

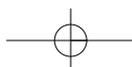




EL CENTRO SECUNDARIO DE HIGIENE RURAL DE TALAVERA DE LA REINA Y LA SANIDAD ESPAÑOLA DE SU TIEMPO



**Juan Atenza Fernández
José Martínez Pérez
COORDINADORES**





© Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Fotografía: José María Soto Montelío
Rubén Rodríguez Corrochano
Juan Atenza Fernández

Imprime: talgrafic, s.c.l.
Telf.: 925 82 88 50
www.talgrafic@eresmas.net

I.S.B.N.: 84-88439-85-7
Dep. Legal: TO-908-2001

Todos los derechos reservados.
Esta publicación no puede ser
reproducida, ni en todo ni en parte,
ni registrada en o transmitida por,
un sistema de recuperación
de información, en ninguna forma
ni por ningún medio, sea mecánico,
fotoquímico, electrónico, magnético,
electroóptico, por fotocopia,
o cualquier otro, sin el permiso previo
por escrito de los editores.



ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| PRÓLOGO. José Luis Peset | 7 |
| INTRODUCCIÓN. Juan Atenza Fernández, José Martínez Pérez | 13 |
| LA SALUD PÚBLICA EN LA ESPAÑA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX. | |
| Esteban Rodríguez Ocaña. | 21 |
| Introducción | 23 |
| 1. Medicina social y administración sanitaria | 23 |
| 2. La formación de la Salud Pública en España | 25 |
| 3. El estado de la Salud Pública en 1925 en España. Una auditoría externa | 29 |
| 4. La consolidación de la Salud Pública | 33 |
| Bibliografía | 40 |
| HACIA UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA PERIFÉRICA: BRIGADAS SANITARIAS E INSTITUTOS PROVINCIALES DE HIGIENE. Enrique Perdiguero Gil. | |
| Introducción | 43 |
| 1. La fase previa: laboratorios municipales, laboratorios provinciales, institutos provinciales | 45 |
| 2. Las brigadas sanitarias provinciales | 46 |
| 3. Los Institutos Provinciales de Higiene | 52 |
| 4. El reglamento técnico, de personal y administrativo de los Institutos Provinciales de Higiene | 59 |
| 5. Epílogo | 66 |
| Bibliografía | 67 |
| EL CENTRO SECUNDARIO DE HIGIENE RURAL DE TALAVERA DE LA REINA. | |
| Juan Atenza Fernández, Montserrat Rodríguez Nicolás. | 75 |
| 1. Evolución histórica de los Centros Secundarios de Higiene Rural | 77 |
| 2. El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina | 80 |
| LA LEY SANITARIA COLONIAL. MARCO LEGISLATIVO PARA EL ANALISIS DE LA MEDICINA COLONIAL ESPAÑOLA EN AFRICA. | |
| Rosa María Medina Doménech, Jorge Molero Mesa. | 97 |
| Introducción | 99 |
| 1. La intervención sanitaria en Guinea | 99 |
| 2. La Sanidad en el Marruecos español | 103 |
| Conclusiones | 107 |
| Bibliografía | 109 |
| EL CONTROL DEL PALUDISMO EN LA ESPAÑA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO VEINTE. Esteban Rodríguez Ocaña. | |
| 1. La tardanza | 111 |
| 2. La lucha antipalúdica en la administración sanitaria | 113 |
| 3. Los contenidos de las campañas antipalúdicas | 119 |
| Conclusión | 125 |
| Bibliografía | 127 |
| LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ESPAÑA EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX. | |
| Jorge Molero Mesa. | 131 |
| 1. La tuberculosis, enfermedad social | 133 |
| 2. La lucha antituberculosa | 135 |
| 3. Bibliografía | 146 |

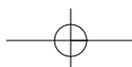
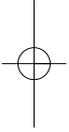
| | | |
|--|--|------------|
| LAS ENFERMEDADES VENÉREAS: MORAL Y SEXUALIDAD EN LA MEDICINA SOCIAL ESPAÑOLA. Ramón Castejón Bolea. | | 149 |
| Introducción | | 151 |
| 1. El marco reglamentarista: prostitución y enfermedades venéreas | | 151 |
| 2. Las estrategias asistenciales: hegemonía del modelo médico | | 157 |
| 3. Las tensiones entre las estrategias voluntaristas y las estrategias coercitivas: El triunfo... .. | | 162 |
| Bibliografía | | 168 |
| LA LUCHA ANTIALCOHÓLICA EN ESPAÑA (1850-1923). Ricardo Campos Marín. | | 173 |
| Introducción | | 175 |
| 1. La medicina española ante el alcoholismo | | 178 |
| 2. El alcoholismo desde la perspectiva social | | 182 |
| 3. Los pilares de la lucha antialcohólica | | 185 |
| 4. La posición del Partido Socialista | | 186 |
| 5. El cierre dominical de las tabernas | | 189 |
| Bibliografía | | 192 |
| HIGIENE MENTAL Y REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA (1921-1936). Rafael Huertas. ... | | 195 |
| Introducción | | 197 |
| 1. Los principios doctrinales de la higiene mental | | 198 |
| 2. La profilaxis mental y la estructura asistencial | | 201 |
| 3. La sanción legislativa del nuevo modelo | | 208 |
| Bibliografía | | 211 |
| LA HIGIENE INFANTIL. Esteban Rodríguez Ocaña. | | 215 |
| Introducción | | 217 |
| 1. La mortalidad de los niños como problema | | 218 |
| 2. La delimitación de las causas de la elevada mortalidad | | 220 |
| 3. La campaña puericultora contra la mortalidad infantil | | 223 |
| 4. El servicio de higiene infantil | | 225 |
| Bibliografía | | 230 |
| MEDICINA DEL TRABAJO Y PRVENCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL EN ESPAÑA (1922-1936). José Martínez Pérez. | | 235 |
| Introducción | | 237 |
| 1. Nuevas ideas para combatir un problema social | | 238 |
| 2. Una nueva estrategia para la gestión de la actividad laboral: la Organización Científica del Trabajo | | 243 |
| 3. La prevención de la siniestralidad laboral y la Organización Científica del Trabajo | | 246 |
| 4. Las consecuencias de una estrategia: educación e inculpación de los trabajadores | | 250 |
| 5. Conclusión | | 252 |
| Bibliografía | | 253 |
| APROXIMACION HISTORICA A LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX. Jesús Sánchez Martos. | | 259 |
| Bibliografía | | 271 |
| DIPOSITIVAS PARA LA EDUCACIÓN DEL PUEBLO. Susanne Roeßiger. | | 273 |
| 1. Pequeña introducción a la historia del museo alemán de higiene | | 275 |
| 2. La producción de diapositivas | | 276 |
| 3. El descubrimiento del fondo | | 277 |
| 4. El inventario de diapositivas como fondo histórico | | 278 |
| Anexo | | 280 |
| ANEXO GRÁFICO SOBRE LA COLECCIÓN DE DIAPOSITIVAS DEL CENTRO SECUNDARIO DE HIGIENE RURAL DE TALAVERA DE LA REINA, PROCEDENTE DEL MUSEO DE HIGIENE ALEMÁN DE DRESDE | | 285 |

