

# El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica

JOSÉ VALENZUELA CANDELARIO (\*)

## SUMARIO

Introducción. 1.—Fundamentos del debate profesional. Los modelos asistenciales ilustrados. 2.—El contramodelo liberal: beneficencia y ejercicio libre de la profesión. 3.—La reforma liberal. 3.1.—La preparación de la reforma asistencial: un debate polimorfo. 3.2.—Hacia un modelo dual de la asistencia médica: medicina para ricos y medicina para pobres. 3.3.—El debate en la letra de la ley: las reglamentaciones del ejercicio sanitario. 3.4.—La alternativa progresista: la reforma del sexenio. 4.—Epílogo: el marco de la Restauración. El movimiento corporativo de los médicos titulares. 5.—Conclusión.

## RESUMEN

Este trabajo aborda el estudio del proceso de organización de la asistencia médica extrahospitalaria en la España del siglo XIX. Hemos procurado contextualizar nuestras fuentes (prensa y monografías médicas y materiales legislativos) en el marco general del proceso de instalación rectora del liberalismo en España. La hipótesis central manejada ha sido la consideración del ejercicio médico como una profesión de servicio a la que como práctica oportunista se asocia la actividad mercantil. Frente al espejismo de la desregulación del «mercado», entrevisto tempranamente incluso por las élites profesionales, la acción tutelar del estado y la presión corporativa configuraron un espacio asistencial público y la propia vertebración de la profesión. Las sucesivas regulaciones del ejercicio médico reflejaron igualmente el antagonismo radical entre la ciudad y el campo. El modelo resultante fue híbrido en la medida en que compatibilizó los ejercicios público y privado en la práctica de los médicos asalariados.

---

Fecha de aceptación: 13 de diciembre de 1993.

(\*) Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Avda. de Madrid, 11. 18012 Granada (España).

DYNAMIS

*Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*. Vol. 14, 1994, pp. 269-304.

ISSN: 0211-9536

## INTRODUCCIÓN

Desde el campo de la sociología se ha señalado que la caracterización del ejercicio médico contemporáneo como una actividad mercantil es un elemento central de la ideología de la profesión médica, que presta auto-ridad, unidad de acción y resonancia pública a sus miembros (1). Dilatando esta perspectiva, la historia puede descifrar las raíces sociales de dicho componente ideológico, aclarando las tensiones dialécticas que generó su formulación en los diferentes contextos nacionales y, al par, los distintos ritmos temporales de su entronamiento en la profesión (2). Tal es el planteamiento general que dirige el presente trabajo, cuyo objeto específico es el estudio del proceso de organización del ejercicio médico no hospitalario (y, en paralelo, del de vertebración de las profesiones médicas) en la España del siglo XIX. Para afrontarlo nos hemos servido de los testimonios de los profesionales y publicistas contemporáneos (monografías y periodismo médico) y de las piezas legislativas publicadas sobre el particular, que hemos contextualizado en el marco general de las distintas coyunturas políticas que jalonaron el devenir de la sociedad española ochocentista. El enfoque elegido, que aspiraba a reflejar las cambiantes y diversas imágenes que de sí mismos tuvieron los profesionales y las que de ellos tuvieron las instancias administrativas que regularon su ejercicio, ha hecho viable nuestra renuncia a investigar el papel jugado por los usuarios, la tercera pieza de este proceso asistencial; la estimación de la demanda de atenciones médicas por parte de la población hubiera sobrepasado, además, los límites de la investigación. De otro lado, queremos subrayar el sentido lato —no sociológico— con que utilizamos la voz profesión, atento siempre a la diversidad de titulaciones que habilitaron para «profesar» la medicina y la cirugía.

En general, la escasa producción historiográfica española ha dado por buena la anterior caracterización del ejercicio médico y ha proyectado la

- 
- (1) Cfr. FREIDSON, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento*, Barcelona, ed. Península; asimismo, HILDRETH, M.L. (1987). *Doctors, Bureaucrats, and Public Health in France, 1888-1902*, New York, Garland Publishing, Inc, especialmente su capítulo introductorio, donde presenta un estado de la cuestión sobre este particular.
- (2) Cfr. los trabajos recopilados en el volumen colectivo, BURRAGE, M.; TORSTENDAHL, R. (eds.) (1990). *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, Londres, Sage Publications, 248 pp.

imagen «liberal» de la profesión como un resultado «natural» de la tardía incorporación de nuestro país al proceso de la revolución industrial, asociando el fenómeno de la profesionalización al proceso de formación y extensión del mercado libre (3). Por su parte, la historiografía médica, monopolizada en la práctica por los trabajos del profesor Albarracín Teulón, apenas ha trascendido la anterior clave «ideológica», al reconocer en buena medida como propios los argumentos esgrimidos por las élites profesionales (4). A nuestro juicio, estas interpretaciones han pasado por alto el fuerte componente híbrido del sistema asistencial español, donde los servicios públicos han alcanzado la mayor relevancia incluso con anterioridad a la constitución de los seguros sociales y el Estado del Bienestar. Desde esta perspectiva, la conformación de la función técnico-asistencial de las profesiones sanitarias ha de interpretarse como el resultado de la ampliación del campo de acción de la propia administración del Estado (5), proceso que en el caso español se realizó a expensas de los

- 
- (3) Cfr. CARASA SOTO, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, Secretariado de Publicaciones Universidad de Valladolid, pp. 175-176; VILLOTA VILLOTA, F. (1987). Un bosquejo del sistema sanitario español (1800-1987). *Moneda y Crédito*, n.º 183, 25-46. A esta condición LAFUENTE, A.; PUERTO SARMIENTO, J.; CALLEJA FOLGUERA, M.C. (1988). Los profesionales de la Sanidad tras su identidad en la Ilustración española. En: Sánchez Ron, J.M. (ed.), *Ciencia y sociedad en España: de la Ilustración a la Guerra Civil*, Madrid, Ediciones El Arquero/CSIC, pp. 71-92, (p. 72), han opuesto el papel desempeñado por la demanda social, un auténtico motor, según ellos, de la institucionalización de la actividad científico-técnica y de la profesionalización de las ocupaciones sanitarias a partir del periodo ilustrado. Nosotros discrepamos de esta opinión y ponemos el peso en el otro extremo de la balanza, en la regulación de la oferta de atenciones médicas.
- (4) Cfr. su trabajo, *La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX*, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 13, (1974), 133-204.
- (5) FREIDSON (1978), *op. cit.* en nota 1, ha subrayado el estímulo que la administración estatal ha ejercido sobre el desarrollo profesional, acotando y definiendo el campo de acción del monopolio médico. LABISCH, A. (1985). Doctors, workers and the scientific cosmology of the industrial world: The social construction of «Health» and the «Homo Hygienicus», *Journal of Contemporary History*, 20, 599-615, ha estudiado el proceso de constitución del monopolio médico y su transformación en administración pública. Por su parte, VII.LACORTA BAÑOS, F. (1989). *Profesionales y Burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX, 1890-1923*, Madrid, Siglo XXI, ha destacado el componente de apropiación particular de los servicios públicos por las corporaciones médicas, aunque ha pasado por alto las raíces decimonónicas de la imbricación entre Medicina y Estado en España.

municipios y en beneficio de los poderes médicos corporativos. En este punto, aceptamos la hipótesis marxiana que califica el antagonismo entre la ciudad y el campo como un fenómeno consustancial a la constitución del orden económico capitalista y que es aplicable, en consecuencia, al estudio de la configuración histórica de los dispositivos asistenciales públicos y al análisis del propio proceso de la profesionalización médica (6).

### 1. FUNDAMENTOS DEL DEBATE PROFESIONAL. LOS MODELOS ASISTENCIALES DE ANTIGUO RÉGIMEN

Como es sabido, en la España del Antiguo Régimen, la regulación de las ocupaciones sanitarias y la persecución del intrusismo corrió a cargo de distintas corporaciones médicas (7). En lo tocante a la práctica, la normativa interpuesta fue invariable en su contenido doctrinal: superados por los aspirantes los trámites que exigían las autoridades académicas y corporativas y acreditados debidamente ante los poderes judiciales y/o municipales de los lugares donde hubieran de residir, el ejercicio médico y quirúrgico era libre (8).

- 
- (6) MARX, K. (1984). La producción de la plusvalía relativa. En: *El Capital. Crítica de la Economía política*, 2ª ed. (esp.), 18ª reimp., vol. 1, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 250-422, (p. 286).
- (7) Una reconstrucción de la actividad y de la administración del Real Tribunal del Protomedicato se encuentra en IBORRA, P. (1885-86). *Memoria sobre la institución del Real Protomedicato*. [Repr. facsimilar por J. Riera, *Historia del Protomedicato en España (1477-1822)*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 1977]. Los cambios de planta general de la administración del ramo (alternancias sucesivas del Tribunal con las Juntas Superiores Gubernativas) pueden ser seguidas en CALLEJA FOLGUERA, M.C. (1988). *La reforma sanitaria en la España Ilustrada*, Madrid, Editorial de la Universidad Complutense de Madrid, 393 pp.; MUÑOZ GARRIDO, R. (1967). *Ejercicio legal de la Medicina en España*, Salamanca, ediciones del Seminario de Historia de la Medicina española; y BURKE, M.A. (1977). *The Royal College of San Carlos. Surgery and Spanish Medical Reform in the Late Eighteenth Century*, Durhan, Duke University Press, 215 pp.
- (8) Los requisitos exigidos variaron, no obstante, según la diferente titulación de los sanadores y en función de los cambios introducidos en la enseñanza de las distintas facultades. Cfr. el título XI del libro VIII de la *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el Señor Don Carlos IV* y las distintas Ordenanzas de los Colegios de Cirugía dictadas durante el periodo.

La práctica asalariada de tales ocupaciones fue, no obstante, general a lo largo de este mismo periodo (9). Nos referimos a la que configuraban los partidos médicos, las entidades formadas por asociaciones de vecinos de uno o más pueblos que, con la mediación de los ayuntamientos, autorizaban y contrataban, a la vez, el ejercicio de los sanadores (médicos o cirujanos titulares) en las localidades donde radicaban (10). Desde fechas tempranas, esta modalidad de ejercicio concitó distintas críticas y propuestas de reforma. La presentación de las mismas y la de las ordenaciones que propiciaron ocupará las siguientes páginas de nuestra exposición.

Para Vicente Crespo, médico titular de Brihuega (Guadalajara), en 1784, la causa principal de la degradación de la práctica de los médicos «colocados en los partidos» era la falta de autoridad de los mismos, consecutiva al «irregular modo de ser admitidos en los pueblos» y a la escasa remuneración conseguida por ese motivo (11). En su remedio articuló un plan de reforma que incluyó como puntos centrales la jerarquización de los partidos en categorías (con asignaciones de vecinos y dotaciones económicas específicas), a semejanza del régimen de curatos en la organización eclesiástica, el cambio del régimen de pago a los titulares (por cargas proporcionales según la riqueza territorial o por arbitrios sobre los abastos públicos, pero en ningún caso mediante repartimientos vecinales), la supervisión del ejercicio por las autoridades corporativas y el despacho de los

---

(9) Ello se desprende de la legislación referida en la nota anterior. Según afirmaba Mateo Seoane, en 1819, «la salud de los españoles» se hallaba «contratada por todas partes» en los «partidos»; los médicos sólo podían ejercer «libremente» en las capitales y en una proporción insignificante, puesto que incluso hasta allí llegaban «las contratas», SEOANE, M. (1984)a. Carta exponiendo las verdaderas causas de la decadencia de la medicina (1819). En: LÓPEZ PIÑERO, J.M. *Mateo Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 35-47, (p. 39).

