

LA CONSELLERIA DE SANITAT I ASSISTENCIA SOCIAL DE LA GENERALITAT REPUBLICANA, A TRAVES DE LA LEY DE BASES DE 5 DE ABRIL DE 1934 Y DE LA LEY DE COORDINACION Y CONTROL SANITARIOS PUBLICOS DE 26 DE JUNIO DE ESE AÑO

No se pretende efectuar aquí un estudio de las realizaciones concretas que en materia de Sanidad y Asistencia Social fueron llevadas a cabo por la Generalitat republicana a lo largo de sus varios años de existencia —tarea al margen de este trabajo y de interés más médico que iushistórico—, sino de realizar un análisis jurídico de la Ley de Bases de 5 de abril de 1934, aprobada por el Parlamento de Cataluña, en la que se establecían las bases para la organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social en Cataluña, dependientes de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat, y de la posterior Ley de Coordinación y Control Sanitarios Públicos de 26 de junio de 1934. El Estatut de 1932 establecía en su art. 12, párr. *c)* y *d)*, que correspondería a la Generalitat de Cataluña la legislación exclusiva y ejecución directa de las funciones de Beneficencia y Sanidad Interior, exceptuado el precepto normativo de rango superior recogido en el art. 15, 7.^a, de la Constitución de la República Española de 1931, donde se preceptuaba que pertenecerían al Estado español las «Bases mínimas de la legislación sanitaria interior», pudiendo corresponder a las regiones autónomas la ejecución de estas materias en relación a la medida de su capacidad política. Conviene no perder de vista que, dentro de la Constitución española, se hacía una triple distinción de materias: primera, aquellas de exclusiva competencia del Estado tanto en el aspecto legislativo como en el ejecutivo, de las que se hace eco el art. 14; segunda, las que corresponden al Estado en cuanto a la legislación, y puede atribuirse la ejecución a las comunidades autónomas en la medida de que sus estatutos de autonomía lo permitan, a juicio siempre de las Cortes Genera-

les (art. 15), y tercera, aquellas materias que pueden corresponder a las regiones autónomas tanto en la legislación como en la ejecución directa, es decir, todas las que no estando comprendidas en los arts. 14 y 15 de la Constitución pudieran corresponder a la competencia de las diferentes regiones autónomas dentro del marco de lo que dispusieran los diversos estatutos. No se desconoce que detrás de esta distribución de competencias hubo una amplia transacción (1). La Constitución española de 1978, en su art. 148.1, 1.º y 22.º, precisa que las comunidades autónomas podrán asumir competencias en materia de asistencia social, sanidad e higiene (2), reservándose el Estado, conforme al art. 149.1, 16.º, la competencia exclusiva en materia de sanidad exterior a la hora de preceptuar las bases y llevar a cabo la coordinación general sanitaria y la referente a la legislación sobre productos farmacéuticos.

El 4 de enero de 1932, se autorizó, por acuerdo del Consell de la Generalitat, que la Junta de Gobierno de las Casas Provinciales de Maternidad y Expósitos de Barcelona concediese determinadas afiliaciones, haciéndose constar en escritura pública, en documento privado o acto privado. Esta sesión fue importante, ya que en la misma se determinaría que dicho departamento pasase a llamarse a partir de entonces no de Sanitat i Beneficència (3), sino de Sanitat i Assistència Social. Un posterior Decreto de la Presidencia de la Generalitat de finales de diciembre de 1932 dividía los servicios del citado departamento al disponer, en su artículo primero y único, la existencia de las nuevas conselleries de Governació i Sanitat y de

(1) L. JIMÉNEZ DE ASÚA, *Proceso histórico de la Constitución de la República Española*, Madrid, sin fecha, págs. 157-159.

(2) Véase J. GALOFRÉ I CRESPI, «Els principis que informen el mapa sanitari de Catalunya», en *Jornades sobre l'Estatut d'Autonomia de Catalunya*, Barcelona, 1981, págs. 269-271. Breve trabajo, pero de gran interés para el tema actual que plantea; carece de virtualidad histórica.