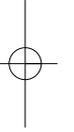


PRÓLOGO:

**LA EMANCIPACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA**

JOSÉ LUIS PESET
Profesor de Investigación
Instituto de Historia. C.S.I.C.
Madrid





En las escenas finales de la ópera de Mozart *Don Giovanni*, el criado del libertino siente un atroz miedo ante la estatua de piedra, que ha aceptado la invitación a la cena final. El sirviente Leporello tiembla asustado y sólo se le ocurre justificar su espanto por unas fiebres tercianas. Muchos otros personajes literarios nos han mostrado los síntomas del paludismo, en toda la cuenca mediterránea. Ha sido un fantasma habitual entre nosotros por siglos e incluso milenios; una enfermedad que afectaba a muchísimos y mataba, poco a poco, a muchos. Combatirla, durante siglos, dio por fin como resultado el establecimiento de la sanidad pública española.

Ya la malaria se asentaba en las primeras civilizaciones, en zonas palustres, en donde las aguas y los cultivos permitían al mosquito infectar a los hombres. Así en las culturas china, india, asiria y egipcia, han quedado testimonios de fiebres estacionales e intermitentes. Se menciona la unión de esplenomegalia y fiebre en el papiro de Ebers y, en el escrito hipocrático *Sobre los aires, aguas y lugares*, se señala la relación con ambientes palúdicos. La deforestación, la agricultura, la temperatura y la mayor densidad de población, los movimientos militares y comerciales favorecieron la enfermedad. En especial, influyen las formas de asentamiento y de cultivo y el contacto con los animales y los hombres. En la Italia del siglo III antes de Cristo se agudiza, y dos centurias después Varrón coincide con Lucrecio en señalar pequeños animales en zonas palúdicas como causa de enfermedad, recomendando que sean abandonadas o vendidas, así como vivir en alto, consejo tradicional también apoyado en razones defensivas. Sin embargo, cada vez fue la malaria más grave en Roma, llegando a su peor momento al caer el imperio, cataclismo en que pudo influir.

En la cuenca del Mediterráneo prosiguió endémica, tendiendo la población a situarse sobre colinas y montañas. Se siguen padeciendo las fiebres tercianas, pues los cambios en el mundo moderno influyen en el empeoramiento. Los cultivos y algunos oficios, la acumulación de la población junto a zonas con aguas estancadas agravan la situación, que se combate en la cuenca mediterránea saneando terrenos pantanosos, evitando al mosquito por medios mecánicos, así como con quina tras ser traída de América. Y el sur europeo era una pequeña zona, en comparación con la afectación de amplias zonas mundiales. El testimonio de los exploradores, médicos y militares en las colonias es evidente. Como el de Santiago Ramón y Cajal en su participación en la guerra de independencia de Cuba.

La lucha pública contra la enfermedad estuvo falta de organización hasta el siglo XVIII. Antes, como herencia de la Edad Media, la defensa era eclesiástica, desmembrada e improvisada. Frente a cada brote de la peste, se ponían en marcha medidas locales, sobre todo protegiendo puertos y ciudades, quedando en manos de la Iglesia gran responsabilidad médica, pues disponía de personal, instituciones y fondos necesarios. En el reinado de Felipe V empieza una época nueva, al crearse la Junta Suprema de Sanidad que, a través de otras locales que se ponían en marcha precipitadamente, se enfrentaba a la enfermedad. Pero como un noble ilustrado afirmaba, la Junta formada por abogados, y no por profesionales, tan sólo se des-

perezaba cuando oía hablar de peste. La creación en 1855 de la Dirección General de Sanidad supuso un importante paso en la creación de una sanidad central y estatal, pública y estable. En Europa el miedo a la peste era sustituido por el pavor ante la fiebre amarilla y el cólera.