(10) Cfr. ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, pp. 134-136.

(11) Al Excmo. Sr. Conde de Floridablanca Representa el Dr. Vicente Crespo Médico Titular de la Villa de Brihuega (30 de diciembre de 1784), 78 fols. En: Archivo General de Simancas, *Gracia y Justicia*, leg. 990. Cf. a este respecto, la denuncia de Benito Feijóo (*Teatro Crítico Universal*, tomo III, p. 358), acerca de que en ciertos lugares «por no poder dar a los médicos, sino muy corto salario, no podían tener sino aprendices, hasta que desasnados, si eran capaces de desasnar pasasen a otro partido mayor», tomado de SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1813). *Suplemento a los pensamientos sobre la enseñanza del arte de curar*. Barcelona, Oficina de Manuel Texeró, 247 pp., (p. 97).

títulos de la condición de «médico de tal pueblo» por la administración central (concretamente, por el Tribunal de la Real Sumillería de Corps) (12).

En línea con esta tradición, el médico madrileño Blas Llanos insistió, en 1816, en la necesaria jerarquización del ejercicio en los partidos, como paso subsiguiente a una primera reforma que confiara «la vida y la salud humana» al «celo y cuidado» exclusivo de los médicos y cirujanos (13). La dependencia «nefasta» de los facultativos de las autoridades locales, traducida en todo tipo de arbitrariedades, y la insuficiencia de sus honorarios, nada proporcionados a las penosas obligaciones contraídas (visitar diariamente a todos los enfermos en los pueblos de su conducta, en el caso de los médicos, y además, en el de los cirujanos, «los cargos de sangrar, afeitar y partear») hacían imperiosa la regulación de la medicina de partido. Como el médico de Brihuega, Llanos postuló la ruptura del vínculo administrativo municipal. A diferencia de aquél, sin embargo, prescribió la organización de juntas gubernativas provinciales que, compuestas por facultativos y divididas en secciones independientes para los tres ramos sanitarios (bajo la supervisión de las Juntas Superiores Gubernativas), formasen «escalas de conductas o partidos» y los dotasen y organizarasen (nombramientos, movilidad y despidos de los facultativos) convenientemente. Tal sistema extendería, además, el prestigio de los médicos entre la población.

Distinto fue el arreglo del ejercicio propuesto por el médico Francisco Salvá y Campillo en dos escritos publicados en 1812 y en 1813 (14). En ellos abogó por la jerarquización académica de los médicos (bachilleres,

---

(12) Esta propuesta de nacionalización del ejercicio médico guarda plena sintonía con la propugnada en Francia en la misma época (antes y después de la Revolución), cuya referencia más cercana era, igualmente, la organización del clero secular. Cfr. FOUCAULT, M. (1980). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, 7ª. ed., México, Siglo XXI, 293 pp., (p. 56).

(13) LLANOS, B. (1816). *Observaciones Médico-Políticas sobre la estimación, vicios y defectos que han tenido y tienen las profesiones y profesores del arte de curar. Por el licenciado D. ..., profesor de medicina de esta corte*, Madrid, Imp. que fue de Fuentenebro, 98 pp. (pp. 3-4). La competencia de los curanderos por el mismo espacio asistencial era, a su juicio, extraordinaria, pp. 25-44.

(14) SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos del Dr. ... sobre el arreglo de la enseñanza del arte de curar. Publícalos el Dr. Don Francisco Sanponts primer médico en jefe del primer ejército de S.M.C.*, Mallorca, Oficina de Antonio Brusí, 128 pp.; SALVÁ Y CAMPILLO (1813), *op. cit.* en nota 11.

licenciados y doctores), configurada por sucesivos exámenes y por los oportunos años de práctica, y por la subsiguiente clasificación de las poblaciones en categorías, en razón de los honorarios que en las mismas pudieran percibirse. Tal ordenación imitaba, como la que años atrás había propuesto el médico de Brihuega, la eclesiástica de obispados y curatos. En última instancia, su plan perseguía asegurar la asistencia médica en los núcleos rurales, concitando el apoyo financiero gubernamental, y potenciar «el libre ejercicio de la facultad en todo el reino». No en balde, adujo que la medicina y la cirugía en tanto «artes lucrosas» dirigirían a «los mejores y más experimentados facultativos» hacia las poblaciones de conveniencia, alejándolos «de las aldeas y lugares de tercer orden». Ello, además, ya era práctica común en algunas provincias.

Su referente más cercano eran, como el propio Salvá reconoció (15), las Ordenanzas del Colegio de Cirugía de Barcelona de 1764, que habían creado cuatro clases de cirujanos y regulado sus respectivos ejercicios en los distintos lugares del Principado de Cataluña (16). Los titulados de mayor rango académico, en tanto profesionales que habrían de ejercer un «Arte liberal y científico» estaban habilitados para desempeñar el ejercicio libre de la profesión en la totalidad del Reino. En cambio, los de menor rango sólo podrían establecerse en lugares o aldeas de menos de 200 vecinos, donde podrían contratar sus servicios con los pueblos.

Fueron, precisamente, las ordenanzas de los Colegios de Cirugía las que inspiraron la reforma legal emprendida por el cirujano de cámara de Fernando VII, Pedro Castelló, justo en la antesala del nuevo régimen. Por R.D. de 16 de junio de 1827 fue aprobado el *Reglamento para el régimen científico, económico e interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía y para el gobierno de los profesores que ejercen estas ciencias de curar en todo el Reino* (17). En su nombre, además de refundirse las Juntas Gubernativas

---

(15) Según SALVÁ Y CAMPILLO (1813), *op. cit.* en nota 11, p. 106, las disposiciones relativas a los médicos de menor graduación, coincidían con la regulación del ejercicio de los «oficiales de sanidad» franceses.

(16) *ESTATUTOS y Ordenanzas que S.M. manda observar a los Colegios, y Comunidades de Cirujanos, establecidos en Barcelona, Cádiz, y en todo el Principado de Cataluña, para la enseñanza de la Cirugía, exámenes de los profesores y su gobierno económico.* (1764). Barcelona, Tomás Piferrer, 106 pp., (pp. XLVII-XLVIII).

(17) El decreto y el reglamento estaban contenidos en la Real Cédula de 10 de diciembre de 1828. *Cfr.* MONLAU, P.F. (1862). *Elementos de Higiene Pública o arte de conservar*

de Medicina y Cirugía, se produjo la reunión de la enseñanza y del ejercicio de esas dos facultades en los poseedores del título de licenciado médico-cirujano y se creó la clase profesional de cirujano-sangrador, de menor rango académico. De otro lado, el Reglamento autorizó el libre ejercicio de la ciencia médico-quirúrgica por parte de los médico-cirujanos y reservó el ejercicio sanitario en los pueblos, en los que, según se argumentaba, difícilmente podría costearse el servicio de tales licenciados, y ni tan siquiera el de los médicos puros, para los cirujanos sangradores (18). Por su parte, el *Reglamento general para el régimen literario e interior de las Academias de Medicina y Cirugía del Reino* (dictado en 31 de agosto de 1830 y expedido por Real Cédula de 15 de enero de 1831), la segunda pieza legislativa de la reforma absolutista, reguló la provisión de las plazas en los partidos (19). A este fin, distinguió entre las de las poblaciones «importantes», a verificar mediante oposición, calificada y resuelta por las Academias, y las restantes, asignadas por los Ayuntamientos a partir de una terna formada de entre los pretendientes por la propia Junta Superior Gubernativa (20). Asimismo, desautorizó el despido de los titulares en sus destinos, salvo que mediara una «causa legalmente probada y oyendo antes a las Academias de distrito» cuando el motivo radicara en algún punto profesional (21).

---

*la salud de los pueblos*, 2ª ed., Madrid, Imprenta y Estereotip. M. Rivadeneyra, p. 1220. Acerca del Reglamento, *vid.*, asimismo, GRANJEL, L.S. (1972). Legislación sanitaria española del siglo XIX, *Cuad. Hist. Med. Esp.*, 11, 255-308, (pp. 258-262).

- (18) Estas dos nuevas titulaciones se añadieron a las que desde principios de siglo venían expidiendo los Colegios de Cirugía –Licenciado en Cirugía o Cirujano latino, Cirujano romancista, Sangrador y Partera o Matrona–, y a la de Bachiller en Medicina, otorgado por las Universidades. Cfr. ALBARRACÍN TEULÓN A. (1973). La titulación médica en España durante el siglo XIX, *Cuad. Hist. Med. Esp.*, 12, 15-79, (pp. 20-24) y PESET, M.; PESET, J.L. (1974). *La universidad española (siglos XVIII-XIX). Despotismo ilustrado y revolución liberal*, Madrid, Taurus ediciones, S.A., pp. 274-281.
- (19) Cfr. MONLAU (1862), *op. cit.* en nota 17, pp. 1157-1760; GRANJEL (1972), *op. cit.* en nota 17, pp. 261 y 293.
- (20) Las Academias ampliaron sus actividades más allá del cumplimiento de las funciones propiamente científicas y de asesoramiento que tuvieron en su organización original. Según ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, pp. 136-137, esta normativa fue repetidamente incumplida por los Ayuntamientos.
- (21) De otro lado, los Subdelegados de la Junta Superior Gubernativa (cuyo nombramiento había sido dispuesto por una R.O. de 2 de septiembre de 1816) pasaron a ejercer de agentes subsidiarios de las Academias de distrito en la vigilancia y represión del intrusismo.



Nacionalización del ejercicio y organización corporativa de la práctica asalariada, tales fueron las alternativas de Antiguo Régimen al sistema de partidos médicos. Ambas conjugaban la defensa a ultranza de la autonomía facultativa y el rechazo de la intervención municipal en la organización de la asistencia sanitaria. La jerarquización de las distintas clases facultativas y la práctica liberal (a la que habrían de encomendarse los médicos y cirujanos de mayor nivel) hallarían viabilidad técnica en la organización corporativa del espacio asistencial; no en balde, las distintas categorías profesionales habrían de distribuirse en un mapa asistencial diseñado en función del número de pobladores de las distintas localidades: Este tipo de propuestas y la propiamente liberal, de la que daremos cuenta en el siguiente apartado, conformaron la matriz sobre la que se articularon los debates profesionales durante la práctica totalidad de la centuria decimonónica.

## 2. EL CONTRAMODELO LIBERAL: BENEFICENCIA Y EJERCICIO LIBRE DE LA PROFESIÓN

Las opiniones vertidas por Mateo Seoane en su *Carta exponiendo las verdaderas causas de la decadencia de la medicina*, publicada en 1819, constituyen, como es sabido, la máxima expresión del liberalismo en materia de regulación del ejercicio médico (22). A juicio de este facultativo, el estado ruinoso de la asistencia médica en la época obedecía a la existencia generalizada de las «contratas» entre los sanadores y los ayuntamientos en los partidos. De hecho, según Seoane, todo en ese sistema estaba absolutamente viciado: tanto la forma de proveer las plazas (aun siendo en el mejor de los casos por oposición y con carácter indefinido) como el régimen de pago (honorarios, siempre insuficientes, cargados a los propios o a los arbitrios municipales, o, incluso peor, cubiertos por repartimientos vecinales) o las condiciones en que se prestaba la asistencia (que anulaba el estímulo necesario y el espíritu de emulación entre los facultativos) contribuían a la degradación de la formación y de la práctica médicas. La actividad de los médicos «libres» estaba asimismo constreñida, al no poder competir con aquellos otros que prestaban un servicio gratuito. En estas circunstancias, sólo el ejercicio libre de la profesión, franco de las interfe-

---

(22) SEOANE (1984)a, *op. cit.* en nota 9. ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, y LÓPEZ PIÑERO (1984) *op. cit.* en nota 9, pp. 10-12, han analizado su contenido.

rencias de las autoridades municipales, podría detener, según Seoane, «el envilecimiento de la Medicina y de los médicos». Su propuesta se completaba con la postulación de la hospitalidad domiciliaria para la asistencia de los pobres, de cuya organización marginaba a los Ayuntamientos, puesto que —concluía— «si los ricos quieren profesores» habrán de pagarlos de su peculio.