(3) Acertada medida de la Generalitat, ya que la asistencia social comporta la idea de prueba de necesidad y la demostración de necesidad va ligada a un derecho a las prestaciones asistenciales, mientras que en el caso de la beneficencia no deja de ser facultativa y discrecional. Véase, con un planteamiento más próximo a nuestros días la obra *Problemas fundamentales de la beneficencia y asistencia social*, Madrid, 1967, que puede completarse con el trabajo de F. GARRIDO FALLA, *La acción administrativa sobre la beneficencia privada, en especial sobre las fundaciones de este carácter*, en *Centenario de la Ley del Notariado*, vol. IV, Madrid, 1963, páginas 341 y sigs. Desde una perspectiva histórica, la distinción terminológico-conceptual es clara en M. BLANG, «The Myth of the Old Poor Law and the Making of the New», en *Essays in Social History*, Oxford University Press, Oxford-Londres, 1974; véase también R. GUARDINI, *Der Dienst am Nächsten in Gefahr*, Wurzburg, 1956, págs. 11 y sigs.

Treball i Assistència Social, que serían transformadas más adelante, volviendo a la denominación originaria de Sanitat i Assistència Social. Para un mejor conocimiento de las actividades de esta Conselleria durante la guerra civil, desde 1937 contaba con una publicación normativa, el *Butlletí de Sanitat i Assistència Social*, prologado por Félix Martí Ibáñez (4), que no nos interesa en estos momentos por sobrepasar los términos estrictos del ámbito temporal y enfoque metodológico que nos habíamos fijado de antemano.

La Ley de Bases de abril de 1934 precisaba que las actividades sanitarias y de asistencia social dentro de Cataluña serían objeto de dirección y de control por parte del correspondiente Departamento de la Generalitat, pudiendo ser de carácter particular, municipal y general. Quedando ésta autorizada para el control y vigilancia de las actividades mencionadas por el Estatut, la propia ley remarca que la dirección y organización de estas actividades serán función propia y exclusiva de la misma Generalitat. Se determina la existencia de Juntas locales de Sanidad en los municipios de más de cinco mil habitantes, que coordinarán sus funciones con el Departamento correspondiente de la Generalitat y otros organismos e instituciones privadas de carácter benéfico-docente. La Ley de Bases está aquí reconociendo, primero, la existencia de entidades, de fundación y capital privado, de interés benéfico y benéfico-docente dentro del área de la sanidad y de la asistencia social; segundo, la creación de una federación de estos organismos, con personalidad jurídica propia, en orden a una mayor y mejor coordinación de actividades.

Los servicios sanitarios que serán competencia de los municipios abarcan desde el abastecimiento, conducción y distribución de agua destinada al consumo, la evacuación de residuos y excrementos, saneamiento general de terrenos —deseccación de aguas estancadas, rectificación del curso natural de los ríos, etc.—, establecimiento y organización de la infraestructura sanitaria de abastecimientos en general, control de los cementerios municipales y de los restantes de carácter público, higiene pecuaria y saneamiento de transportes públicos municipales.

En cuanto a las instituciones sanitarias, la Ley de Bases prevé la creación de centros sanitarios comarcales e intercomarcales; los primeros para

(4) Se publicó un solo número del *Butlletí*, que recogía las disposiciones aparecidas en el *Diari Oficial de la Generalitat* en materia de sanidad y asistencia social desde el 24 de julio de 1936 hasta el 7 de marzo de 1937. Contaba 114 págs. y viene precedido de un reducido prólogo del cenetista MARTÍ IBÁÑEZ. Del mismo año se conserva un folleto editado por la Conselleria d'Higiene i Sanitat del Ayuntamiento de Barcelona con un mapa sanitario de la ciudad.

las intercomarcas, donde haya institutos provinciales de higiene, cuyo radio de acción quedaría enmarcado por núcleos de población que oscilasen entre los cien mil y ciento veinticinco mil habitantes. El caso particular de Barcelona, con localidades próximas de mayor concentración de habitantes, hizo arbitrar un criterio específico que se traducía en el hecho del establecimiento de un centro sanitario intercomarcal, ubicado en la propia Barcelona, para las poblaciones que rodean la ciudad en un radio que comprendiera aproximadamente las trescientas mil personas (5).

Los centros sanitarios comarcales deberán tener funciones específicas de reunión, catalogación y recopilación de documentación referentes a materias íntimamente ligadas con la sanidad y beneficencia, la de prevenir contra enfermedades mediante vacunación, desinfección y aislamiento, profilaxis pública y sanitaria, y el control sobre los laboratorios de investigaciones químicas, bacteriológicas y biológicas y los centros de desinfección y formación del personal sanitario; por último, también dependerán de los centros comarcales sanitarios el control sanitario de inmigrantes y la inspección sanitaria tanto pública como privada.