El siglo XX conoce una profundización en la defensa del país contra la enfermedad.

A esas notas que en el XIX caracterizan a la sanidad, su carácter público, estable y central, se añaden otras necesarias. Ahora se hace profesional, técnica, así como rural e internacional, es decir universal. Reuniones y comisiones internacionales habían establecido sistemas supranacionales de defensa. Además, diversas instituciones se habían ocupado del estudio de estas enfermedades y de su enfrentamiento, dando recetas que, ante el pavor que viejas y nuevas enfermedades producían, eran puestas en pie por los gobiernos. El miedo ante la peste y el cólera, la gripe y la viruela, el alcoholismo y la tuberculosis, la sífilis, la enfermedad mental y la patología laboral, era motor potente de las reformas.

En el caso de la lucha contra el paludismo se debe tener en cuenta la escuela italiana de Gian Battista Grassi, o bien la Sociedad de Naciones. Un colaborador del italiano se establece en España, poniendo en marcha los estudios de parasitología y hematología, sanidad e higiene. Gustavo Pittaluga, desde el Instituto de Higiene Alfonso XIII, la cátedra de Parasitología y enfermedades tropicales, la Escuela Nacional de Higiene, o bien la Comisión para la lucha contra el paludismo de la Sociedad de Naciones, fue agente importante en esta defensa ante la enfermedad epidémica. Lucha que ahora no se limita a puertos y ciudades, que antes se cerraban ante el miedo al contagio, pues son tenidos en cuenta otros medios naturales y sociales, en especial el campo, la familia y el mundo del trabajo. Se hace por profesionales, que se forman en el extranjero, así por medio de la fundación Rockefeller y la Junta para Ampliación de Estudios, o bien en la Escuela Nacional de Higiene.

Las intervenciones de Santiago Ramón y Cajal, buen conocedor de las novedades internacionales, o de médicos como Francisco Huertas, clínico interesado en los problemas locales, inciden en estas mejoras. Esta sanidad adquiere, pues, un carácter universal, tanto por esta colaboración internacional, como por esa profundización en los problemas internos del país. Se atiende ahora a endemias y patologías frecuentes que antes se descuidaban, o quedaban en segundo plano, y que la desaparición de otras enfermedades, la presencia de mejores medios personales, técnicos y económicos, y las reivindicaciones profesionales, a la vez que políticas, reformistas y proletarias exigían. Por tanto, el estado iba adquiriendo un papel decisivo en la salud pública, como se quiere desde las primeras medidas centralizadas, muchas veces sin embargo en exceso burocráticas o jerárquicas, caracteres que tan sólo en las últimas décadas parecen aliviarse con la creciente participación ciudadana y comunitaria.

Estudia Pittaluga con Grassi y realiza campañas de trabajo en la región romana, después viene en 1902 a España, donde comienza un profundo estudio de

los problemas sanitarios, en especial infecciosos. Colaboró de forma eficaz en el Comité Internacional de Higiene de la Sociedad de Naciones que comienza en 1921. En 1923 se une Pittaluga a la Comisión de paludismo, ocupándose de la vigilancia de los países balcánicos y mediterráneos. Su interés abarca desde el empleo de la quinina y nuevos fármacos, hasta la organización de los servicios de higiene y su financiación, en especial en áreas rurales, pasando por la vigilancia epidemiológica. Las tareas sanitarias, además de ser curativas, consiguen adquirir un moderno carácter preventivo y profiláctico.

Abarcará su interés en España desde la zona mediterránea, apoyado por la Mancomunitat de Cataluña, hasta las colonias del golfo de Guinea, ocupándose más tarde del interior en extensas campañas. Se forma en 1920 una Comisión para la lucha contra el paludismo, con Pittaluga a su frente, rodeado de personal técnico afín a sus ideas, así se nombra a Sadí de Buen, Felipe Jiménez Asúa, sustituido por Salvador Gutiérrez, y Emilio Luengo. Se reorganiza en 1924 como Comisión central, asistida por otras provinciales y locales. Se interesan en las cuencas del Guadalquivir, el Guadiana y el Tajo, extensión de terreno con ríos lentos, alto calor y trabajos mineros, agrícolas y pecuarios peligrosos. En la cuenca del Tajo, en la provincia de Toledo, se ocupan de Talavera de la Reina, donde surge desde principios de los veinte un dispensario antipalúdico.

Una amplia serie de publicaciones dará a conocer sus resultados. Desde el pionero libro con Francisco Huertas y otros, *Investigaciones y estudios sobre el paludismo en España*, en 1903, hasta *El tratamiento del paludismo*, en 1934. No hay que olvidar su interesante tratado *Enfermedades de los países cálidos y parasitología general*, publicado en 1923, o sus obras sobre gestión sanitaria, como *La obra social antipalúdica*, de 1925, y *La constitución de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid (España)*, de 1930¹.

En 1932 se establece el Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina por orden firmada por Marcelino Pascua, que tendrá un importante papel como dispensario para la atención materno-infantil y de enfermedades infecciosas, así como centro de epidemiología y educación higiénica. La enseñanza de la higiene moderna había sido impedida en las aulas universitarias por José de Letamendi y sus secuaces, partidarios de un neohipocratismo, asociado a un romanticismo germano, que nada tenía que ver con la nueva medicina de laboratorio y social. Los testimonios de Pío Baroja y de Cajal nos muestran sus vacías explicaciones. La higiene y su enseñanza tuvo que ir por otros derroteros, tales como la Escuela Nacional de Higiene y el Instituto Nacional de Higiene, así como los Provinciales y Municipales. El Centro Secundario de Talavera de la Reina será también lugar adecuado para difundir el conocimiento de la medicina, en especial en los aspectos dietéticos y preventivos. Así tiene sentido el hallazgo de esas magníficas diapositivas, proce-

¹MARTÍN GÓMEZ, Silvestre (1987). *Vida y obra de Gustavo Pittaluga Fattorini*, Madrid, tesis doctoral Universidad Complutense.

dentes del Museo de Higiene de Dresde, que sirvieron para la propagación de la educación en salud pública.