Las propuestas de Seoane fueron recogidas, en parte, en el articulado del fallido *Proyecto de código sanitario para la Monarquía española*, formado, en 1822, por una comisión de salud pública de las Cortes de la que él mismo fue miembro (23). El Proyecto contenía importantes novedades respecto a las regulaciones ilustradas: concretamente, la postulación del ejercicio libre de la medicina en la totalidad del territorio nacional, con la derogación de «todos los privilegios en contrario» (art. 371), y la regulación del ejercicio médico-quirúrgico en las modalidades de igualas y con cargo a los fondos públicos. A estos efectos, aprobaba la realización de contratos entre los facultativos y las personas «particulares», sin mediaciones administrativas, y facultaba a los Ayuntamientos para que instalaran la hospitalidad domiciliaria, acudiendo a los fondos de beneficencia, como estipulaba la ley del ramo publicada en ese mismo año (24), a los fondos de propios e, incluso, en previsión del agotamiento de los anteriores, a los arbitrios municipales (arts. 382 a 384).

---

(23) *PROYECTO de código sanitario para la Monarquía española*. (1984). En: LÓPEZ PIÑERO (1984), *op. cit.* en nota 9, pp. 49-122. Previamente, las Cortes habían desechado un *PROYECTO de ley orgánica de sanidad pública de la Monarquía española, formado por la comisión nombrada en real orden de 20 de junio de 1820, con arreglo al decreto del Rey de 14 del mismo mes y año*. (1822). Madrid, Imprenta de Alban y Compañía, que en su título V, dedicado a las *Reglas político-médicas para el ejercicio del arte de curar*, incluyó puntos relativos al monopolio de las prácticas curativas por los facultativos titulados, a las condiciones legales para el ejercicio libre de la profesión (presentación de los títulos en los Ayuntamientos donde hubieran de ejercer) y a la persecución por las autoridades municipales y provinciales del intrusismo de los curanderos y charlatanes.

(24) La ley de beneficencia había dispuesto la instalación de la hospitalidad domiciliaria en todos los pueblos de la nación y el nombramiento de sus facultativos por las juntas de beneficencia, parroquiales o municipales, las entidades encargadas de administrarla, *vid.*, Ley de Beneficencia decretada por las Cortes extraordinarias el 27 de diciembre de 1821. En: Archivo Municipal de Écija, *Expediente sobre establecimiento de Juntas de Beneficencia*, leg. 696.

Rechazadas por las Cortes las regulaciones «sanitarias» del ejercicio médico, la primera normativa contemporánea de alcance general que abordó esta cuestión apareció en una ley municipal, en la también fallida (por mor de la inminente reacción absolutista) *Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias* de 3 de febrero de 1823. Como en el caso precedente, la Instrucción protegía el ejercicio libre de la medicina, autorizando, además, la inhibición municipal en la formación de contratas que implicaran la asistencia de todo el vecindario, y negándole a los Ayuntamientos la posibilidad de exigir a sus administrados la suscripción de igualas y la participación en repartimientos. Asimismo requería de las municipalidades la cobertura de la asistencia de los enfermos pobres, mediante la contratación de facultativos con cargo a los fondos públicos (cuando no fuera posible la movilización de los benéficos), y aprobaba la inclusión de dichos gastos en los presupuestos municipales (25).

La doble postulación de la beneficencia y del ejercicio libre constituye la quintaesencia del liberalismo en materia de organización de la asistencia médica. De la abolición de los partidos y de la instalación correlativa de la hospitalidad domiciliaria habría de derivarse, necesariamente, la apertura del espacio asistencial para el ejercicio libre de la medicina. Tal fue, de hecho, la lectura que de la *Instrucción* realizó *Décadas de Medicina y Cirugía Prácticas* (tomo IX, 1823), que acogió favorablemente sus dictados (26). La reforma habría de plantearse, sin embargo, sin menoscabo de la autonomía de los Ayuntamientos para la contratación de los facultativos que asistieran a los pobres residentes en sus municipios, lo que en adelante sí sería contestado por la práctica totalidad de los medios y corporaciones profesionales.

- (25) Cfr. ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, pp. 135-137; asimismo, FACULTATIVOS de partido (Sobre los). (1835), *B.M.C.F.*, 2, 293-294, 328-332, 365-367, (p. 293), que reconoció la íntima conexión de los artículos de la Instrucción con los postulados de Mateo Seoane; y TRISTE situación de los médicos, cirujanos y boticarios de partido. Esfuerzos hechos para remediarla. (1843), *B.M.C.F.*, 4, (2ª serie), 17-20, (p. 19).
- (26) El dictamen de *Décadas* se recoge en FACULTATIVOS de partido (Sobre los). (1835), *op. cit.* en nota anterior.

### 3. LA REFORMA LIBERAL

#### 3.1. *La preparación de la reforma asistencial: un debate polimorfo*

En los momentos coincidentes con la quiebra del Antiguo Régimen, la regulación de la práctica asalariada de las ocupaciones médicas constituyó el motivo principal de discusión en los medios profesionales. El debate fue impulsado, además, por la propia autoridad gubernativa, que por R.D. de 1.º de noviembre de 1835 creó una comisión con el encargo de proponer las reformas necesarias de los reglamentos vigentes sobre salud pública y enseñanza y ejercicio médicos (27). La comisión inició sus trabajos remitiendo un interrogatorio a las corporaciones facultativas del país (Universidades, Academias y Colegios) en el que las cuestiones relativas al ejercicio asalariado de la medicina, que la propia comisión consideraba el de «la gran mayoría de los Profesores españoles», ocupaban un lugar central (28). Nosotros hemos recogido las respuestas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid, del claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y de la Junta de catedráticos del Real Colegio de Medicina y Cirugía de Barcelona (29).

- 
- (27) Entre los comisionados figuraron Juan Castelló y Roca, catedrático del Real Colegio de San Carlos de Madrid, y Mateo Seoane, en esas fechas, vocal de la Junta Suprema de Sanidad, como máximos portavoces, según el *Boletín de Medicina*, de los defensores del orden vigente y de los abanderados de las reformas, respectivamente, *vid.*, REAL decreto nombrando una comisión para proponer las reformas interesantes a la Facultad. (1835), *B.M.C.F.*, 2, p. 512.
- (28) El Interrogatorio se recoge íntegramente en REORGANIZACIÓN Médica en España. (1835), *B.M.C.F.*, 2, 505-508. *Cf.* asimismo, SOBRE la contribución a los profesores de la ciencia de curar. (1834), *B.M.C.F.*, 1, 188-190, 196-198, 204-205, 212-214, 219-221 (p. 221); SEOANE, M. (1984)b. Discurso preliminar sobre la reorganización de las profesiones médicas (1834). En: LÓPEZ PIÑERO (1984), *op. cit.* en nota 22, pp. 161-174, (p. 166). La comisión fue disuelta en junio de 1836, REORGANIZACIÓN médica. (1837), *B.M.C.F.*, 4, 342-343.
- (29) INFORME de la comisión de partidos. Academia de Medicina y Cirujía (*sic*) de Madrid. (1837), *B.M.C.F.*, 4, 223-227; CAMPESINO, M.; SANGRADOR ORTEGA, B.; GONZÁLEZ, G. (1836). Real Universidad de Valladolid. Contestación de la Facultad de Medicina al interrogatorio formado por la comisión nombrada por S.M. para modificar los reglamentos del arte de curar, y comunicado a esta universidad por la dirección general de Estudios, *B.M.C.F.*, 3, 331-333; CONTESTACIÓN que da unánimemente la junta de catedráticos del Real colegio de Medicina y Cirujía (*sic*) de la presente ciudad de Barcelona a las nueve preguntas que se ha servido dirigirnos

En su informe, redactado por Blas Llanos, la Academia madrileña criticó el régimen imperante en la organización de los partidos (sobre todo, las ilimitadas atribuciones de los Ayuntamientos para la contratación y despido de los facultativos), aunque sin cuestionar el sistema en sí. La propuesta de reforma, coincidente en buena medida con la que su redactor había presentado veinte años atrás, planteó la organización del espacio profesional por parte de las corporaciones médico-quirúrgicas, de consuno con las diputaciones provinciales, a partir de tres puntos de apoyo: clasificación de los partidos existentes, fijación de las dotaciones correspondientes a cada tipo y formación de un sistema para la selección y promoción de los facultativos. De otro lado, la intervención de los Gobiernos Civiles y los Ayuntamientos en la organización del dispositivo asistencial (habrían de vigilar el cumplimiento de las contrataciones) garantizaría la estabilidad y promoción de los facultativos sin poner barreras al libre ejercicio de la medicina. No era ajeno a la reorganización propuesta por la Academia el intento de mejorar el prestigio de los médicos entre la población, a sabiendas del protagonismo ejercido en los pueblos, y consentido por sus autoridades, por todo tipo de «inmorales charlatanes, curanderos e intrusos». En cuanto a la provisión de la asistencia a los enfermos pobres, la Academia no preveía otras medidas que las conocidas en la fecha, las hospitalidades «domiciliaria y pública», aun cuando estimó imposible la extensión de la primera de ellas, dada la penuria de las haciendas locales.

El Claustro de la Facultad de Medicina de Valladolid también abogó en su contestación por el mantenimiento del sistema de partidos: no era el caso por ahora de prohibir tales contrataciones —se argumentaba—, pues si se dejara «a los pueblos en libertad para admitir o no facultativos, muchos no los tendrían abandonándose al fatalismo de la suerte». El sistema habría de admitir, no obstante, una reforma substancial; sobre todo en lo concerniente a la intervención de un cuerpo facultativo que regulara las obligaciones establecidas en los contratos y entendiera de los nombramientos, de los escalafones y de los despidos. De otro lado, los Ayuntamientos habrían de estar facultados para obligar al vecindario a cubrir en proporción a sus fortunas la asistencia de los enfermos pobres, y, en caso de no aceptarse tal contribución, para establecer la hospitalidad domiciliaria, «echando mano de los fondos de todas las fundaciones piadosas».

---

la comisión para modificar los reglamentos del arte de curar, por conducto de la Real junta superior gubernativa de Medicina y Cirujía. (1836), *B.M.C.F.*, 3, 354-356.

En claro contraste con las corporaciones anteriores, la Junta de catedráticos del Colegio de Medicina y Cirugía de Barcelona estimó que las condiciones de las «contratas» de los titulados en los pueblos, fuera cual fuere la instancia pagadora, ayuntamientos o vecinos, habrían de convenirse «con entera libertad entre las dos partes contratantes». No sería óbice para el planteamiento de dicha reforma —aducían los catedráticos— alegar que podría provocar la desasistencia de los enfermos pobres, toda vez que los facultativos tenían «hecho juramento» de visitarlos gratis.

El sistema de partidos gozó, no obstante, de un crédito notable entre los prácticos de menor nivel académico, quienes, aun censurando las condiciones usuales en que se planteaba, consideraron perjudicial para sus intereses la medida radical de su abolición (30). La redacción del *Boletín de Medicina* expresó con claridad el argumento básico que amparaba estas proclamas:

«[...] la inmensa mayoría de la población de España se compone de proletarios, acostumbrados a tener facultativo gratis, o a pasarse sin él (...) que cree mejor en las mentidas promesas de los charlatanes, que en la prudente y filosófica reserva de los profesores» (31).