Otras instituciones previstas en la Ley de Bases son los núcleos y subnúcleos sanitarios que vendrán constituidos por una mancomunidad de municipios dentro de la misma zona sanitaria. Las competencias de estos núcleos y subnúcleos serán las mismas que las de los centros sanitarios comarcales.

La Base 3.^a está dedicada a la asistencia social en tres órdenes: *a*) las funciones mínimas de la asistencia social; *b*) la conceptualización y organización de los hospitales comarcales, y *c*) la coordinación de servicios. La idea que preside tanto esta Base 3.^a como la 1.^a es la de que a la Generalitat le va a corresponder legislar, controlar e inspeccionar, dirigir y organizar las actividades sanitarias de carácter general, siendo competentes los municipios de la gestión y ejecución, con su personalidad jurídica propia en cuanto a las funciones mínimas de asistencia social, ya que, en cuanto a los servicios sanitarios los organismos competentes son —como hemos indicado anteriormente— el centro sanitario comarcal y los núcleos y subnúcleos sanitarios que pueden, en el caso de estos últimos, corresponderse con el municipio. Este queda obligado a facilitar la asistencia pública a los individuos inscritos en el padrón, aunque también puede hacerlo a otras personas. Es decir: primero, quienes tengan carta de naturaleza; segundo, las personas con carta de residencia librada por el Consejo

(5) Las dificultades que planteaba la hospitalización en Barcelona las había examinado M. MER I GÜELL, *El problema de l'hospitalització a Barcelona*, Barcelona, 1933.

Local de Asistencia Pública para quienes cuenten con dos años de permanencia en una localidad; tercero, los individuos que pertenezcan a otros municipios que tengan concertación de servicios con la Generalitat; cuarto, transeúntes. El criterio establecido es bastante amplio, dado que incluso podrán beneficiarse de dicha asistencia pública aquellos en quienes no concurren las condiciones expresadas en los apartados antedichos, con tal de que se crea pertinente al criterio de la autoridad médica competente. La financiación de los servicios de asistencia social deberá ser incluida como una partida dentro de los presupuestos de los diferentes municipios, aunque, a tenor de la Base 5.^a, está previsto que la administración sanitaria de la Generalitat arbitre los recursos necesarios para dichas prestaciones de servicios, cuyos canales de financiación serán: *a)* en primer lugar, impositivos, a través de impuestos directos e indirectos: imposición municipal sanitaria e imposición sanitaria directa; *b)* derivados de prestaciones de servicios solicitados por los particulares o por entidades de diverso género; *c)* los procedentes de penas pecuniarias: multas y sanciones; *d)* los derivados de las subvenciones que tanto particulares como sociedades benéficas o fundaciones filantrópicas pudieran hacer junto con otros donativos y legados.

Por la Ley de Bases se facultaría al Departamento de Sanidad y Asistencia Social de la Generalitat para que encargara la ejecución de las leyes y disposiciones de profilaxis social a los municipios o mancomunidades de municipios cuando el volumen de población de éstos o la intensidad de la plaga lo requiriesen o aconsejasen. Para facilitar los servicios de asistencia, la administración local procurará que las prestaciones se lleven a cabo de la forma más corriente y con el personal facultativo que fuera necesario. Habrá otros servicios organizados según las características sociales de cada población, proporcionales a la densidad de individuos de cada municipio.

Cada zona o departamento sanitario contará con un hospital comarcal que cumplirá, además de las funciones coordinadas a tales instituciones, el servicio metodizado de asistencia social de los municipios. La Ley de Bases prevé sus objetivos, organización, utillaje, recursos económicos y régimen de personal. Comencemos por estos dos últimos y no poco importantes capítulos de financiación y contratación de personal. Las Juntas administrativas de los hospitales comarcales podrían disponer de recursos propios procedentes de legados, de las aportaciones fijas de los Ayuntamientos, subvenciones de los organismos centrales de la Generalitat e ingresos en sentido amplio fruto de *a)* beneficios, *b)* subvenciones, *c)* legados, *d)* aportaciones voluntarias, *e)* suscripciones, *f)* servicios a personas