Se ha extirpado la malaria de Europa gracias a las desecaciones y mejoras de los cultivos, la lucha por medios mecánicos, el empleo de la quina, y el eficaz uso de insecticidas. Hoy se piensa en la vacuna y en modificar genéticamente los mosquitos. Pero sigue endémica en los territorios cálidos de América, Asia y África. Entre las dos guerras, la Fundación Rockefeller subvencionó campañas para erradicar el paludismo, junto a otras enfermedades. En 1955 en México la VIII World Health Assembly alerta ante la resistencia de los mosquitos a los insecticidas. Junto a la OMS. y la UNICEF, el gobierno norteamericano contribuyó al programa de erradicación de la PanAmerican Health Organization. Hoy se intenta interesar a los gobiernos ante un peligro que afecta al 40% de la población humana. En África es muy grave esta enfermedad -junto a la amenaza del SIDA- por la emigración y los problemas políticos y económicos, por la ampliación de la agricultura y el riego, la urbanización y la deforestación que se acompañan de mala sanidad y escasos recursos. La OMS a través de la 51ª World Health Assembly de 1998 establece el programa "Roll Back Malaria" y con apoyos de UNICEF y del Banco Mundial, intenta mejorar económica y sanitariamente los países en desarrollo². (Gilberto Corbellini, Lorenza Merzagora, *La malaria tra passato e presente. Storia e luoghi della malattia in Italia*, Università di Roma La Sapienza, Università di Cassino, Roma, 1998)

Esa y otras enfermedades fueron a mediados de siglo erradicadas entre nosotros, gracias a esos pioneros de la lucha antiinfecciosa y antiparasitaria. Pioneros que se establecieron en lugares como Talavera de la Reina llevando sus libros, sus laboratorios, sus vacunas y enseñanzas y consiguiendo eliminar algunos males y detener otros. Se consiguieron servicios de salud públicos, estables y universales. Pero sus sucesores, que hoy recuerdan la fundación del Centro Secundario de Higiene Rural y del Centro Nacional de Demostración Sanitaria, tienen mucho trabajo ante sí. La medicina de hoy es, ante todo, conservación de la salud y prevención de la enfermedad. Por tanto, los centros de salud pública, que han evitado los temblores ante la enfermedad, deben seguir permitiendo conocer a sus usuarios qué es la salud y darles armas para defenderla. Y a los historiadores de la medicina - como los que han compuesto este excelente libro- compete el alumbrar el difícil y largo sendero hacia la institucionalización de una sanidad pública y moderna. Para que ya no tengamos que temblar ante las primeras fiebres.

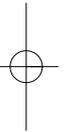
² CORBELLINI, Gilberto; MERZAGORA, Lorenza (1998) *La malaria tra passato e presente. Storia e luoghi della malattia in Italia*, Roma, Università di Roma La Sapienza-Università di Cassino.



INTRODUCCIÓN

**JUAN ATENZA FERNÁNDEZ
JOSÉ MARTÍNEZ PÉREZ**





Este libro tiene su origen en la conmemoración de un aniversario. A mediados del año 2000, al acercarse la celebración de los veinticinco años de vida del Centro Regional de Salud Pública de Castilla-La Mancha, situado en Talavera de la Reina, la dirección del mismo se planteó la elaboración de una memoria que, partiendo de una breve reseña de sus antecedentes históricos, permitiera dar cuenta de las actividades desarrolladas en esos cinco lustros de existencia de la institución. Este hecho sirvió para que volviera de nuevo a la memoria una vieja colección de diapositivas que había llamado desde hacía tiempo la atención y el interés del actual director del Centro, y para que volviera a plantearse la relevancia que ese conjunto de imágenes podría tener desde el punto de vista histórico. Se sabía que dichas imágenes formaban parte del legado recibido por el Centro Regional de Salud Pública cuando fue inaugurado en 1976 con la denominación de Centro Nacional de Demostración Sanitaria (CNDS) de Talavera de la Reina. En efecto, en ese año se procedió al cierre del Centro Secundario de Higiene Rural de esta ciudad, adscribiendo sus escasos recursos al anterior. Se trasladaron así sus archivos, biblioteca, y una serie escasa de instrumentos científicos totalmente obsoletos a la recién inaugurada institución. Estos materiales, conservados en buenas condiciones, constituyeron una pequeña, pero interesante, colección que se halla expuesta en la actualidad en la Sala de Juntas del Centro Regional de Salud Pública. En este conjunto se encuentran los restos de los archivos del Centro Secundario que, en su primitivo almacenamiento en los sótanos del CNDS, sufrieron grandes daños en dos sucesivas inundaciones durante los años 1978 y 79.