En este contexto, se vindicó la reforma del sistema sobre una base común: la intervención de las Academias médico-quirúrgicas en su organización, en plena coincidencia, aunque sin nombrarlo, con el mandato del Reglamento de Academias de 1831 (32), y la habilitación de los mecanismos necesarios para su financiación (inclusión de las dotaciones en los presupuestos municipales, realización de repartimientos vecinales o, finalmente, en el caso de que faltase la aportación municipal, la contribución de la hacienda estatal) (33).

(30) Véanse las colaboraciones aparecidas en el *Boletín de Medicina* durante los años 1835 y 1836. Este medio asumió la defensa de los intereses de los médicos y cirujanos puros, ALBARRACÍN TEULÓN (1973), *op. cit.* en nota 18, p. 25.

(31) En nota final al artículo REFLEXIONES sobre los partidos (1835), *B.M.C.F.*, 2, 546-548, (p. 548).

(32) Cf. GONZÁLEZ SÁMANO, M. (1835). Sobre los profesores de partido y modo de mejorar su actual estado, *B.M.C.F.*, 2, 450-451; PARTIDOS (Sobre los) (1835), *B.M.C.F.*, 2, 471-474; REFLEXIONES sobre los partidos (1835), *op. cit.* en nota anterior, y VENTAJAS y perjuicios de los partidos de médicos en los pueblos. (1835), *B.M.C.F.*, 2, 498.

(33) PARTIDOS (Sobre los) (1835), *op. cit.* en nota anterior, p. 473; IBÁÑEZ, P. *et al.*

Hubo, sin embargo, quien postuló la estatalización de la asistencia médica. Tal fue el sentido en que se expresó el catedrático José Antonio Piquer en una memoria publicada en 1836 y concebida como respuesta al interrogatorio de la Comisión anteriormente mencionado (34). Para este médico, los males del ejercicio en los partidos derivaban del carácter defectuoso de la legislación vigente «que no considerando a los médicos como funcionarios públicos», los abandonaba a una «suerte precaria». De hecho, la desventura de los «profesores» obedecía a su extrema dependencia económica y social del pueblo llano, en cuyo descargo postuló «asalarar» a todos los facultativos que necesitase la «nación», sin reparar en distinguos entre atenciones para los pobres y para los ricos. En su opinión, la intervención gubernamental no habría de detenerse ante los derechos de libertad y propiedad que pudieran amparar la libre elección de facultativo, ya que el Estado había hecho caso omiso de los mismos al procurar los servicios eclesiástico y jurídico y las administraciones civil y militar aun cuando las cargas económicas que los financiaban provinieran del conjunto de la población (35). Era, precisamente, en la creación de una contribución general de salud, donde Piquer hacía radicar el éxito de su reforma: su recurso aseguraría la asistencia médica a los pobres, que a despecho de la dispensada en los «odiosos y en lo general malos hospitales», era prácticamente inexistente en los grandes núcleos de población. La postulación como competencia del gobierno, con el auxilio de las corporaciones facultativas, del diseño y puesta a punto del dispositivo asistencial (aprobación, nombramiento, destino y distribución de los facultativos, y dotación y escalafón de las diferentes plazas) completaba la reforma. Se trataba, concluía Piquer, «de aplicar los conocimientos de una ciencia al servicio del público».

Esta diversidad de estrategias de defensa de la «profesión» es un fiel reflejo de la pluralidad de titulaciones y de intereses facultativos existentes

---

(1836). Sobre los partidos, por trece profesores de Navarra, *B.M.C.F.*, 3, 138; NUEVAS reflexiones sobre los partidos [G.G.] (1836), *B.M.C.F.*, 3, 138-141.

(34) PIQUER, J. A. (1836). *Bosquejo del estado del arte de curar y de sus profesores en España, y proyecto de un plan para su jeneral (sic) reforma*, Valencia, Imp. de J.B. Gimeno, 206 pp.

(35) Cf. asimismo, BLÁZQUEZ, A.; TRESO, R. (1836). Contestación de ... al interrogatorio de la comisión Regia encargada de la reforma de la ciencia de curar, *B.M.C.F.*, 3, 261-264, quienes imponían a los pueblos la figura del empleado gubernamental, el *cura corporum* en este caso, equivalente al *cura animorum* o al juez.

en la época. No parece, por tanto, que las propuestas *mercantiles* de desregulación del ejercicio médico surgidas al amparo de la revolución liberal concernieran sino a las capas más elevadas de la profesión. Las proclamas de estas élites sustentaban un discurso de clase que en nada correspondía a los sectores populares, mayoritarios en las mismas profesiones, dependientes desde antiguo de los Ayuntamientos y defensores de una reforma del sistema que no cortara la vinculación con las administraciones públicas.

### 3.2. *Hacia un modelo dual de asistencia médica: medicina para ricos y medicina para pobres*

Pese a la profusión de planes de reforma y a la viveza del debate profesional, la regulación del ejercicio médico no fue, en opinión de los interesados, un asunto de interés prioritario para las primeras administraciones liberales (36).

En estas décadas centrales de la centuria, todavía comprometida la viabilidad del régimen liberal, apreciamos un cambio de perspectiva en el planteamiento general del problema asistencial por parte de los profesionales. Ese nuevo posicionamiento guarda relación con lo que Mariano Delgrás llamó «la importancia política y social del médico», cuestión que vino a resumir en el siguiente axioma:

«[...] si la sociedad humana ha de llegar al grado de perfección a que está destinada sin duda, es indispensable que sea dirigida por los médicos o que los encargados de gobernarla conozcan las ciencias médicas y no de una manera superficial» (37).

Con este tipo de proclamas se anunciaba la completa sintonía de las profesiones médicas con los ideales de la revolución burguesa y la disponibilidad de las mismas para contribuir a su afianzamiento social (38).

---

(36) Cf. INSTITUTO Médico de Emulación. Extracto del acta de la sesión celebrada por la junta general de 17 de febrero. Presidencia del Señor Seoane. Discusión sobre reorganización médica. (1842-43), *A.I.M.E.*, 1, 283.

(37) DELGRÁS, M. (1840). Sobre la importancia política y social del médico [Discurso que, en la primera junta de la tercera sección del Instituto Médico Español celebrada el 17 de noviembre leyó su director], *B.M.C.F.*, 1 (2ª serie), 261-262.

(38) Esa misma afinidad política fue subrayada por GONZÁLEZ Y ESTEBAN, L. (1841).



La virtualidad del nuevo clima político resulta patente en el propio Mateo Seoane, quien en abierta contradicción con lo expresado unos años atrás urgió, en 1843, una reglamentación especial para el ejercicio de la medicina (39). La «importancia» de las funciones a desempeñar por los médicos «en el Estado» y la necesaria prevención gubernamental de los frecuentes «abusos» a que se hallaban sometidas la hacían «absolutamente indispensable».

Por otra parte, la promoción social de los profesionales corría pareja con la imposición de la salud como un bien público: como reconocía, en 1841, Tomás Santero, redactor del *Semanario de Medicina*, en el planteamiento de los cambios no habría de ignorarse el hecho de que los pueblos prefirieran

«[...] confiar su menospreciable vida a un ignorante cualquiera, a sufragar el preciso gasto con que mantener con el debido decoro a un médico que los salve de los funestos embates de una maligna enfermedad» (40).

En líneas generales, las nuevas propuestas de reforma del ejercicio médico estuvieron trufadas de argumentos que primaban la defensa de los intereses corporativos de las capas altas de la profesión frente a los de las subalternas y frente a las necesidades asistenciales de la población. La preparación de la reforma de los estudios médicos acometida en estos años ilustra sobre este particular. La comisión oficial formada en 1841 con ese encargo planteó en una exposición dirigida a la Dirección general de

---

*Proyecto de un reglamento o bases generales en que debe fundarse la reforma de la medicina, precedido de una breve reseña del mal estado en que se hallan los médicos en España, y de las causas que lo han producido*, Coruña, Imp. de F. Arza, 46 pp., (p. 14), quien afirmaba con rotundidad que «todo el mundo sabe que la clase médica es la que más ha contribuido a desterrar los abusos y las preocupaciones, y a instalar y propagar la libertad en España y fuera de ella».

- (39) REPRESENTACIÓN del Instituto Médico de Emulación a S.A.S. el Regente del Reino sobre la necesidad urgentísima de reorganizar inmediatamente la enseñanza y ejercicio de las profesiones médicas. (1842-43), *A.I.M.E.*, 1, 306.
- (40) SANTERO, T. (1841). Médicos de Partido, *Sem. Med.*, 1, 177-179, 189-191, 197-200, (p. 189). *Vid.*, asimismo, DELGRÁS, M. (1841). Consultas públicas gratuitas para pobres, *B.M.C.F.*, 2, (2ª serie), 284, quien destacó la doble utilidad de este tipo de consultas «humanitarias», como instrumento de lucha contra la «truhanería de los charlatanes» y como medio para adquirir la necesaria reputación profesional.

Estudios la diferenciación entre los dos tipos de asistencia médica que habrían de potenciarse en los núcleos rurales y en los núcleos urbanos y la creación, en correspondencia, de dos clases de profesionales con instrucción diferenciada que se desempeñaran en ambos tipos de situaciones (41). Este dictamen fue acogido favorablemente por el *Boletín de Medicina* y por el *Semanario* y concitó el rechazo del *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, que achacó a la Comisión no haber consultado «la opinión de las corporaciones médicas de origen popular» (42). Por su parte, *Anales del Instituto Médico de Emulación*, el periódico continuador de la línea editorial del desaparecido *Semanario*, justificó, en 1843, las bases de la reforma, contraponiendo las necesidades del «servicio público» a los «intereses materiales de los profesores», los cuales, mayoritariamente, venían propugnando la existencia de una sola clase de centros de enseñanza y de una sola clase de facultativos (43). A juicio de este medio, representante de los sectores profesionales de mayor rango académico, la conveniencia de consagrar una medicina para los ricos, con sus respectivos facultativos, y otra para los pobres, de beneficencia, con los suyos, estaba justificada por la «imposibilidad» de que los médicos de mayor instrucción trataran a los pacientes pobres y se asentaran en los núcleos rurales. Tal división era una «consecuencia precisa de la desigualdad de fortunas», a cuyos «efectos naturales» nunca podría poner coto la legislación (44).

Las posturas contrarias al proyecto de la mencionada comisión, que según Joaquín Hysern, uno de sus miembros, alumbró sin apenas modificaciones el plan de enseñanza médica del Gobierno provisional de 1843 (Decreto de 10 de octubre), pueden ejemplificarse en la argumentación del Claustro de la Universidad de Valencia. Esta corporación consideró «especiosas» las razones favorables a la jerarquización profesional en su contraste con otras, humanitarias, que destacaban la igualdad de los seres humanos ante la enfermedad y el «derecho» que les asistía para

- 
- (41) EXPOSICIÓN dirigida por la comisión encargada del arreglo de la facultad a la dirección general de estudios. (1841), *Sem. Med.*, 1, 264-266, 272-274. Formaron parte de la misma Celestino Olózaga, Mateo Seoane, Joaquín Hysern y Mariano Lorente.
- (42) BOLETÍN del Instituto Médico Valenciano contra el Proyecto de plan de enseñanza médica (El). (1843), *A.I.M.E.*, 2, 81-91.
- (43) REORGANIZACIÓN Médica. (1843), *A.I.M.E.*, 2, 138-148, 189-203. La propia comisión para el arreglo de los estudios médicos había reconocido este hecho, *cf.*, EXPOSICIÓN ... (1841), *op. cit.* en nota 41.
- (44) REORGANIZACIÓN ... (1843), *op. cit.* en nota anterior, pp. 196-197.