de alto poder adquisitivo, etc. El personal auxiliar y administrativo estará en función de las necesidades de cada centro. No se especifica el sistema de selección y contratación de personal, los criterios que se van a tener en cuenta, si se recurrirá a la contratación directa, por concurso de méritos, con carácter restringido o libre, por oposición, etc. La Base 3.^a-B-IV, párrafo 2.º, deja para una posterior y específica normativa, al margen de la Ley de Control Sanitario, los criterios de contratación de este personal. Los objetivos de los hospitales comarcales abarcan: primero, la organización de cursillos y prácticas de ampliación de conocimientos sanitarios y de técnicas de coordinación de servicios; segundo, inauguración de luchas específicas contra enfermedades concretas o plagas determinadas; tercero, acción protectora en las áreas de pediatría y maternidad; cuarto, aislamiento de infectados como cauce de intensificación de la profilaxis sanitaria; quinto, asistencia médico-quirúrgica para *a)* quienes estén inscritos en las listas que se forman en los Consejos locales de asistencia social de cada municipio, *b)* los accidentados dentro de los límites jurisdiccionales de la zona sanitaria, con tal de que no concurren circunstancias de responsabilidad subsidiaria, personal o jurídica. Unas breves puntualizaciones debemos hacer aquí en algunos puntos de lo hasta ahora expuesto. Respecto a la acción protectora en el área de maternidad es presumible, aunque no se especifique, que quede cubierta la asistencia al embarazo, parto y puerperio. No se habla para nada de los servicios farmacéuticos ni de las obligaciones del asistido. A tenor del apartado *f)* de la Base 3.^a-B-I, al indicarse que el hospital comarcal podrá ejercer toda acción aislada o conjunta de carácter sanitario y de asistencia, cabe suponer que la medicina preventiva sea uno de sus cometidos. Cada hospital se tendrá que regir por un reglamento de orden interior que apruebe la Junta de gobierno y autorice el conseller de Sanitat de la Generalitat, quedando obligadas las Juntas administrativas de los hospitales comarcales a una rendición de cuentas anual ante la Generalitat, a la vez que a presentar el presupuesto, una lista del personal adscrito, titular o contratado, las modificaciones estructurales del establecimiento y la estadística de servicios y prestaciones realizadas.

La Carta Municipal Sanitaria permitirá la coordinación de servicios. Podrán acogerse a este régimen las comunidades de municipios con más de quince mil habitantes, quedando la concesión de la carta como objeto de una ley especial aprobada por el Parlamento catalán.

La Ley de Bases, en su conjunto, responde a un proceso irreversible de descentralización a los municipios y comarcas, dejando más o menos claras las competencias que en el área de la sanidad preventiva tienen naturaleza local y aquellas otras que pueden ser gestionadas por entes a nivel comar-

cal, pero al mismo tiempo evidencia la complejidad de la organización sanitaria de la Cataluña republicana. Esta indudable diversidad administrativa se agiganta con la Ley de Coordinación y Control Sanitarios Públicos, sobre todo en lo referente a las relaciones entre las corporaciones de derecho público local y el régimen de previsión, asistencia y coordinación de la Generalitat. La idea de tutela y fiscalización sobre los entes locales y comarcales de sanidad y asistencia social es mucho más clara y patente en la Ley de 26 de junio que en la Ley de Bases. El art. 1.º de aquélla habla de una cuidadosa coordinación, mencionando la conveniencia de una «constante vigilancia» y «control» por parte de la correspondiente conselleria de la Generalitat. Es verdad que los términos vigilancia y control aparecen repetidas veces en la Ley de Bases, pero en ocasiones no eran tan adjetivados como lo son en la Ley de 26 de junio de 1934, ni lógicamente, por ser una Ley de Bases, es tan escrupulosamente reglamentista como aquélla, pecado sustancial y de origen de la Ley de Coordinación y Control Sanitarios Públicos, compatible, por otro lado, en algunas áreas con importantes lagunas que ni son reguladas ni tan siquiera se las menciona. Esta prevé que los servicios sanitarios de la Generalitat creen una oficina técnico-sanitaria no sólo informativa, sino dotada de amplias funciones ejecutivas en los supuestos de resolución de problemas sanitarios que reúnan estas características: 1.º, que sean urgentes; 2.º, que constituyan un grave problema; 3.º, que posean un carácter general. Pero todavía se insiste en que estas competencias llegarán a aspectos sanitarios de carácter local, con tal de que tengan una cierta importancia.