Entre el material conservado en buen estado dentro de la colección destacaba un conjunto de diapositivas –de tamaño 8.5 x 10 cm., presentadas en soporte de cristal y con textos en alemán– que se hallaba sin datar. Su antigüedad, y el hecho de que no se dispusiera de ningún aparato de proyección que permitiera su adecuada visualización, hizo que durante muchos años no se les prestara suficiente atención; lo que, sin embargo, no impidió que existiera la firme voluntad de conservarlas y mantenerlas en buenas condiciones. En este sentido, la primera tarea que se realizó fue su limpieza y ordenamiento. Todas las diapositivas, de las cuales una mínima parte se encontraban deterioradas como consecuencia de la fragilidad de su soporte, fueron limpiadas, sin que se afectara la emulsión. Simultáneamente, y gracias a que cada una de ellas conservaba unas pequeñas etiquetas con el nombre en alemán de la serie a que pertenecían, el número de la misma y el número dentro de la serie, se fue procediendo a su clasificación. Así, se pudo comprobar que se disponía de 618 diapositivas pertenecientes a 16 series, más 20 duplicadas de dos series. El número de diapositivas de cada serie era variable, oscilando entre dos y cincuenta y nueve. De la observación directa de las diapositivas sobre un negatoscopio se infirió que la mayor parte correspondían al primer tercio del siglo XX, puesto que en varias de ellas había gráficas de incidencia de diversas enfermedades con referencia cronológica ligeramente posterior a dichos años. Las diapositivas presentaban indistintamente imágenes fotográficas de modelos naturales o moldes, abundante cartelería y gráficos descriptivos de la incidencia de diferentes enfer-

medades. En ocasiones, mostraban dibujos destinados a expresar gráficamente la idea pertinente.

Al realizar esta labor de ordenamiento se comprobó que seis de las series iban acompañadas de un folleto en alemán, con textos descriptivos de cada una de las diapositivas. Además, también seis de las series, no coincidentes en su totalidad con las anteriores, contaban con una hoja mecanografiada con los títulos descriptivos de las diapositivas en español. Por cierto que, en alguno de los títulos en español, el traductor, se permitía, según él mismo lo especificaba, ciertos comentarios en tono humorístico sobre el contenido de las diapositivas. Los folletos aportaban, aun antes de proceder a su traducción, otros datos de interés. El primero, de ellos tenía que ver con su origen, permitiendo establecer que dichas dispositivas procedían del Museo de Higiene de Dresde (Alemania). El segundo dato de interés tenía que ver con la aparición en varios folletos de un sello del representante y distribuidor en España que reza: "EIMLER-BASANTA-HAAST. Material pedagógico. Cultura. Mesón de Paños, 8. Madrid". Este dato hizo suponer que la adquisición de las diapositivas se realizó a través de este intermediario. Finalmente, alguno de los folletos iba acompañado de una lista de las series editadas hasta el momento o en preparación, con su número de serie y el número de imágenes que la componía, lo que permitía hacerse una idea de la magnitud e importancia de dichas colecciones.

A fin de procurar una mayor información sobre la colección, y de constatar su valor como documento histórico, el Director del Centro Regional de Salud Pública decidió recabar asesoramiento por parte del responsable del área de Historia de la Ciencia de la Universidad de Castilla-La Mancha, ubicada en la recientemente creada Facultad de Medicina de Albacete. Se inició así la colaboración entre quienes firman esta introducción, lo que permitió, en primer lugar, confirmar el interés de la colección. En efecto, al tratarse de un conjunto de imágenes de extraordinaria calidad, muy bien conservado y lejos de ser frecuente entre nosotros, ponía al alcance de los interesados en el estudio del pasado de la Medicina una fascinante colección de imágenes que, además de mostrarnos el empleo temprano en la España rural de un instrumento pedagógico novedoso para la educación sanitaria de la población, se mostraba como una fuente de información excepcional para aproximarnos al saber y las prácticas higiénicas en un momento de gran relevancia para el entendimiento del desarrollo de la Salud Pública.

Se planteó así la conveniencia, o, más bien, la obligación, de dar a conocer la existencia de la colección. Nos pareció una buena idea aprovechar la conmemoración de los veinticinco años de vida del Centro Regional de Salud Pública para elaborar un libro que nos aproximara a la época en que se crearon y utilizaron las diapositivas —el primer tercio del pasado siglo— y que diera cuenta también del contexto en que se fraguó y se puso en marcha la institución que debió ser responsable de la adquisición de las mismas: el Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina. De este modo, se podía alcanzar además un segundo objetivo: mostrar las razones históricas que ayudan a entender cómo se empezó a forjar en

esa ciudad castellano-manchega una tradición en la investigación y la práctica higiénico-sanitaria que, con el paso del tiempo, habría de ver la puesta en marcha de programas novedosos de Salud Pública de relevancia incluso internacional.

Se abrieron así dos frentes de actuación. Por un lado, nos pusimos en contacto con diversos investigadores que habían venido realizando significativas aportaciones al estudio de la Higiene Pública española de la primera mitad del siglo XX. Se pretendía conseguir su participación de cara a elaborar un libro, como es el que está ahora en sus manos, que aproximara al lector a los diferentes aspectos –política sanitaria, problemas principales de Salud en la España del primer tercio del pasado siglo...– que requería el objetivo de contextualizar la aparición de una institución de las características del Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina. La propuesta fue bien acogida y es preciso mostrar ahora nuestra gratitud a quienes han contribuido con sus aportaciones a cubrir los diferentes capítulos de que consta esta obra.

