospitales. El sindicato de Enfermería (SATSE) también se sumaba en protesta por no haber participado en la negociación del sistema retributivo con el Insalud y en la que se habían fijado sueldos para los médicos un trescientos por ciento más altos de los que percibirían los ATS³⁰. Según manifestaba Víctor Aznar, secretario general del SATSE: “sin haber consultado con ningún representante de los profesionales de la Enfermería”³¹. La huelga indefinida de médicos se extendía por casi todos los hospitales del país y los enfermos comenzaban a desesperarse porque la Administración no ponía fin al conflicto. García Vargas

²⁸“García Vargas dice que los conflictos en Sanidad son de carácter retributivo”. *La Vanguardia*, 8 abril, 1987.

²⁹Varios pacientes se enfrentan a un médico para protestar por la falta de asistencia debido a la huelga indefinida de médicos. “Pelea entre un médico y pacientes del hospital Valdecilla que protestaban por la huelga”. *El País*, 12 mayo, 1987.

³⁰“Los médicos normalizan durante tres días el servicio para negociar con la Administración”. *La Vanguardia*, 20 mayo, 1987. Véase de la misma autora “Sindicalismo en España: SATSE (1986-1994)” en *Análisis históricos del sindicalismo en España. Del Franquismo a la estabilidad democrática (1970-1994)* coords. Manuela Aroca y Rubén Vega (Madrid: Fundación Francisco Largo Caballero, 2012), 207-230.

³¹“Guerra de cifras en la huelga de ATS que comenzó ayer”. *ABC*, 14 mayo, 1987.

mostraba los primeros síntomas de nerviosismo al afirmar que la huelga de médicos estaba durando demasiado³².

Mientras, la Coordinadora de Médicos de Hospitales comenzaba a negociar con el Insalud a través de la Federación de Facultativos de Hospitales de Madrid y Cataluña, el otro sindicato convocante de la huelga de médicos, FESIME, se retiraba de las negociaciones por desacuerdos con la propia Coordinadora³³. Sin éxito alguno, la Coordinadora de Médicos solicitaba negociar directamente con el ministro de Sanidad y acusaba a la dirección del Insalud de tener una actitud fraudulenta y falta de voluntad negociadora. Por consiguiente, uno de los puntos fundamentales de la política sanitaria del Gobierno socialista era el nuevo modelo que trataba del incremento de retribuciones, centro de disputa en las huelgas y demás conflictos del año 1987. Se quería resolver la disminución real del poder adquisitivo de los médicos, pero buscando una rentabilidad social de recursos humanos y materiales. La idea era que, aquellos profesionales que querían mantener su situación únicamente, verían incrementado su salario en un 5% o en un 13%, si su centro tenía ciertas características asistenciales. Sin embargo, aquellos que querían fijar todas sus energías e interés en el sector público verían incrementados sus sueldos en 900.000 pesetas anuales (complemento de dedicación exclusiva), que significaba el 45% más que el sueldo base de 1986. La filosofía clara que traslucía el proceso era primar a aquéllos que se dedicaran exclusivamente al hospital público. Esto no quería decir que fuera a prescindirse de magníficos profesionales que no optaran por la exclusividad: en este caso había que utilizar otro tipo de incentivos, económicos o no. El nuevo modelo de retribuciones, de libre aceptación significaría que los médicos que lo desearan se dedicarían en exclusiva al sector público aplicándose la ley de incompatibilidades con creación de puestos de trabajo para médicos en paro, el hospital tendría actividad por la tarde y se introducirían criterios de calidad a través del complemento de productividad³⁴. En el fondo, lo que se les exigía a los médicos era que su actividad pudiera ser medida en cantidad y calidad.

Así pues, la pérdida del carácter liberal de la profesión sanitaria y de la figura individual del médico, la gerencia como nuevo elemento de organización hospitalaria, la

³²“El ministro de Sanidad señala que “la huelga de médicos está durando demasiado”. *ABC*, 14 mayo, 1987.

³³“Insalud y Coordinadora de médicos comenzaron a negociar sin la FESIME”. *La Vanguardia*, 22 mayo, 1987.

³⁴Cortes Generales. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Sesión celebrada el martes, 7 de abril de 1987.

disminución de oportunidades de trabajo, el envejecimiento de los grandes edificios hospitalarios, etc., crearon un panorama de contrastes y conflictos al que se añadía la demanda de la población y una reforma sanitaria aún balbuceante.