Organismos sanitarios, según la Ley de 26 de junio, son la Junta Superior de Sanidad, las Juntas Comarcales y Municipales de Sanidad, las Delegaciones Sanitarias y la Oficina técnico-sanitaria. Todos ellos tienen misiones asesoras e informadoras de carácter sanitario. La Junta Superior tendrá su sede en Barcelona, desarrollándose sus sesiones en la Dirección de Servicios de Sanidad de la Generalitat. Las funciones de esta Junta Superior son las informativas y consultivas de los problemas sanitarios que afecten a todo el territorio de Cataluña o de toda la República y, cosa extraña, se hace referencia también a «otros países del extranjero». También se ocupará de la resolución definitiva de los asuntos que le sean elevados por las Juntas Comarcales de Sanidad de interés más general desde un punto de vista de su término territorial, cuando los acuerdos no hayan sido tomados por la mayoría absoluta de sus componentes o cuando la presidencia y una tercera parte de los asistentes lo acepten; también tendrá un carácter consultivo e informativo de los recursos de alzada interpuestos ante el conseller de Sanitat, siempre que recaigan sobre asuntos graves o sanciones

cuantiosas. Son miembros de la Junta Superior: el conseller de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat, que será su presidente; el jefe de los Servicios sanitarios de dicha conselleria, que actuará como vicepresidente; el secretario será el jefe de los centros sanitarios de las comarcas barcelonesas o, en su defecto, el director más antiguo de un centro sanitario comarcal no distante de Barcelona más de cien kilómetros. Los vocales constituyen el capítulo más amplio de miembros de la Junta, distinguiéndose los natos de los consultivos o asesores. Entre los primeros están: 1.º, jefe de los Servicios de Asistencia Social de la Generalitat; 2.º, un representante por cada una de las Facultades de Medicina, Farmacia y Escuela de Veterinaria. La designación de los mismos la llevará a cabo el claustro de la Facultad o el profesorado; 3.º, un profesor de Higiene, designado por la Acadèmia d'Higiene de Cataluña; 4.º, director o representante del Instituto de Higiene Municipal de Barcelona; 5.º, jefes o representantes de las diversas luchas especializadas establecidas; 6.º, jefe de los Servicios de la Oficina técnico-sanitaria o ingeniero especializado adscrito a dicha oficina. Conviene en este punto saber que un Decreto de 7 de mayo de 1934 de la Presidencia de la Generalitat de Cataluña, a propuesta de la conselleria de Sanitat, abrió una convocatoria para la realización de un curso de formación de ingenieros sanitarios impartido en la Escuela de Ingenieros Industriales de Barcelona. Dicho curso y las pruebas que a tal efecto vengan a demostrar la capacidad y suficiencia adquiridas situaría a los interesados en un plano de preferencia para contribuir a los trabajos de ingeniería sanitaria que llevase a cabo la Generalitat de Cataluña; 7.º, el arquitecto-jefe de los servicios de la propia Generalitat o arquitecto especializado en urbanismo designado por el Colegio Oficial de Arquitectos; 8.º, comisario o representante de la Generalitat en las diversas comarcas catalanas; 9.º, presidente o representante del Comité permanente de Industria de la Generalitat. Los vocales no natos de la Junta Superior de Sanidad son consultivos o asesores —como hemos dicho anteriormente—, es decir, que se requerirá su consejo cuando las circunstancias lo aconsejen o la magnitud del caso o problema lo requiera. Su número es bastante más amplio que el de los vocales natos; 1.º, presidente de la Academia de Medicina; 2.º, presidente de los Colegios Oficiales de Médicos, Veterinarios, Farmacéuticos y Odontólogos de Cataluña; 3.º, presidente del Colegio de Practicantes de Cataluña; 4.º, presidenta del Colegio de Matronas; 5.º, presidente de la Asociación de Médicos de Hospitales; 6.º, presidente de la Asociación de Balnearios y Aguas Mineromedicinales; 7.º, presidente de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña; 8.º, presidente del Instituto Médico-Farmacéutico; 9.º, presidente de la Sociedad Catalana

de Tisiología; 10.º, presidente de la Sociedad de Pediatría de Cataluña; 11.º, presidente de la Sociedad de Psiquiatría; 12.º, presidente de todas aquellas sociedades médicas que se constituyeran en función de las diferentes especialidades; 13.º, representante médico de la Asociación de Médicos de Hospitales o del Cuerpo facultativo de los hospitales de Barcelona; 14.º, decano del Colegio de Abogados; 15.º, presidente del Colegio de Arquitectos; 16.º, presidente de la Asociación de Ingenieros; 17.º, inspector de Sanidad exterior; 18.º, médico castrense designado por la autoridad militar competente. Cada uno de los miembros cuya participación en las reuniones sea en función de las corporaciones a las que representan pueden excusar su asistencia enviando un representante en su lugar. La Junta Superior tendrá dos tipos de reuniones, aquellas específicas para el pleno de la misma y otras sólo para la Comisión Permanente, que está integrada por: vicepresidente, secretario y cinco vocales designados por la Junta en pleno cada año, pudiendo cada uno de estos cargos tener sus correspondientes suplentes a fin de agilizar más las reuniones de la propia comisión permanente de la Junta. Por otro lado, los arts. 6, 7, 8, 9, 10, 11 de la Ley de 26 de junio insisten sobre aspectos de funcionamiento del pleno y de la permanente, convocatoria de reuniones con los plazos exigidos, garantías formales mediante papeletas de citación con indicación del tema y día de la reunión, sesiones ordinarias y extraordinarias, etc.