El segundo frente de actuación tuvo que ver con la labor destinada a dar a conocer la existencia de la colección de diapositivas. En un primer momento, fue necesario abordar cuestiones como la de la barrera idiomática, ya que las diapositivas y la documentación que las acompañaban se hallaban en alemán, lo que dificultaba su manejo. Recurriendo a la colaboración altruista de una profesora de alemán y dos estudiantes se pudo traducir un folleto íntegro, lo que permitió conocer que el destino de las imágenes era la educación sanitaria de la población general. También se tradujeron los títulos de las setenta y tres series recogidas en la lista anteriormente citada, pudiendo comprobar que la temática abordada era muy variada, desde la descripción de órganos y sistemas, hasta diversas enfermedades infecciosas y crónicas, pasando por diferentes aspectos de higiene individual y social, muy en consonancia con las preocupaciones de la época. En el Anexo que acompaña el capítulo de Susanne Roeßiger se ha incluido una tabla en la que figura la lista completa de las series, con su título original y su correspondiente traducción al castellano, la fecha en que aparecieron, las diapositivas que las componían y, en el caso de las series disponibles en el Centro Regional de Salud Pública, que son las que figuran remarcadas en negrita, las diapositivas existentes sobre su número total.

En la tabla 1, que aparece a continuación, se presentan las dieciséis series disponibles en el Centro Regional de Salud Pública, ocho de las cuales están dedicadas a las enfermedades infecciosas y factores relacionados con ellas, dos a higiene social (urbanismo y vivienda) y las seis restantes a cuestiones de higiene individual.

Tabla 1. Series de diapositivas disponibles y su número.

| Nº serie | Título | Diapositivas existentes/total |
|----------|---|-------------------------------|
| 13 | Gérmenes infecciosos portadores de enfermedades y prevención de éstas | 47/50 |
| 15 | Tifus, cólera y disentería | 11/40 |
| 16a | Enfermedades infantiles contagiosas | 47/50 |
| 17 | Paludismo, tripanosomiasis y enfermedades tropicales | 31/55 |
| 18 | Peste, tifus, meningitis, lepra y gripe | 47/65 |
| 19 | Tétanos, ántrax, actinomicosis y rabia | 26/35 |
| 20 | El cuidado de los dientes | 48/50 |
| 21a | Desarrollo embrional, gestación y nacimiento | 49/50 |
| 25a | Cuidados del niño en el primer año de vida | 42/45 |
| 26 | Asistencia social para la madre y el niño | 33/60 |
| 32 | El cuidado corporal de los niños en edad escolar | 59/65 |
| 32b | Educación sanitaria escolar | 55/55 |
| 33 | Urbanización y vivienda | 44/50 |
| 34a | Higiene de la vivienda | 47/50 |
| 39 | Animales como parásitos | 2/60 |
| 62 | Las plagas de moscas – Un peligro para la salud | 32/35 |

La segunda tarea que se acometió fue la de recoger documentación sobre el Museo de Higiene de Dresde. La primera información obtenida en este sentido se consiguió en el Museo de la Sanidad española, ubicado en el Instituto de Salud Carlos III, que precisamente en su constitución tomó como ejemplo remoto el del Museo Alemán. Allí se pudo obtener copia de un artículo, sin datar, donde se describía su génesis por empeño del industrial Karl August Lingner (1861-1916), quien, sobre una idea formulada por la Sociedad de Medicina e Historia Natural, propuso la creación de un museo de la salud en Dresde, teniendo su antecedente en la exposición internacional de Higiene celebrada en 1911 en dicha ciudad que obtuvo un gran éxito. Sin que quede claramente documentado, parece que, desde 1912 hasta 1930 en que se inauguró el Museo, debió estar situado en instalaciones provisionales. En 1945 resultó destruido casi en su totalidad por los bombardeos, reconstruyéndose en los años de postguerra. En la actualidad mantiene una interesante actividad de divulgación higiénica y de conservación y presentación al público de sus colecciones. Para comprobarlo se puede visitar su página web (www.dhmd.de), donde los interesados pueden encontrar información adicional y consultar sus bases de datos y bancos de imágenes. A través de ella nos fue posible establecer contacto con Susana Roeßiger, responsable de las colecciones del museo, quien amablemente nos facilitó un artículo del que es autora, y que se reproduce traducido al castellano en este libro, sobre el origen de las diapositivas.

La última tarea que emprendimos para poner la colección a disposición de los interesados fue quizá la que más tiempo consumió. Se trataba de reproducir las diapositivas en formato de 35 mm. En esta labor, además de contar con un fotógrafo profesional, fue necesario también recurrir a las habilidades y materiales brindados por algunos amigos y por uno de nosotros. Utilizando la película reversible Kodak Rapid Process Film, que ofrece la ventaja de poder ser revelada en las procesadoras de películas de radiografías de un hospital, cada una de las diapositivas de la colección fue fotografiada, tras las correspondientes pruebas para encontrar la exposición correcta, valiéndonos de una mesa de luz y una máscara para su iluminación y dos equipos fotográficos con objetivos macro. A continuación, las diapositivas fueron cortadas y enmarcadas manualmente. Con ello ya se disponía de un nuevo soporte perfectamente manejable.

Pero aún se avanzó más en el proceso de reproducción. Partiendo de las diapositivas en 35 mm., y utilizando un escáner Hewlett-Packard Photo Smart S-20, se procedió a la digitalización de todas las imágenes. A continuación, fueron guardadas en formato JPG, con una resolución de 2.400 ppp, lo que permite su manejo informático y fácil manipulación y utilización en presentaciones. Además se han realizado pruebas de reproducción de dichas diapositivas en formato papel, puesto que la calidad y belleza de las imágenes invitaba a ello, con muy buenos resultados, lo que en un futuro se traducirá en la presentación de una exposición fotográfica.