«reclamar de los facultativos los auxilios del arte para recobrar la salud perdida» (45).

Las opciones asistenciales extremas fueron, sin embargo, rechazadas por las redacciones de los medios profesionales. En 1841, el *Semanario de Medicina* adujo contra el ejercicio libre como «exclusiva» salida profesional su imposible puesta en práctica, dada la falta de educación de las masas populares (el «vulgo ignorante» se dejaría morir «por no pagar médico») y el excesivo número de facultativos existentes en el país (46). Si acaso se implantase «la libertad de servicio en los pueblos» —concluía el citado medio—, «perecerían por inanición la mayor parte de los profesores». Por su parte, la redacción de *Anales del Instituto Médico de Emulación* descartó la nacionalización de la asistencia —la conversión de los médicos de partido en empleados del gobierno— como remedio de las penurias del ejercicio médico rural (47). No en balde, este medio era portavoz del Instituto Médico de Emulación, una corporación comprometida con la defensa de los intereses de los médicos españoles, en tanto prácticos de una profesión «verdaderamente liberal» (48).

Salvando las anteriores discrepancias, reflejo de la diversidad de clases facultativas, hubo acuerdo general sobre un punto básico de la reforma de los partidos, nivelador de las distintas posiciones de partida: ésta debía modificar el sistema vigente en la contratación de los titulares, para lo que

- 
- (45) Tomado de HYSERN Y MOLLEJAS, J. (1843-44). Consideraciones generales y comparativas sobre el nuevo plan de estudios de las Ciencias médicas y el proyecto de la Comisión de reforma de estos estudios, presentado al gobierno después de dos años y medio de trabajos y discusiones científicas, *A.I.M.E.*, 1ª serie, pp. 47-48.
- (46) COMUNICADO. (1841), *Sem. Méd.*, 1, 98-99. Hubo, no obstante defensores a ultranza de la exclusividad del ejercicio libre, cf. por ejemplo, la opinión de Juan Fourquet en INSTITUTO Médico de Emulación. Sesión general del 3 de octubre de 1844. (1843-44), *A.I.M.E.*, 1ª serie, p. 398; la de RODRÍGUEZ VILLARGOITIA, J. (1843-44), en dos artículos publicados por *A.I.M.E.*, Reorganización médica, 252-253, y Los partidos, 262-263; y la de TERCERO, B. (1843) en sendos artículos publicados en *B.M.C.F.*, 4, (2ª serie), 81-86 y 305-308.
- (47) REORGANIZACIÓN Médica. (1843). *A.I.M.E.*, 2, 77-80.
- (48) ANALES del Instituto Médico de Emulación. (1842), *Sem. Méd.*, 2, 537-541, (p. 541). Sobre el asociacionismo médico durante el siglo XIX, *vid.*, ALBARRACÍN TEULÓN, A. (1971). Las Asociaciones Médicas en España durante el siglo XIX, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 10, 119-186.

se demandaba la intervención de las Academias médico-quirúrgicas, según lo estipulado en el Reglamento de Academias de 1831 (49).

Las bases para la reforma se perfilaron, precisamente, sobre principios que reunían una similar aquiescencia. El *Boletín de Medicina*, por pluma de Méndez Alvaro, publicó dos editoriales, en 1848, que reflejan este espíritu conciliador y que constituyen el antecedente inmediato del reglamento de partidos de 1854 (50). En la primera de ellas, el mencionado redactor fijó las premisas de la reorganización médica a partir del rechazo de la consideración del ejercicio de las profesiones médicas como el de una «industria cualquiera». Tales fueron las siguientes: a). Intervención del Estado en la organización de la asistencia médica; b). Atención facultativa completa, gratuita y universal para los pobres, y c). Protección del ejercicio libre de la profesión. En la segunda editorial Méndez Alvaro defendió la necesidad de los partidos desde una perspectiva netamente corporativa: a su juicio, el ejercicio libre no se autorregulaba convenientemente en el juego de la oferta y la demanda y fomentaba el desarrollo del intrusismo al estimular la competencia entre los sanadores; en su modalidad de contratas abiertas, tampoco mejoraba la suerte de los facultativos. Para Méndez, incluso en las circunstancias de la época, los partidos médicos eran «preferibles al libre ejercicio de la profesión en los pueblos», pues aunque los titulares permanecían allí oprimidos, nada esclavizaba tanto como el «hambre». En razón de la estabilidad y de la seguridad de las retribuciones en los partidos —concluía Méndez Alvaro—, el buen «servicio público» se adecuaba «con el bienestar de las clases facultativas». Por su parte, *El Siglo* y la *Gaceta Médica* propugnaron un arreglo de los partidos a partir de las mismas líneas maestras (51).

Los límites conceptuales de la reforma quedaron firmemente establecidos en los años centrales de la centuria: los facultativos sólo habrían de asalariarse para atender las necesidades de los enfermos pobres en los

(49) Cfr. SANTERO (1841), *op. cit.* en nota 40, pp. 177 y 189-190; GONZÁLEZ ESTEBAN (1841), *op. cit.* en nota 38, pp. 26-33.

(50) ARREGLO de partidos. (1848), *B.M.C.F.*, 3, (3ª serie), 129-130; PRO y contra de los partidos. (1848), *B.M.C.F.*, 3, (3ª serie), 145-147.

(51) Cfr. INSTALACIÓN del Comité para promover el arreglo de partidos. (1854), *Sig. Méd.*, 1, 12-13; CALVO Y MARTÍN, J. (1854). Honorarios del médico, *Sig. Méd.*, 1, 20 y LUCIA, C. (1854). La clase médica y la sociedad, *Sig. Méd.*, 1, 60-61; MEDICINA española (La) (1852) *Gac. Méd.*, 8, 1-2.

núcleos rurales. De hecho, las primeras proclamas liberales desreguladoras del ejercicio médico habían dado paso a las llamadas al cierre de filas corporativo. Los elogios a la *Instrucción* municipal de 1823 (52), restaurada en 1836, se transmutaron en otros dedicados al Reglamento de Academias de 1831. He aquí el sempiterno motivo de tensión política, presidiendo el ya por tantas razones conflictivo arreglo del ejercicio médico: la apuesta corporativa por la sustracción de la autonomía municipal en la contratación y despido de los facultativos en los partidos. Tal exigencia, un auténtico *tour de force* contra uno de los principios fundamentales del primer liberalismo (53), ocupará el lugar central en los enunciados asistenciales de los profesionales durante el resto de la centuria.

### 3.3. *El debate en la letra de la ley: las reglamentaciones del ejercicio sanitario*

La falta de producción legislativa en materia de organización del ejercicio médico transcurridos los primeros veinte años de instalación de la burguesía en el poder contrasta con la abundante realización posterior. En tan sólo dos décadas, se publicaron cinco reglamentaciones de la medicina de partido (54).

Concebida y redactada por Francisco Méndez Alvaro y avalada ante las altas instancias gubernativas por Mateo Seoane, la primera regulación contemporánea del ejercicio médico rural (R.D. de 5 de abril de 1854) incluyó los principios que habían ido madurando en los años anteriores (55). Concretamente, el Reglamento impuso la dotación de

---

(52) En 1835, el *Boletín de Medicina* juzgó favorablemente los dictados de la *Instrucción* y solicitó su restauración, *vid.*, FACULTATIVOS de partido ... (1835), *op. cit.* en nota 25, p. 366. Un año antes, SEOANE (1984)b, *op. cit.* en nota 28, había propuesto el restablecimiento de esa misma ley.

(53) La Junta Suprema de Sanidad admitió no sin pesar, en 1843, que los Ayuntamientos se mostraban reacios a acatar el antedicho Reglamento, sobre todo, desde que «se acrecentó su poder con el desarrollo de las instituciones liberales», a partir del restablecimiento de la ley para el gobierno económico-político de las provincias, TRISTE situación ... (1843), *op. cit.* en nota 25.

(54) ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, ha estudiado con detalle el conjunto de los reglamentos publicados, utilizando como referente casi exclusivo del debate profesional las colaboraciones aparecidas en *El Siglo Médico*.

(55) El Real Decreto puede consultarse en ARREGLO de los Partidos Médicos (1854),

plazas de facultativos titulares «para la asistencia de los pobres» a todos los municipios de la península y amparó «el libre ejercicio de las profesiones médicas en las mismas poblaciones» (arts. 1 y 2). A tal fin clasificó los partidos en dos categorías, según incluyeran o no la asistencia de la totalidad del vecindario (de segunda y de primera clase, respectivamente), y obligó a los municipios de más de 1.500 vecinos a formar partidos de primera clase (cerrados, para la asistencia gratuita de los enfermos pobres exclusivamente); las poblaciones que no contasen con ese vecindario podían optar libremente por cualquiera de las dos modalidades asistenciales (arts. 3 y 4). No obstante, en uno y otro caso los médicos titulares podrían formar igualas con los vecinos pudientes. Asimismo, se dispuso la elección de los titulares por los Ayuntamientos de entre ternas de aspirantes formadas por las Juntas Provinciales de Sanidad con arreglo a un detallado escalafón (arts. 12 a 21) y la intervención de los Gobernadores provinciales en la resolución de los expedientes promovidos por los alcaldes o los subdelegados de sanidad para la separación de los titulares de sus puestos (art. 41). Por lo demás, estableció un minucioso sistema de tarifas (en razón del vecindario y de la riqueza de los partidos) para el pago de los facultativos (arts. 28 a 34), a satisfacer por los Ayuntamientos con cargo a los propios o a los arbitrios municipales, o mediante repartimientos vecinales (arts. 36 y 37).

Aunque con retraso, el sistema de partidos se asimiló, finalmente, con las administraciones surgidas del régimen moderado de 1845. La ley municipal de 8 de enero de ese año había colocado los ayuntamientos y las diputaciones bajo la dirección inmediata de los delegados gubernamentales; la ordenación del ejercicio médico en los pueblos no se sustrajo de la inclinación centralista y homogeneizadora del liberalismo doctrinario (56).

---

*Crón. Hosp.*, 2 (Supl. al n.º 7), 1-15. Eminentes personalidades médicas (Pedro Mata, Nieto Serrano, Santero, Gutiérrez de la Vega y el propio Méndez Alvaro, entre otros) habían formado en Madrid, a principios de 1854, un *Comité Central para el arreglo de los partidos* con la finalidad de gestionar ante el gobierno el pronto despacho del expediente de arreglo de partidos, *VARIEDADES* (1854), *Crón. Hosp.*, 2, 29-31.

- (56) Con la creación de la Dirección General de Beneficencia, Corrección y Sanidad, dependiente del Ministerio de la Gobernación (R.D. de 17 de marzo de 1847), la planta de la administración del ramo sanitario se había dotado de un estructura jerarquizada territorialmente: las juntas de sanidad, las academias médico-quirúrgicas y los subdelegados de medicina y cirugía pasaron a depender de los jefes políticos y, en su caso de los alcaldes, *cf.* MONLAU (1862), *op. cit.* en nota 17, pp. 1136-1146, 1454-1458, 1478-1488 y 1510-1519.