La distribución del territorio en áreas de salud lleva a la creación de Juntas Comarcales de Sanidad en las capitales de las comarcas sanitarias. Cataluña quedó dividida en veinte centros sanitarios, ubicados en las principales ciudades dotadas de hospital comarcal, casa de asistencia y laboratorio. Las Juntas Comarcales tienen un amplio espectro de atribuciones que va desde las de carácter consultivo e informativo a la resolución de cuestiones que le sean tramitadas desde las Juntas municipales con unas condiciones y mecanismo resolutorio parecido a las que hemos visto se elevaban ante la instancia suprema de la Junta Superior de Sanidad. También es el camino para la tramitación de los recursos de alzada interpuestos ante el conseller de Sanitat i Assistència Social, fiscalización de las obligaciones sanitarias de los municipios de la comarca, divulgación de propaganda y conocimientos higiénicos en la comarca. Su composición agrupa una estructura parecida a la Junta Superior, con un presidente que será el delegado del conseller de Sanitat; el alcalde de la capital, que actuará como vicepresidente, y el jefe del Centro Sanitario Comarcal, que hará las veces de secretario. Representantes de los distintos Colegios Oficiales de Médicos, Veterinarios y Farmacéuticos que habiten en la zona, alcaldes en representación de sus homónimos de toda la comarca, maestros, ingenieros y médi-

cos forman parte de la compleja estructura de la Junta comarcal, que en orden a los vocales consultivos y asesores establece un criterio amplio en razón de las necesidades o conveniencias del estado sanitario del territorio de su jurisdicción. Cuenta igualmente con un Pleno y una Comisión Permanente. Las reuniones se llevarán a cabo indistintamente en uno u otro caso, siendo preceptivo el que lo haga una vez al mes la Permanente. En la escala descendente habrá también Juntas Municipales de Sanidad, cuyas funciones en materia de asistencia social no se precisan en esta Ley, dejándose para una normativa posterior, pero sí nominándose, por el contrario, las funciones sanitarias, que serán de tres tipos: 1.º, reglamentación de los servicios sanitarios del municipio; 2.º, informar a las autoridades de los diferentes asuntos de su competencia; 3.º, propuesta de obras y actividades sanitarias al Ayuntamiento. Las Delegaciones sanitarias se establecerán en los municipios rurales donde exista un núcleo de población superior al 40 por 100 del censo oficial (art. 19).

La aprobación del art. 19 de la Ley fue objeto de amplio debate en el pleno del Parlament, defendiendo el diputado Dalmau el criterio de que se produjera un desglose de la Junta de Sanidad en dos organismos de Sanidad y Asistencia Social en las poblaciones mayores de diez mil habitantes; abogó por la conveniencia de una sola Junta Battestini, saliendo airosa esta propuesta, tras la votación llevada a cabo el día 6 de junio, en que se mantuvo la redacción originaria de dicho art. 19.

La Oficina central técnico-sanitaria (arts. 24 a 26) se encargará del estudio y coordinación de los proyectos sanitarios de carácter general de los entes comarcales y locales, de prestar asistencia de tipo técnico y administrativo a los municipios y del análisis del estado de obras de los servicios sanitarios a cualquiera de sus niveles. Puede actuar a través de filiales en cada una de las comisarías de la Generalitat existentes cuando se aprobó la Ley y de las que posteriormente se pudieran fijar en la división político-administrativa de Cataluña.

El amplio art. 28 de la Ley, que fue también objeto de aprobación en la sesión del 6 de junio de 1934, regula las diversas formas de coordinación y control sanitario, para un mejor desenvolvimiento de los servicios y mecanismos administrativos en el área de sanidad y asistencia social.