A pesar de que tenemos la certidumbre de que determinados aspectos podrían haber quedado resueltos con un mayor grado de acierto si las circunstancias, sobre

todo la premura de tiempo, hubiesen sido otras, creemos que hemos podido cubrir los objetivos planteados. De un lado, presentar un libro capaz de aproximar al lector a una etapa clave dentro del desarrollo de la Higiene Pública española, y a los estudios que se han realizado al respecto, que, entre otras cosas, sirvió para que se creara una institución como el Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina. De otro, dar a conocer una fuente iconográfica de gran valor documental, e incluso artístico. Los interesados en la historia general y, más concretamente en la de la medicina y la de la fotografía, pueden disponer ahora de una interesante fuente de información y de imágenes, disponible para su examen en un soporte de cómodo manejo, del que en este libro sólo se ha podido ofrecer una pequeña, pero estimamos que significativa, muestra.

Por último, es de justicia reconocer que esta obra no se podría haber llevado a cabo sin la generosa aportación de una serie de personas que han contribuido a resolver variados problemas inherentes al propio trabajo. La ayuda de María de los Ángeles López y Fernando Muñoz Hernández se concretó en la traducción de uno de los folletos que acompañaba una de las serie de diapositivas, lo que nos orientó sobre el uso de este material. Posteriormente, Alberto Gavín Acero realizó la traducción de los títulos de las series y del artículo de Susana Roeßiger, que fue revisada por el Profesor Luis Montiel Llorente.

La labor de trasladar las imágenes desde su frágil soporte en cristal, a otros que facilitarían su manejo, presentación y perdurabilidad, se consiguió con la ayuda de José María Soto y Rubén Rodríguez Corrochano, quienes aportaron sus conocimientos y muchas horas de trabajo, que tampoco hubieran podido desarrollar sin el apoyo técnico de Foto Reina, de Foto Royca y de Serafín, el fotógrafo del pequeño pueblo de Domingo Pérez, que aportaron el material necesario.

Los testimonios de José María Tapia García de Paso, Lourdes Martín González y José María Bravo, junto con la información extraída del Archivo Municipal, ayudaron a completar la información sobre el Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina.

El trabajo de Marco Antonio Marcos, Jerónimo Martín de Bernardo e Ignacio Rodríguez Sobrino, del Centro Regional de Salud Pública, ha resultado decisivo para el tratamiento informático y presentación del texto e imágenes.

Queremos agradecer asimismo la sensibilidad de los antiguos trabajadores del Centro Secundario de Higiene, y de los actuales del Centro Regional de Salud Pública, que durante 70 años han mantenido las colecciones de diapositivas sin desprenderse de materiales que, aparentemente, el progreso del conocimiento y la técnica habían dejado obsoletos.

Por último, debemos mostrar nuestro reconocimiento a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, con cuyo apoyo económico y moral ha sido posible editar este libro.

Gracias a todos.

LA SALUD PÚBLICA EN LA ESPAÑA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA
Catedrático de Historia de la Ciencia
Facultad de Medicina
Universidad de Granada



INTRODUCCIÓN

La Salud Pública, en cuanto actividad profesional especializada, tiene un origen reciente que en España se remonta al siglo XX. Su génesis y desarrollo ha estado unido al del afianzamiento de la parcela de las administraciones públicas denominada Sanidad. Por este motivo, los estudios históricos acostumbra a acercarse al pasado sanitario dentro de una tipología que sigue las grandes etapas políticas del Estado. Así, en el más reciente trabajo de conjunto publicado, se habla de tres etapas: el primer tercio del siglo hasta la Guerra Civil, el momento del régimen franquista, y el que corresponde a la recuperación de la democracia¹. Sin embargo, tal periodización no se corresponde bien con los propios contenidos profesionales que, si bien es cierto que encuentran su expresión modulada políticamente, tienen su propia autonomía y, en buena parte, se construyen merced a la interacción científica en el plano internacional. Por ello creo que los giros o cambios más importantes en este devenir se aprecian mejor si admitimos cuatro etapas en la historia de la Salud Pública española del siglo XX: formación (1904-1925), consolidación (1926-1957), difuminación (1958-1980) y renacimiento (1981 en adelante).

Estas cuatro etapas se trazan a partir de determinados hitos o sucesos que marcan una novedad destacable, que se desarrolla en el periodo consecutivo. Así, la promulgación de la Instrucción General de Sanidad en 1904, que generalizó la figura de los inspectores de Sanidad; el Reglamento de Sanidad Provincial de 1925, por el que se crearon los Institutos provinciales de Higiene, y el comienzo en 1926 de la publicación del *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, más tarde *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, como expresión de la existencia de un cuerpo doctrinal y una investigación propia; la extensión al mundo rural de los beneficios del Seguro de Enfermedad (Decreto de 18 de octubre de 1957), a la vez que se producía el fin de las campañas sanitarias que habían subsistido en la posguerra; o el inicio de las transferencias sanitarias a las administraciones autonómicas en 1981.

En el presente trabajo, vamos a resumir los contenidos de esos dos primeros momentos, de formación y consolidación, a título de introducción general a los restantes capítulos de este libro, en los que se estudiarán con detenimiento los más importantes aspectos sectoriales de la actividad sanitaria. Para ello voy a emplear fundamentalmente mis trabajos anteriores sobre este asunto, completados con la bibliografía relevante posterior².