No sorprende, por tanto, que el reglamento concitara el rechazo del periódico progresista *El Clamor Público* que lo consideró perjudicial para los intereses de los municipios y excesivamente costoso en su aplicación (57). Contrariamente, el reglamento gozó del aprecio generalizado de los medios profesionales. La redacción de *El Siglo Médico* argumentó en su defensa que el «derecho a la vida» que encerraba su planteamiento ejercía de necesario relevo en la sociedad a la fórmula revolucionaria, ya desechada, del «derecho al trabajo» (58). Por su parte, *La Crónica de los Hospitales*, el periódico oficial de la sección facultativa del hospital provincial madrileño, por pluma de José Rodríguez Villargoitia, tampoco ahorró elogios al texto del decreto. Su principal aportación era, según este medio, de carácter doctrinal: frente a la tradicional consideración de los médicos por los gobiernos como unos «industriales», cuya utilidad pública, siempre «individual», se medía en términos de su efectiva contribución al «subsidio», primaba ahora, toda vez que se había dado «un orden adecuado a la asistencia médica de los pueblos», un nuevo valor en el cálculo de su utilidad, su efectiva contribución al progreso de la «civilización» de la nación (59).

El decreto de 1854 tuvo, no obstante, una vigencia muy limitada, al promulgarse un año después, en 28 de noviembre, la Ley orgánica de Sanidad (60). En línea con la más exclusiva tradición liberal —la de la Instrucción de 1823—, la ley asumió la identidad estratégica de las administraciones benéfica y sanitaria y procuró salvaguardar la autonomía municipal en la instalación de los servicios asistenciales. Concretamente, dispuso que las juntas provinciales de sanidad *invitaran* a los Ayuntamientos a que organizaran la hospitalidad domiciliaria para la asistencia médico-farmacéutica de las familias pobres, si bien permitió dilatar el cumplimiento de dicha petición hasta la presentación de un eventual requerimiento, vinculante, por parte de las autoridades provinciales (arts. 64 y 65) (61).

---

(57) ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, pp. 157-158.

(58) Tomado de *ibid.*, p. 159.

(59) RODRÍGUEZ VILLARGOITIA, J. (1854). Arreglo de los partidos médicos, *Crón. Hosp.*, 2, 226-231.

(60) La Ley Orgánica de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 puede consultarse en LÓPEZ PIÑERO (1984), *op. cit.* en nota 9, pp. 219-235.

(61) La ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 había clasificado como municipales las instituciones de la hospitalidad domiciliaria; el Reglamento para la ejecución de la ley (14 de mayo de 1852) consideró obligatoria la organización de dicho servicio

Asimismo, impuso la intervención de las diputaciones provinciales, con el asesoramiento de las Juntas de Sanidad respectivas, para la resolución de los contenciosos motivados por la suspensión unilateral de los contratos de los titulares (art. 70) y reconoció la condición «liberal» del ejercicio profesional (art. 78).

Acerca de la ley, *El Siglo Médico* subrayó con desdén los contrasentidos ideológicos en que, según su dictamen, habían incurrido sus redactores: si la anterior administración, con «tendencias retrógradas en política», había aprobado un reglamento de partidos —el de 1854—, que incluía «el principio semi-socialista de que las clases acomodadas debían costear necesariamente la asistencia de los pobres», la nueva «asamblea semi-democrática» había abandonado este principio, en defensa de una libertad indiscriminada, «dejando a los menesterosos en el más completo abandono» (62).

A nuestro juicio, tan humanitaria observación encubría un motivo de mayor preocupación para las élites profesionales: la imposición legal de la autonomía municipal para la elección de los titulares ponía coto al control corporativo de tal modalidad de ejercicio médico y, a la par, obstaculizaba la estrategia profesional de expansión del «mercado» asistencial.

Los cambios políticos subsiguientes conformaron, sin embargo, un terreno poco propicio para la aplicación de las disposiciones de la ley: aunque la instalación en el poder de la fracción moderada del liberalismo, en 1856, no derivó en su derogación, su desarrollo se vio limitado por la demora en la publicación del preceptivo reglamento de aplicación, lo que vino a surtir el mismo efecto.

En este contexto, a Juan Cuesta (63) le corresponde el mérito de haber

---

en todos los pueblos que tuvieran «junta municipal». Los textos de la Ley y del Reglamento se recogen íntegramente en HERNÁNDEZ IGLESIAS, F. (1876). *La Beneficencia en España*, Madrid, Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, vol. 2, pp. 1259-1264 y 1264-1279, respectivamente.

- (62) Tomado de ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, p. 166. ALAFONT, F. (1873). Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres, *Bol. Inst. Med. Val.*, 13, 235-243, utilizaría un argumento similar en su crítica del reglamento promulgado por las autoridades de la 1ª República.
- (63) CUESTA, J. (1858). Proyecto de una ley de sanidad civil y de creación de un cuerpo facultativo de este nombre, *Esp. Méd.*, 3, 553-554. En 1862, detalló las líneas generales de su propuesta, Bases principales de un proyecto sobre creación de un cuerpo de Sanidad civil con destino a la asistencia médica y farmacéutica de todos los pueblos del reino, *Esp. Méd.*, 7, 177-178.



reavivado la polémica en su expresión más completa. A juicio de este publicista, el estado de completo desorden en que se hallaba la asistencia médica en los pueblos, que alcanzaba hasta el punto de que los ayuntamientos gozaran de la «libertad, de hecho, de tener o no profesores titulares», exigía la creación de un cuerpo de sanidad civil, que, dependiente del Gobierno, librase a los Ayuntamientos de la búsqueda, contratación y pago de sus médicos. Su proyecto de reforma incluyó los siguientes puntos: a) universalidad de la asistencia; b) clasificación de los partidos en categorías y formación del correspondiente escalafón profesional para el acceso a las plazas de facultativos titulares; c) creación de una dirección especial, dependiente del Ministerio de la Gobernación, como órgano administrativo del cuerpo de sanidad; d) instalación de un consejo sanitario en cada provincia, que velase por el planteamiento ordenado de la asistencia; y, e) inclusión en los presupuestos del Estado de los fondos necesarios para la financiación del servicio. De su puesta en práctica se derivaría una atención equitativa de las necesidades de todos los pueblos, con independencia del número de sus vecinos o de sus riquezas, ya que el ramo sanitario debía considerarse una «necesidad del Estado». Como propagandista, Cuesta editó y dirigió la revista *La Fuerza de un Pensamiento*.

El proyecto nacionalizador de Cuesta concitó el rechazo radical de la práctica totalidad de los medios profesionales. Andrés del Busto (64), director de *La España Médica*, alegó en su contra el superior valor del ejercicio de la libertad (individual, familiar o municipal) en la subvención de las respectivas necesidades de sus titulares frente a los contrapesos jerárquicos o disciplinarios que pudiera imponer el Estado. En el caso de la asistencia médica, el respeto absoluto de este principio, que no atentaba contra los intereses generales de la sociedad, era plenamente compatible con el ejercicio libre de la profesión. Tal planteamiento hallaba su validación en la necesaria concurrencia de prestaciones asistenciales específicas para los enfermos pobres, la «*beneficencia sanitaria*», bajo tutela jurídica de la sociedad, que había reconocido la obligación estatal de organizarla y financiarla.

Atentos a los efectos de la presión corporativa, los directores y redactores Quintín Chiarlone (*El Restaurador Farmacéutico*), Félix Tejada (*El Genio Quirúrgico*), Saturio de Andrés (*La Razón*), Félix Borrell (*El Pabellón Médi-*

---

(64) BUSTO, A. del (1862). *La Fuerza de un Pensamiento*, *Esp. Méd.*, 7, 193-196.

co), Serapio Escolar (*El Siglo Médico*), Zoilo Pérez (*El Debate Médico*), José Simón (*El Semanario Médico*) y Andrés del Busto (*La España Médica*), elevaron al Ministerio de la Gobernación una contrapropuesta de arreglo del ejercicio profesional fundamentada en los postulados del reglamento de 1854 y algunos añadidos complementarios. Concretamente, la regulación de las dotaciones de las plazas en función del número de beneficiarios del servicio y la recomendación a los profesionales para que «con prudencia» sustituyeran las igualas por los cobros «por visitas» (65).

De entre el conjunto de las revistas madrileñas, no fue *La Fuerza de un Pensamiento*, la única titular del mensaje estatalizador (aunque si lo fue entre las médicas); *Anales de Beneficencia, Sanidad y Establecimientos penales*, el órgano oficial de la Junta Municipal de Beneficencia de Madrid, terció en la polémica periodística planteando la reforma asistencial en términos rigurosamente políticos. A juicio de este medio, la cuestión de los médicos titulares sólo podría resolverse eligiendo entre las opciones que presentaban las «dos escuelas» enfrentadas en el campo de la «economía política», esto es, organizando el ejercicio médico «o como servicio particular, o como servicio público». En su dictamen, la obligada consideración de la asistencia médica en los pueblos como un «deber y a la vez un servicio del Estado», hacía precisa la preparación de una «nueva ley de sanidad civil» que creara un «cuerpo facultativo» y lo sometiera a una «reglamentación orgánica» (66). Las veleidades socialistas del periódico de la Junta Municipal de Beneficencia madrileña (a esa escuela económica correspondían los postulados finalmente elegidos por *Anales*) se hicieron patentes en los anteriores comentarios.

---

(65) PROFESORES de Medicina, Cirugía y Farmacia (A los) (1862), *Esp. Méd.*, 7, 713-714. El impacto de las propuestas de Cuesta hubo de justificar, necesariamente, la formación de este sorprendente «frente» profesional, dada la jurada y recíproca animadversión de dos de los más conspicuos representantes de la prensa médica madrileña, el *Pabellón* y el *Siglo*, cf. RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; ROSADO CAMACHO, E.; MORENO RODRÍGUEZ, R. (1985-86). La polémica en torno a la ley de libertad de enseñanza en España, vista a través del periodismo médico (1861-1874), *Dynamis*, 5-6, 245-258, que han analizado las líneas editoriales y adscripciones políticas de ambos periódicos.

(66) CONFERENCIAS de la Prensa Médica. (1862), *A.B.S.E.P.*, 3, 1-2. Aunque desligado de la controversia en los medios profesionales, Pedro Felipe Monlau también abogó por la condición de ejercicio público de la práctica médica y por la conversión de los médicos titulares en funcionarios del Estado, MONLAU (1862), *op. cit.* en nota 17, pp. 1241-1248.

El reglamento para la aplicación de los preceptos de la ley de sanidad de 1855 fue publicado, finalmente, el 9 de noviembre de 1864 (67). Su artículo 1.º dispuso la dotación en todos los Ayuntamientos de plazas de médicos y cirujanos «para la asistencia gratuita de los pobres» y «socorro de las familias acomodadas» que reclamasen y retribuiesen sus servicios. A tal fin, clasificó los partidos médicos de la península en cuatro clases, en función del número de vecinos pobres beneficiarios del servicio, señalándoles las dotaciones correspondientes, que habrían de incluirse en los presupuestos municipales (arts. 2.º y 8.º). Respecto de la elección de los facultativos titulares, mantuvo la doctrina del decreto de 1854, salvaguardando la intervención de las juntas provinciales de sanidad (arts. 16.º y 17.º). Por lo demás, dejaba en libertad a los titulares para contratar particularmente sus servicios con los vecinos que no tuvieran obligación de asistir (art. 11.º).

Pese a recoger los planteamientos corporativos más exigentes, alejándose incluso del espíritu de la ley de 1855, el decreto fue recibido con cautela por un sector de la prensa madrileña, que mostró su desacuerdo con los puntos relativos a la clasificación de los partidos y a la subsiguiente fijación de las tasas para el pago de los servicios, al entender que quedaban subordinados al arbitrio de los municipios, que serían los que en última instancia determinarían quiénes deberían ser los beneficiarios de la asistencia gratuita en los partidos (68). No obstante, otros profesionales manifestaron su total conformidad con los dictados del reglamento. Miralles Botella (69), por ejemplo, opinó que no hallaba motivos para la alarma generalizada que había suscitado entre los facultativos, ya que, en su opinión, el reglamento sólo se declaraba, «furiosamente», contra «los intereses de los pueblos», contando, además, en su haber la declaración del ejercicio libre de la profesión. Por su parte, la redacción de *El Pabellón Médico* (70) estimó

---

(67) REGLAMENTO sobre organización de los partidos médicos de la península. (1864), *Esp. Méd.*, 9, 558-560.