Por último, sólo diremos que no se insiste en ningún momento ni en la Ley de Bases ni en la Ley de Coordinación y Control Sanitarios Públicos en los derechos sindicales del personal vinculado a las Juntas comarcales de Sanidad, Delegaciones sanitarias, Juntas provinciales de Sanidad y toda clase de hospitales. No se habla para nada de convenios, ni se sabe si a tenor del articulado cabe pensar que los hospitales iban a reconocer a sus

empleados el derecho a afiliarse a sindicatos y el de concertar acuerdos con los mismos, para lo que habría de remitirse al principio claro —de rango normativo superior— de libertad sindical. Se ha de decir que no precisamente en este año 1934, pero sí en 1937, va a haber un control de la Conselleria de Sanitat y de sus diversos órganos por parte de la CNT. Tampoco nos queda claro en ninguna de estas dos leyes la situación de las clínicas privadas —con independencia de que lo que se regule en la segunda de ellas sea la coordinación y control sanitario públicos— frente a la legislación tributaria, la normativa de protección laboral y la legislación de relaciones entre trabajadores y la patronal. Por otro lado, la composición de las Juntas, tanto generales como comarcales, es institucional, no dando entrada —sólo se reconoce de forma indirecta— a personas prominentes o de cierta solvencia económica que pudieran, en los casos sobre todo de las Juntas locales, solucionar problemas, cuya cobertura financiera no fuera posible por los medios ordinarios regulados en la ley, aunque la Ley de Bases —lo hemos precisado páginas atrás— reconociera, por otro lado, la actuación de fundaciones privadas en el área sanitaria. No se habla de beneficios marginales por prácticas llevadas a cabo en días festivos o vacaciones, ni se establece un procedimiento de quejas referentes tanto a las condiciones de trabajo o ajuste de salarios del personal hospitalario público, como no sea el reconocido ordinariamente; las denunciar por las posibles arbitrariedades contra los pacientes, prevaricación sanitaria o falta de asistencia están al alcance de cualquier ciudadano que no se considere debidamente atendido; el recurso de alzada ante el conseller de Sanitat es expresamente reconocido en el art. 3, c), de la Ley de 26 de junio.

Restan por examinar el Decreto de 21 de noviembre de 1932 de trasposos de servicios de sanidad interior y el de 24 de mayo de 1933, así como otros decretos sobre materias sanitarias de 8 de junio, 19 de junio, 30 de junio y 17 de julio de 1933, e igualmente las órdenes de 16 de mayo y de 28 de junio de 1935, pero no lo haremos, ya que se sustraen al campo concreto de análisis que nos habíamos propuesto de antemano: las leyes de 5 de abril y de 26 de junio de 1934. De la misma forma cabe advertir que a lo largo del propio 1934 (6) fueron dadas por la Conselleria de Sanitat i Assistència Social una serie de disposiciones tendentes a que las clases sanitarias catalanas fueran refundidas en una sola de sus antiguas organi-

(6) El presupuesto ordinario de gastos de Sanidad de la Generalitat del año 1934 era de 756.610 pesetas, alcanzando el extraordinario la cifra de 875.000 pesetas. A la asistencia social se destinarían, dentro del presupuesto ordinario, 8.011.120 pesetas, a las que hay que añadir 825.000 del extraordinario.

zaciones de carácter provincial a fin de adaptarlas a la unidad política de Cataluña reconocida por el Estatut.

APENDICE

Normas básicas, publicadas por Decreto de 10 de abril de 1934 de la Presidencia de la Generalitat de Cataluña a propuesta de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social, en las que se regula la reglamentación de los Hospitales de Distrito de la Circunscripción de Barcelona. En algunos puntos vienen a ser un desarrollo de la Ley de Bases para la organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social en Cataluña.

Article 1.^r Els Hospitals estaran al servei de tots el ciutadans que estiguin inscrits al Padró municipal de la Circumscripció corresponent.

Article 2.^a Els serveis hospitalaris seran completament gratuïts per als indigents de la Circumscripció de Barcelona. La categoria d'indigent serà establerta, d'acord amb la base tercera de l'article 1.^r de la Llei de Bases Sanitàries i Assistència Social de 5 d'abril del 1934.

Article 3.^r Els malalts no indigents seran admesos mitjançant el pagament d'una quota equivalent a quinze dies, avançada o assegurada per ells mateixos, per lurs famílies, pels seus Municipis respectius o pels representants de llur nació. Amb aquesta mateixa condició podran ésser admesos aquells indigents que pertanyin a una altra circumscripció, Municipi, província o nació.