El ministro de Sanidad seguía con una línea intolerante con los médicos hospitalarios en huelga, a los que calificaba de “asamblearios”. Su hombre de confianza en el Insalud era Eduardo Arrojo, quien recibía a los periodistas para criticar ante ellos a los médicos que no aceptaban una mera subida de sueldo, sino que exigían garantías de inversiones sanitarias³⁵. Era tal la presión que la huelga de médicos había venido representando para el poder, que la decisión oficial parecía canalizada ahora hacia el traspaso del Insalud a todas las Comunidades Autónomas que todavía no lo tenían transferido. Las últimas en recibirlo habían sido las de Valencia y Euskadi. Pronto entrarían las multinacionales para controlar y asumir los aseguramientos de la sanidad privada³⁶.

Por consiguiente, los conflictos que afectaron a la sanidad pública, desde el mes de febrero hasta junio de 1987, con huelgas que, en algunos casos, llevaron a los hospitales al caos y a la queja de cientos de pacientes, volvían a reproducirse a partir del mes de octubre, tras el fracaso de la reunión que el Ministerio mantuvo con la Coordinadora de Médicos. Las negociaciones entre ambas partes no habían sido suficientes para resolver un enfrentamiento especialmente radicalizado a partir de la aprobación de la ley de incompatibilidades, en diciembre de 1984³⁷.

La Confederación Estatal de Sindicatos de Médicos y la UGT, cada una por separado, se mostraron estupefactas ante la publicación del Real Decreto-ley, con fecha 12 de septiembre de 1987, sobre retribuciones, cuando días antes se había estado negociando en el Insalud³⁸. Para José Luis González Tapia y Miguel Ángel Zamarrón, máximo líderes de UGT de Sanidad mencionaban: “es una pena que a un decreto con tanto rango se le haya metido tanta pluma, en lugar de fijar claramente los plazos de cuándo se va empezar a pagar”. Según González Tapia “el médico debe cobrar, ya, en este mes de octubre, pues hay quienes han dejado sus consultas y se han acogido a la dedicación exclusiva y se les debe pagar el complemento”. Además, continuaba González

³⁵Eduardo Arrojo fue Consejero de Economía y Hacienda de la comunidad autónoma de Asturias y Secretario general, con rango de subsecretario, de Asistencia Sanitaria, departamento que se encargaría, entre otros, de la gestión del Instituto Nacional de la Salud (Insalud). “Eduardo Arrojo será nombrado secretario general de Asistencia Sanitaria”. *El País*, 18 septiembre, 1986.

³⁶“Ministro abroncado”. *La Vanguardia*, 7 junio, 1987.

³⁷“Los médicos, dispuestos a un septiembre combativo”. *La Vanguardia*, 24 agosto, 1987.

³⁸Se puede consultar el Real Decreto-ley en B.O.E., 12 de septiembre de 1987.

Tapia: “tenemos que decir que el decreto no recoge lo aprobado en los acuerdos que en su día hicimos la CESM, ELA-STV, el Sindicato Gallego y UGT con el Insalud”. Para Miguel Ángel Zamarrón: “el decreto, además, es un calco de la ley 30/84, la de la función pública, y la reproduce para el médico, con todos los vicios de esta ley. Nosotros creemos que este ministro tiene buena voluntad, porque está demostrando aplicar la Reforma Sanitaria y ser capaz de aportar más dinero al Sistema Público, pero en este importantísimo decreto no ha cumplido lo que prometió, con lo que viene a añadir una gran inquietud al médico”. También Enrique Porres, secretario de la Confederación Estatal de Sindicatos de Médicos, mostraba su repulsa al texto del decreto, señalando que el sector más perjudicado sería el extrahospitalario, pues “sin negociación previa y sin nada, se incluyen en este decreto y además no de forma favorable, ya que se suprime el sistema de cupos y se pasa a un nuevo sistema horario. Si el médico sale beneficiado, porque trabaja más, lo que se le hace es darle un complemento personal, pero se le congela el sueldo y lo puede tener congelado equis años. Esto es absolutamente inaceptable para los médicos rurales y de ambulatorios”³⁹.