(68) *El Siglo Médico* criticó el tratamiento que el decreto le había dado a estos puntos, cf. ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, p. 180. Véase, asimismo, ALONSO Y RODRÍGUEZ, J. (1865). ¿Qué condiciones han de reunir los vecinos de una población al ser considerados como pobres para los efectos del Reglamento del 9 de noviembre? *Esp. Méd.*, 10, 1-2 y LEÓN LUQUE, P. (1864). El arreglo de partidos y alguno de sus vacíos, *Esp. Méd.*, 9, 575-576.

(69) MIRALLES BOTELLA, A. (1865). Arreglo de partidos médicos, *Esp. Méd.*, 10, 193-194.

acertada la decisión gubernamental de no interferirse en los contratos que los facultativos celebrasen con los particulares, considerándola «un triunfo de las sanas doctrinas económicas», y en todo coincidente con la línea editorial del periódico.

A nuestro juicio, este reglamento, como el anterior de 1854, sustentó la elevación de los profesionales sanitarios a una posición social preeminente. La compatibilidad del ejercicio público y privado, en plena sintonía con las pautas marcadas por la prensa médica madrileña, contribuyó a consagrar el peculiar carácter subsidiario de cada una de las dos medicinas, benéfica y libre, respecto de la otra, según las circunstancias, bien que era el libre ejercicio el horizonte ideal de la práctica. En tal construcción, no obstante, el elemento decisivo lo suministraba la regulación de la medicina de beneficencia, puesto que, aparte de garantizar el despegue inicial de las carreras profesionales, servía, al mismo tiempo, como banco de pruebas de la pericia y caja de resonancia para el prestigio profesional.

Una servidumbre similar apreciamos en el «Reglamento para la asistencia de los pobres y organización de los partidos médicos de la península», aparecido transcurridos sólo cuatro años del anterior (R.D. de 11 de marzo de 1868), que ofrece, además, un intento de síntesis de los elementos doctrinales explotados en las normativas precedentes (71). Como en la ley de sanidad, la regulación del ejercicio de las profesiones médicas se justificó en tanto que contribuía al auxilio de las clases proletarias y depauperadas. Recogió, por tanto, el mandato de instalación de la *hospitalidad domiciliaria*, aunque limitándolo a las capitales de provincia y a las poblaciones que superaran los 4.000 vecinos; los partidos médicos sólo habrían de constituirse en las poblaciones que no alcanzasen ese vecindario (72). Por otro lado, coincidiendo con la normativa de 1864, hizo compatibles los ejercicios público y particular —iguales— por parte de los titulares y reguló la intervención de las juntas provinciales de sanidad en la contratación de los

---

(70) ARREGLO de partidos. (1864), *Pab. Méd.*, 4, 515-516.

(71) El reglamento puede consultarse en REAL Decreto de 11 de marzo de 1868. (1868), *Pab. Méd.*, 8, 127-131. Su promulgación se justificó como un ajuste técnico para adecuar la regulación del ejercicio profesional a las nuevas normativas en materia de enseñanza y de titulaciones médicas.

(72) Para estas poblaciones se diferenciaron cuatro clases de partidos, en función de la magnitud de sus vecindarios, en parecidos términos a como se planteó por el reglamento de 1864.

facultativos y la inclusión de las dotaciones de las plazas en los presupuestos municipales. No obstante, los acontecimientos de septiembre de ese mismo año y la experiencia legislativa subsiguiente hicieron de sus disposiciones letra muerta, sin apenas trascendencia práctica.

### 3.4. *La alternativa progresista: la reforma del sexenio*

El rearme ideológico del liberalismo progresista, amparado por el triunfo de la revolución abrió, sin embargo, nuevos horizontes para el arreglo profesional. Onofre Trill, director de *El Pabellón Médico*, reflejó a la perfección, en 1869, los puntos de vista de los sectores profesionales que aclamaron la revolución:

«[...] nuestra legislación en lo referente a Sanidad y Beneficencia es un monstruoso conjunto compuesto de innumerables disposiciones, todas ellas funestas y contrarias a la dignidad, al decoro de la clase y en abierta pugna con los derechos proclamados por la revolución» (73).

Para este medio, el ejercicio libre, el fomento del asociacionismo profesional y la independencia de la acción estatal conformaban la tríada argumental que había de velar por la buena marcha de los asuntos profesionales (74).

Paradójicamente, esta declaración de intenciones fue difícilmente compatible con el derrumbe del centralismo moderado. Es sabido que la «Gloriosa» hizo de la ampliación de las competencias municipales una cuestión nuclear en su política transformadora de las administraciones públicas. La ley municipal de 20 de agosto de 1870 asignó a los Ayuntamientos la organización de los servicios sanitarios, concediéndoles las atribuciones exclusivas para el nombramiento y la separación de sus empleados (75). Semejante énfasis descentralizador no fue bien acogido por *El*

---

(73) ONOFRE TRILL, B. (1869)a. Correo de la Semana, *Pab. Méd.*, 9, 109.

(74) Véanse las colaboraciones de B. Onofre Trill: Correo de la Semana. (1869)b, 9, 121-122; La agremiación de las clases médicas (1871), 11, 85-88; La protección oficial (1872), 12, 381-382; A nuestros lectores (1873), 13, 1-3.

(75) ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, pp. 188-189. Véanse, asimismo, los decretos de reforma de la administración sanitaria promulgados en 18 de noviembre de ese mismo año, DECRETOS. (1868), *Pab. Méd.*, 8, 530-531.

*Siglo Médico*. Por su parte, la Asamblea Médico-Farmacéutica, constituida en 1871 para la defensa de los intereses de la profesión, denunció durante ese mismo año la precariedad en que se desempeñaban los médicos titulares, achacándola a la crisis financiera y al desconcierto administrativo de los Ayuntamientos (76). De hecho, en 1872, interpretó como un logro de las clases médicas que un alto cuerpo consultivo del Estado hubiera declarado que los facultativos titulares no debían ser considerados como «empleados de los ayuntamientos» (77).

No fue óbice tal declaración para que el debate sobre el carácter liberal o funcional de las profesiones médicas persistiera en toda su integridad durante el sexenio. Rafael Ariza, miembro de una comisión surgida de la citada Asamblea para el planteamiento de la reforma del ejercicio de las profesiones médicas, apuntó, en un voto particular sobre el dictamen oficial de la misma, «la conveniencia de crear un cuerpo de Sanidad civil a imitación de los del ejército y armada», en el que habrían de integrarse los médicos que desempeñasen «cargos públicos facultativos, municipales, provinciales o del Gobierno» (78). La propia comisión, en su dictamen oficial, asoció los males de las clases facultativas con «la falta de cumplimiento de la legislación sanitaria» (79).

En este contexto, por dos decretos de 24 de octubre de 1873 se aprobó y publicó, respectivamente, el nuevo Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres, cuya pertinencia obedecía, según se afirmaba en la exposición previa al decreto de aprobación, a la necesidad de adaptar el ordenamiento del ejercicio sanitario a la Constitución (arts. 37 y 99) y la ley municipal (arts. 67 y 73) vigentes, «que devuelven al municipio la

---

(76) EXPOSICIÓN que la Asamblea Médico-Farmacéutica dirige a las Cortes. (1871), *Pab. Méd.*, 11, 489-491. Su Junta organizadora estuvo presidida por Matías Nieto Serrano, el director de *El Siglo Médico*, ESTATUTOS de la Asociación Médico-Farmacéutica Española. (1871), *Pab. Méd.*, 11, 511-515.

(77) ASAMBLEA General de 1872. Memoria leída por el secretario en la sesión inaugural, celebrada en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid el día 15 del corriente. (1872), *Pab. Méd.*, 12, 526.

(78) ARIZA, R. (1872). Asociación Médico-Farmacéutica. Carta dirigida al presidente de la Junta local del distrito de Utrera sobre la práctica profesional, *Pab. Méd.*, 12, 656-658.

(79) Fueron firmantes del dictamen Matías Nieto Serrano, Juan Cuesta y Rafael Ariza, entre otros. ASOCIACIÓN Médico-Farmacéutica Española. Dictámenes discutidos y aprobados en la Asamblea General de 1872. Comisión de ejercicio de las profesiones. (1873), *Pab. Méd.*, 13, 43-44.

administración de sus particulares intereses, por tantos siglos poseída y que tanta importancia le diera en la historia» (80). La normativa republicana amplió, por tanto, el margen de maniobra de los Ayuntamientos en la contratación de los facultativos titulares (autonomía absoluta en la provisión de las plazas y en la fijación de las dotaciones) y limitó la acción sanitaria pública a la asistencia de los enfermos pobres. A este fin, coincidiendo con la anterior regulación, situó en 4.000 vecinos el límite divisorio entre las dos modalidades asistenciales públicas, la prestada por los titulares en las localidades que no reunieran ese número de vecinos (aunque sin referirse a ella con la denominación *partido médico*) y el servicio de hospitalidad domiciliaria en las que lo sobrepasaran, y aprobó la celebración de «iguales».

El giro dialéctico hacia la identificación de la medicina de partido con la hospitalidad domiciliaria benéfica (la regulación de la asistencia a los enfermos pobres como única responsabilidad pública), anunciado ya en la ley de 1855 y en el reglamento de 1868, adquirió una renovada actualidad con la entrada en vigor del nuevo reglamento. No obstante, como una circular del Ministerio de la Gobernación de diciembre de 1873 sustentó, el servicio sanitario municipal no se justificaba porque los enfermos tuvieran «derecho a la asistencia» sino por razón de «higiene». La vinculación entre la pobreza y la enfermedad y el miedo al contagio justificaban por sí solas la intervención pública (81).

A modo de epílogo de tan accidentada andadura secular, Mora de Zelán, en una comunicación dirigida, en 1875, a *El Siglo Médico*, reproducida por *El Pabellón Médico* (82), se congratulaba del progreso material y «en la estimación pública y en la de los gobiernos» alcanzado por la «profesión» en el periodo transcurrido entre los años 1843 y 1869, y calificaba los años del sexenio de «funestos». La extensa autonomía concedida a los municipios durante este último periodo, juzgada como contraria a los intereses profesionales, estaba, sin duda, en la raíz del desafecto del articulista a los cambios auspiciados por la Revolución. Restaba, sin embargo, en opinión de este autor, la resolución de algunos asuntos pendientes,

---

(80) ARREGLO de Partidos Médicos. Ministerio de la Gobernación. Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres. (1873), *Pab. Méd.*, 13, 497-499, (p. 498).

(81) CIRCULAR sobre asistencia facultativa. Ministerio de la Gobernación. (1874), *Pab. Méd.*, 14, 7-9.

(82) MORA DE ZELÁN, V. (1875). Estado actual de la profesión, *Pab. Méd.*, 15, 327-328.

entre ellos, en un lugar central, «el arreglo definitivo y completo de la Beneficencia y Sanidad municipales», para el que auguraba un pronto cumplimiento en la etapa que en esas fechas se iniciaba.