Article 4.^t Els malalts afectats de malaltia inguarible seran enviats a un asil, però mai admesos a un servei hospitalari actiu. Els malalts esdevinguts inguaribles durant llur estada a l'Hospital seran enviats a un asil o retornats a llur família, segons la Base tercera, apartat B), art. 1.^r de l'esmentada Llei de Bases.

Article 5.^e Els afectats per traumatisme, afecció mèdica o quirúrgica que requereixi un tractament urgent, seran admesos pel cap de servei o el metge de guàrdia, sens perjudici que l'Administració faci les gestions oportunes per a determinar si deu pagar pensió i qui la deu sufragar.

Article 6.^e Cap malalt no pot ésser admès sense que l'hagi visitat et cap d'un servei o el metge de guàrdia i s'hagin assegurat que pateix una malaltia que pot ésser tractada a l'Hospital.

Article 7.^e Els malalts que no estiguin compresos en la base tercera, article 1.^r de la Llei de Bases, per ésser assistits als Consultoris de l'Hospital deuran prendre un segell per la primera visita d'1 pesseta i un de 0,25 per les restants.

Article 8.^e Els segells que donaran dret a la visita als Dispensaris Hospitalaris als compresos en les condicions indicades en l'article anterior, seran editats i distribuïts per cada establiment hospitalari.

Article 9.º Els serveis complementaris, com les estances a l'Hospital seran objecte d'unes tarifes que com a annexes figuren en la reglamentació.

Article 10. Cas de descobrir béns al suposat indigent, aquests respondran de les despeses en la forma que s'acordarà.

Article 11. Tots aquells malalts que no puguin o no deguin ésser tractats a l'Hospital, hauran d'ésser traspassats ad Centre adequat organitzat per l'Assistència Pública.

Article 12. Els malalts mentals la convivència dels quals amb els altres sigui perillosa, hauran d'ésser traslladats amb tota urgència, així com els que pateixin malaltia contagiosa.

Article 13. Els vells, impedits i tots aquells que no puguin ésser beneficiats pel tractament hospitalari, seran traslladats a l'asil corresponent, mitjançant proposta mensual que faran els Hospitals respectius a les oficines centrals del servei d'Assistència pública.

Article 14. Així mateix aquells malalts afectes de tuberculosi pulmonar o quirúrgiques que requereixin un tractament sanatorial, seran enviats als centres adequats per al seu tractament, mitjançant les normes peculiars que s'estableixin.

Article 15. De la mateixa manera, tots aquells que estiguin asilats o reclusos en un Centre d'Assistència pública, hauran d'ésser ingressats a l'Hospital quan sofreixin un accident el tractament del qual, a judici del facultatiu que l'assisteixi, no pugui ésser establert en l'establiment en què es trobi.

Article transitori.

a) Mentre no es fixin les tarifes que segons l'art. 9.º hauran d'ésser annex obligat del Reglament a cada Hospital, s'entendrà que les estances seran de 5 pessetes diàries, i per a la tarifació dels serveis (operacions quirúrgiques, radiografies, rotgenoterapia, etc.), es prendran com a norma les tarifes establertes per la Vila de Salut L'Aliança rebaixades en un 10 per 100.

b) Per la fixació dels serveis els compresos en les condicions fixades en l'art. 10, s'entendrà que les tarifes acceptades seran considerades com a mínima i podran ésser augmentades proporcionalment a les condicions econòmiques del suposat indigent a criteri de les Juntes dels Hospitals.

c) Mentre no estinguin organitzats els padrons que la Llei de Bases del 5 d'abril corrent confia als Consellers locals d'Assistència pública, la declaració d'indigència als efectes de les presents Normes resta confiada, quant a Barcelona-ciutat, al Comitè Central d'Assistència municipal, i quant als altres Municipis de Catalunya a les alcaldies respectives.

d) Les persones que no tenint el caràcter d'indigents es vegin afectades per atur forçós, gaudiran dels mateixos beneficis reconeguts a aquells mentre es trobin en dita situació. La declaració corresponent d'aturat forçós, serà lliurada pels mateixos organismes esmentats en l'article anterior. Aquestes declaracions d'atur forçós deuran ésser confirmades o deixades sense efecte cada trenta dies.

e) El Comitè Central d'Assistència municipal de Barcelona i les Alcaldies dels altre Municipis catalans deuran atèner-se per al lliurament de les declaracions establertes en els articles precedents, a les disposicions contingudes en la base tercera, lletra *a*), regla primera, apartats *a*), *b*), *c*) i *d*) de la Llei de Bases esmentada.

MANUEL J. PELÁEZ ALBENDEA