En efecto, la huelga anunciada para el día 20 octubre de 1987 por la Coordinadora de Hospitales replanteaba en sus términos más graves una situación que ya estallaba meses anteriores y ponía a prueba la capacidad del ministro de Sanidad, García Vargas, para mantenerse en su cargo. Los médicos se mostraban divididos, sin que se supiera bien a las claras si Ricardo Ferré, presidente de la Organización Médica Colegial, lograría armonizar las distintas posiciones. Lo que si estaba claro es que las dos importantes organizaciones sindicales de los médicos, la Federación de Sindicatos Médicos (FESIME) y la Confederación Estatal de Sindicatos (CESM) no parecían dispuestas a contribuir nuevamente al colapso de los hospitales que esta vez podría enfrentar al usuario con los médicos huelguistas. Un número reducido de personas del sector hospitalario confiaba en el éxito final de la nueva huelga que se pretendía, aunque nadie dudaba de que la Sanidad Pública sufriera otro importante deterioro. La Coordinadora carecía de estímulos para negociar y su actitud de protesta y huelga estaban dentro del marco de lo racional. La Coordinadora era consciente de su fuerza y el ministro más consciente aún de que la fuerza no podía ser el argumento capaz de alterar el planteamiento de las posiciones⁴⁰.

³⁹“Los sindicatos médicos y la UGT de Sanidad acusan a García Vargas de “incumplidor””. *ABC*, 17 septiembre, 1987.

⁴⁰“Hospitales”. *La Vanguardia*, 13 octubre, 1987.

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos no secundaría la huelga convocada por la Coordinadora de Médicos de Hospitales para el día 20 de octubre. El médico Javier Sabugo, presidente de la Federación Hospitalaria de la CESM, manifestó que esta nueva huelga suponía una medida contraproducente y estratégicamente inadecuada, habida cuenta de las divisiones y contradicciones existentes en la coordinadora, el enfrentamiento con organizaciones de usuarios y beneficiarios de la Seguridad Social así como con los demás estamentos hospitalarios, concretamente con los ATS. Según el portavoz de la CESM declaraba que con los 20.000 afiliados era el sindicato mayoritario entre los médicos del sector público. La coordinadora de hospitales se volvía a reunir en asamblea para decidir la estrategia a seguir en la huelga convocada. Esta nueva huelga se había convocado tras casi tres meses de conversaciones con el Ministerio de Sanidad sobre la organización de los hospitales. La coordinadora no ha considerado suficientes las concesiones realizadas por el ministerio. Esos tres meses de conversaciones estuvieron precedidos de casi cuatro meses de conflicto en los principales hospitales públicos. Según fuentes del Gobierno se perdieron más de 100.000 jornadas laborales en los hospitales públicos durante la pasada huelga de facultativos⁴¹.

Finalmente, la asamblea de la Coordinadora de Médicos de Hospitales decidía, tras una tensa reunión, desconvocar también la huelga prevista. Luis Cabañas, portavoz de la coordinadora, manifestó que la anterior huelga, en la que los enfermos fueron los únicos perjudicados y teniendo en cuenta las peticiones de las asociaciones de usuarios y asociaciones de vecinos no gubernamentales se tomaban la decisión de desconvocar la huelga⁴².

Por otro lado, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, amenazaba con la reanudación del conflicto sanitario si la Administración no cumplía con los compromisos adquiridos de acuerdo con una decisión de la asamblea general de esta confederación. La asamblea anunciaba interponer acciones judiciales ante lo que consideraba “la aplicación arbitraria y unilateral del complemento de productividad por algunas Direcciones Provinciales, desviándose de las instrucciones de abono de este complemento emanadas del Insalud central y de la voluntad expresa del propio ministro de Sanidad”, en el Parlamento⁴³. Pero parece que, todo quedó en amenazas puesto que no se recogen durante el periodo de Julián García Vargas más datos al respecto. Por tanto, con los médicos y

⁴¹“Los sindicatos médicos rechazan la nueva huelga de hospitales”. *El País*, 17 octubre, 1987.

⁴²“La Coordinadora de Hospitales desconvoca la huelga del día 20”. *El País*, 18 octubre, 1987.

⁴³“La Confederación de Sindicatos Médicos amenaza con iniciar un nuevo conflicto”, 17 de enero de 1988.

profesionales de la sanidad tuvo el acierto de dialogar, pero no llegó a objetivos concretos ya que médicos y ATS aguardaban el decreto sobre la carrera profesional y esperaban salarios dignos, salarios que les permitieran dedicarse de verdad sólo a atender al enfermo, sin más preocupaciones.

Consideraciones finales.