#### 4. *EPÍLOGO: EL MARCO DE LA RESTAURACIÓN. EL MOVIMIENTO CORPORATIVO DE LOS MÉDICOS TITULARES*

El retorno a un escenario jurídico-económico análogo al quebrado por la revolución allanó, en efecto, el camino para la reorganización de los servicios médicos municipales en una línea más acorde con los intereses profesionales (83). No en balde, el nuevo estado centralista halló en los incipientes poderes corporativos una inestimable palanca para su afianzamiento en la sociedad.

Como ha señalado Albarracín Teulón, la gran aspiración profesional de los médicos titulares se cifró en que el Estado los organizara de un modo análogo a como lo estaban los maestros de escuela (84). El común de los titulares apostó por una reforma que incluyera la creación de un cuerpo de sanidad civil y la organización de un servicio sanitario municipal, de carácter obligatorio, que garantizara la «inamovilidad» en las plazas obtenidas, el cobro de las mensualidades y la obtención de los derechos pasivos de jubilación (85). Esta unanimidad de criterio, patrón de conducta ya

---

(83) Cf. por ejemplo, las reales órdenes de 31 de marzo y de 17 de abril de 1877 sobre asistencia facultativa de enfermos pobres, *R.B.S.E.P.*, 2, 1877, 617-618, que rechazaron sendos recursos de alzada interpuestos por los Ayuntamientos de Lerma y de Portugalete contra las resoluciones de los gobiernos provinciales respectivos, que habían suspendido sus acuerdos favorables a la contratación de médicos para la asistencia del conjunto de sus vecindarios. En ambos casos se adujo que los Ayuntamientos sólo estaban autorizados para contratar la asistencia de los enfermos pobres.

(84) ALBARRACÍN TEULÓN (1971), *op. cit.* en nota 48, pp. 163-165, ha calificado de sencilla y modesta esta pretensión; VILLACORTA BAÑOS (1989), *op. cit.* en nota 5, la ha integrado en el marco general del desarrollo de los poderes corporativos en la España contemporánea.

(85) Tales fueron los puntos que incluyó el proyecto de bases para la reforma de la asistencia médica municipal que presentó MORALES MOYA, J. (1890). Cuerpo Médico Municipal, *Sig. Méd.*, 37, 654-655. Cfr. asimismo, GIMÉNEZ SIERRA, F. (1889). Reglamento de Partidos. ¡Subdelegado, ahora o nunca! *Sig. Méd.*, 36, 151; GIL Y ORTEGA, B. (1889). El mal de la clase. Tres en uno, *Sig. Méd.*, 36, 709-713; MAL de la clase. (1889), *Sig. Méd.*, 36, 806-807.



imperecedero de los médicos rurales, fue deudora, paradójicamente, del proceso de liberalización de la enseñanza promovido por la revolución, que había abocado en la nivelación de los títulos profesionales (86).

La nueva ordenación de los partidos (Reglamento para el servicio benéfico-sanitario de los pueblos de 14 de junio de 1891) sorteó, sin embargo, el anterior tipo de demandas (87). En línea con las normativas precedentes, protegió la dispensa gratuita de asistencia médica a los enfermos pobres, a cubrir sobre «bases de contratación directa entre los pueblos y los profesores» (88), y autorizó la formación de igualas con los vecinos acomodados. Novedosamente, estableció una limitación temporal en la vigencia de los contratos de los titulares y reconoció los derechos pasivos de jubilación que les asistían, aunque dejó su implantación al arbitrio de los Ayuntamientos.

En sucesivas reuniones oficiales (Congreso de Madrid, en diciembre de 1891, Asamblea para la constitución de una Asociación, en 1902), los titulares fueron articulando una plataforma reivindicativa en la que la creación de un Cuerpo profesional, la regulación de las condiciones en el desempeño del trabajo (acceso y promoción en el cuerpo, inamovilidad y dotaciones en las plazas y derecho de jubilación) y la defensa del ejercicio libre constituyeron los puntos centrales (89).

La publicación por R.D. de 12 de enero de 1904 de la *Instrucción General*

---

(86) El decreto de 21 de octubre de 1868 produjo la igualación de títulos; posteriormente, por dos decretos de 29 de julio y 29 de septiembre de 1874, se facultó a las Universidades para la expedición de sólo dos títulos oficiales, los de doctor y licenciado en Medicina y Cirugía, cf. ALBARRACÍN TEULÓN, A. (1985-86). Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del siglo XIX, *Dynamis*, 5-6, 269-278 y RODRÍGUEZ OCAÑA; ROSADO CAMACHO; MORENO RODRÍGUEZ (1985-86), *op. cit.* en nota 65, que ofrecen dos perspectivas bien distintas, y complementarias, sobre el proceso de liberalización de la enseñanza.

(87) El Reglamento puede consultarse en un folleto aparte que incluyó *Gac. Méd. Cat.*, 14, (1891), 8 pp.

(88) El reglamento distinguió entre las poblaciones que superaran los 4.000 vecinos, donde habría de formalizarse un registro de familias pobres beneficiarias del servicio, y las que no alcanzaran ese vecindario, donde habría de contratarse un médico por cada 300 familias pobres.

(89) Cf. ALBARRACÍN TEULÓN (1974), *op. cit.* en nota 4, pp. 196-199; VILLACORTA BAÑOS (1989), *op. cit.* en nota 5, pp. 165-166.

de Sanidad Pública colmó, al menos sobre el papel, buena parte de las expectativas profesionales. Según se afirmaba en la exposición previa al decreto, la normativa aspiraba a dar «la mayor independencia posible a la función sanitaria respecto a la gubernativa y administrativa generales»; asimismo, procuraba dar la estabilidad debida «al sufrido y humanitario cuerpo de médicos titulares» (90). En este sentido, la *Instrucción*, que mantuvo la obligatoriedad de la asistencia gratuita a los enfermos pobres según lo establecido en el Reglamento de 1891, fijó la inamovilidad sin límites temporales de los titulares en sus plazas y apostó por la organización del *Cuerpo de médicos titulares*. En él podrían integrarse los facultativos que desempeñaran las plazas obtenidas por oposición en las distintas administraciones públicas y aquellos otros que aprobaran la oposición convocada con ese efecto. La corporación se dotaría de una *Junta de Gobierno y Patronato*, que habría de encargarse de la ordenación de la carrera profesional de los titulares (clasificación de los partidos y de los propios titulares en cinco categorías) y de la defensa de sus intereses. De otro lado, dispuso la formación de un Montepío facultativo (91).

La regulación impuesta por la *Instrucción* fue, sin embargo, considerada insuficiente por la Asamblea de Médicos titulares reunida en 18 de mayo de ese mismo año (92). Los titulares abogaron en sus conclusiones por la elevación a rango de ley del capítulo que concernía a la «Organización de las profesiones oficiales», y propusieron reformas en los puntos relativos al régimen de provisión de las plazas (respeto de los escalafones), dotaciones de los partidos (fijación de sus cuantías y consignación obligatoria de las mismas en los presupuestos municipales con arreglo a sus categorías) e intervención de la Junta de gobierno en los expedientes para la separación de las plazas. Como se apuntó en las páginas de la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, al cumplimiento efectivo de los reglamentos de Sanidad Civil y de Higiene Pública vigentes (*Instrucción de Sanidad*, Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares, Reglamento para el servicio benéfico-

(90) La *Instrucción* puede consultarse en *Gaceta Médica Catalana*, 27, 1904, pp. 65-100.

(91) Fruto de los trabajos de la Junta de Gobierno fueron la publicación del Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares (en 11 de octubre de 1904), la Clasificación de los partidos médicos (R.D. de 6 de abril de 1905) y la creación del Montepío de Médicos Titulares (R.D. de 17 de octubre de 1905), cf. VILLACORTA BAÑOS (1989), *op. cit.* en nota 5, pp. 166-170, que ha calificado de modelo «híbrido» el ordenamiento profesional establecido por la *Instrucción*.

(92) [Sección oficial]. (1904), *Gac. Méd. Cat.*, 27, 449.

sanitario de los pueblos, entre otros) se oponían «de derecho» la vigente ley municipal y «de hecho la organización caciquista formada por los políticos profesionales» (93). La reivindicación de una ley de sanidad que solventara esos problemas orientaría en adelante las acciones del movimiento médico corporativo. Bajo su influencia, las atenciones benéfico-sanitarias municipales conformaron desde el periodo de entresiglos el escenario de la asistencia médica pública (94).

## 5. CONCLUSIÓN

La autoproclamada condición liberal de la medicina aparece como una manifestación palmaria de la ideología del profesionalismo médico: *ethos* profesional como producto de una falsa conciencia, nutrido de mistificaciones y de razones contradictorias.

La beneficencia médica, la gran conquista fáctica del liberalismo, fue modelada a partir de la segregación entre ricos y pobres en la incipiente sociedad de clases capitalista. Apenas entrevista la virtualidad del nuevo sistema económico, las élites profesionales repararon en la necesidad de instituir dos clases de medicinas, radicalmente escindidas, una para ricos, comercial, y otra para pobres, benéfica. Los partidos médicos, por su ambivalencia, habrían de proscribirse.

Muy tempranamente, sin embargo, esta profesión de fe liberal de las élites médicas transmutó hacia posiciones moderadas, cuando no absolutistas, y siempre corporativistas. Tal es el contexto en que se inscribe la defensa de los partidos médicos, que había sido sostenida desde antiguo por las capas bajas de la profesión. La contraposición dialéctica entre las necesidades de los núcleos de población urbanos y rurales (trasunto del antagonismo económico entre la ciudad y el campo capitalistas) condicionó la regulación de esta modalidad del ejercicio médico durante la segunda mitad del siglo XIX. La dilatada resolución del problema de las titulaciones médicas (nivelación profesional) atendió a esta misma servidumbre.

---

(93) [Sección Bibliográfica] *R.I.-A.C.M.*, 13, 1905, 468-469.

(94) Cf. MARÍN DE LA BÁRCENA, A. (1909) Memoria de la Dirección General de Administración. En: *Apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de Beneficencia y de Previsión*. Madrid, Establecimiento tipográfico sucesores de Rivadeneyra, pp. VII-CIV (pp. XIV-XV y LVII).

La ordenación del ejercicio médico rural reflejó el mencionado ascendente corporativo en la medida en que fue forjándose en menoscabo de las seculares atribuciones de los Ayuntamientos en la organización de sus servicios asistenciales. Las proclamas profesionales favorables a una administración sanitaria semejante a la eclesiástica de obispados y curatos (realizadas desde la Ilustración), o a la secular de los maestros (planteadas en los años finales de la pasada centuria), y la definitiva ordenación profesional en un *cuero* administrativo *nacionalizado* participaron de similares principios corporativos.

El despliegue de la medicina domiciliaria, punto de encuentro de las aspiraciones profesionales y de las políticas asistenciales de las administraciones públicas, constituyó la punta de lanza del proceso de colectivización de la asistencia médica. Con la cautela debida —el papel de la demanda de atenciones médicas no ha sido estimado— sostenemos que, en su primera fase, este proceso atendió más a la presión de la oferta, guiada por los profesionales y tutelada por la administración, que a la demanda efectiva de asistencia. La defensa del ejercicio libre de la medicina y su propia virtualidad han dependido siempre de la organización correlativa de la asistencia pública. La «igual» médica antes que el libre juego del mercado ha constituido el modelo asistencial de la profesión médica. La legalidad de esta modalidad de ejercicio tutelado de la medicina informa sobre el particular componente híbrido de la organización de la asistencia médica española; el ejercicio libre se revela como práctica oportunista, amparada por las administraciones públicas, que son secuestradas a su vez por las corporaciones profesionales, constituidas progresivamente en instancias de poder. No hay motivos, por tanto, para otorgar al libre juego del mercado un papel relevante en la ordenación de la asistencia médica o en el propio desarrollo profesional.