Julián García Vargas llegaba al Ministerio después de que se aprobara la Ley General de Sanidad de 1986. Sin embargo, parte de esa ley se había anticipado mediante un decreto-ley de reforma de estructuras básicas de salud que fue una iniciativa del anterior ministro, Ernest Lluch. Consideramos que la carencia de un equipo sólido y eficaz le impidió al ministro de Sanidad llevar sus proyectos adelante. Quizás, se equivocara cuando prescindió de Fernando Magro como director general del Insalud, pues era un gran conocedor y un buen gestor. Igualmente le ocurrió al destituir por celos políticos a Carlos Hernández Gil, que era subsecretario y hombre clave. A ello se añadió el destituir a Eduardo Arrojo como presidente del Insalud, cuando había comprendido lo que era el gigantesto Insalud. Y es que, en cinco años, Julián García Vargas había cambiado dos veces de equipo casi al completo.

No obstante, el ministro de sanidad siguió haciendo propuestas de mejoras para el sistema sanitario español bajo su mandato.

BIBLIOGRAFÍA

BENJUMEA Pino, Pedro. “Sanidad y desempleo” en *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990.

BERNAL Martín, Salvador. *El seguro obligatorio de enfermedad*. Madrid: Librería General Victoriano Suárez, 1949.

CAPELLÁN De Miguel, Gonzalo. *La España armónica. El proyecto del Krausismo español para una sociedad en conflicto*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2006.

CARR, Raymond. *España: de la Restauración a la democracia, 1875-1980*. Barcelona: Ariel, 1983.

CASTILLO, Santiago. “Todos iguales ante la ley... del más fuerte” en *Sociología del Trabajo* no. 14 (1992): 149-176.

COMELLES, Josep M. *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU, 1988.

CRUZ MARTÍNEZ, Rafael. “La frustración de un sistema unificado de seguros sociales. La República y la Guerra Civil” en VVAA., *Historia de la acción social pública en España*, 361-394. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990.

CALLE Velasco, María Dolores de la. *La comisión de reformas sociales 1883-1903: política social y conflicto de intereses en la España de la Restauración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989.

———. “La comisión de reformas sociales: la primera consulta social al país” en *La Reforma Social en España*, coordinado por Juan Ignacio Palacio Morena, 39-69. Madrid: Consejo Económico y Social, 2004.

VILLA Gil, Luis de la y Desdentado Bonete, Aurelio. *Manual de seguridad social*, Madrid: Editorial Aranzadi, 1977.

ESPUELAS Barroso, Sergio. *La evolución del gasto social público en España, 1850-2005*. Madrid: Banco de España, 2013.

FUENTES Quintana, Enrique. “De los Pactos de la Moncloa a la entrada en la Comunidad Económica Europea (1977-1986)”, *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía* no. 826 (2005): 39-71.

GIMÉNEZ Muñoz, María del Carmen. “La transición hacia la reforma sanitaria: la Ley General de Sanidad (1986)” en *Historia de la época socialista: España, 1982-1996* coordinado por Luis Carlos Hernando Noguera y Antonio Martínez. UNED, UAM. Asociación de Historiadores del Presente, 2011.

JIMÉNEZ Fernández, Adolfo. “Seguridad Social y redistribución” en *Igualdad* no. 6 (1993).

FREIRE, José Manuel. “La salud. ¿derecho o mercancía?” en *Revista Temas* no. 55 (2017): 31-34.

MOLINERO, Carme. *La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista*. Madrid: Cátedra, 2005.

MONTERO García, Feliciano. “Los católicos y la reforma social, 1890-1914” en *La Reforma Social en España*, coordinado por Juan Ignacio Palacio Morena. Madrid: Consejo Económico y Social, 2004.

ORTÍZ Heras, Manuel Coordinador. *Memoria e Historia del Franquismo: V Encuentro de Investigadores del Franquismo*, Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, 2005.

PEMÁN GAVÍN, Juan Coordinador y KÖLLING, Mario Coordinador. *La descentralización sanitaria*, Fundación Manuel Giménez Abad, Zaragoza, 2012.

PEMÁN Gavín, Juan María. *Derecho a la salud y administración sanitaria*. Bolonia: Real Colegio de España en Bolonia, 1989.

RODRÍGUEZ Cabrero, Gregorio. “Política social en España: realidades y tendencias” en *Crisis y futuro del Estado del Bienestar*, editado por R. Muñoz. Madrid: Alianza, 1989.

SAZ Campos, Ismael. “Crisis y descomposición del franquismo” en *Ayer* no. 68 (2007): 9-24.