1. MEDICINA SOCIAL Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

El proceso industrializador se había acompañado, en los países europeos y

¹ MARSET, RODRÍGUEZ, SÁEZ (1998).

² Véase la relación bibliográfica con la que termina este capítulo.

líderes imperiales, de una consideración de la enfermedad como fenómeno colectivo, en cuya imagen ominosa se sumaban los miedos de la degeneración física y psíquica de la población en su conjunto (o de segmentos privilegiados dentro de ella) y la percepción del enfrentamiento de clases. La interpretación en términos sociológicos de la etiología morbosa, la cuantificación estadística, el cálculo en términos económicos de lo que suponían las enfermedades y la muerte prematura, sumado todo ello a una voluntad de pacificar la esfera social, hizo que a los fundamentos fisiológicos y micro e inmunológicos de la Higiene se sumaran de manera explícita los higiénico-sociales. Desde esta matriz ideológica se prepararon programas de intervención médica mucho más incisivos, con mayor capacidad de atracción y de influencia, que se dirigieron a la población sana, aunque considerada en riesgo, y con un explícito componente de educación de masas. De esta forma, a lo largo del primer tercio del siglo, se consolidaron una serie de tecnologías de intervención que, más allá de la tradicional preocupación por las condiciones físicas del medio, se centraron en grupos humanos en riesgo; es lo que se denominaron campañas o luchas sanitarias y caracterizaron la época de la Medicina Social.

Dichas campañas se organizaron de forma independiente y autónoma por grupos de filántropos, activistas y médicos, como actividades caritativas ajenas al Estado. Sin embargo, un rasgo notable durante la primera mitad del siglo consistió en la creciente asunción por el Estado de competencias en materias referidas a la salud de la población, que se acompañó de la creación de un aparato de intervención cuyos puestos de trabajo fueron ocupados por profesionales de nueva especialización. Este desarrollo de la administración sanitaria estuvo muy ligado a la presión internacional, en la medida en que distintos controles y exigencias se hicieron imprescindibles para la interacción comercial y política; de manera que la tradicional localización fronteriza de la vigilancia sanitaria se extendió al conjunto de los territorios nacionales. En esta faceta resultó más decisivo el peso alcanzado por los saberes de laboratorio, en especial los relacionados con la microbiología, parasitología e inmunología, que constituyeron el núcleo en torno al cual se construyó un saber especializado en materia preventiva. Los nuevos cuerpos burocráticos (en el sentido de propios de la administración) actuaron a favor de la extensión y fortalecimiento de las competencias administrativas estatales, a la vez que de sus propias competencias monopolísticas, de modo que aquellas campañas, iniciadas en general como benéficas privadas, pasaron a ser parte de las actuaciones estatales. La cronología del desarrollo de dos de las más importantes, la centrada en la tuberculosis y la campaña puericultora, apoya la división que hemos propuesto con anterioridad. La Asociación Antituberculosa Española nació en 1903, y un año después el Patronato antituberculoso de Cataluña, mientras que la campaña contra la mortalidad infantil (en cuyo seno se desarrolló la Puericultura) contó con dispensarios propios desde 1902 y se apoyó en la ley de Protección a la Infancia, de 1904. La campaña más antigua de todas, la antivenérea, que contó con servicios de Higiene especial desde mediados del siglo XIX, se generalizó a partir de la promulgación de unas *Bases para la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas*, de

1918, como la lucha antipalúdica comenzó de forma reglada a nivel estatal en 1920, fecha de constitución de la Comisión para el Saneamiento de Comarcas Palúdicas, si bien esta adoptó su forma madura y más eficaz, como Comisión Central de Trabajos Antipalúdicos, a partir de 1924.

Un último rasgo de la constelación médico-social es su pulsión por intervenir en la solución de la «cuestión social» con una perspectiva de conciliación de clases, a través de medidas tales como la instauración del seguro de enfermedad. Resulta llamativo comprobar que desde las filas de los sanitarios oficiales hubo un apoyo continuo a los planes del Instituto Nacional de Previsión (INP, en adelante), desde la Conferencia de Seguros sociales de 1917, para que la previsión española cubriese el riesgo de enfermedad³.

2. LA FORMACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

La etapa de formación o nacimiento de la Salud Pública española supuso la forja de una voluntad de modernización de la vida española, en particular de la Administración del Estado, que partía de la conciencia de vivir un grave atraso; en nuestro caso, una situación sanitaria calificada de «desastre», «vergüenza» o «deshonra». La comparación con los países europeos occidentales denotaba importantes deficiencias del lado español, tales como los pésimos servicios de suministro de agua y alcantarillado urbanos, la ausencia de servicios organizados de estadística sanitaria, mayor mortalidad general y mayor presencia de enfermedades infecto-contagiosas entre sus causas. Esta conciencia de atraso facilitó el seguimiento de distintos acuerdos internacionales, los Convenios de París de 1903 y 1912, en particular los referidos a los servicios fronterizos de sanidad, marítimos y terrestres (lo que dio lugar a la inversión de presupuestos extraordinarios para sanidad en 1909-11), los acuerdos de Washington de 1919, que recomendaban la puesta en marcha de un Seguro de Maternidad (hecho realidad a partir de 1931), o la búsqueda de un compromiso con la Fundación Rockefeller, que intervenía extensamente en el panorama sanitario europeo posterior a la I Guerra Mundial, acuerdo firmado en 1922 y desarrollado con fuerza a partir de 1924⁴. La voluntad modernizadora fue tomando cuerpo mediante la creación de una nueva legislación y administración sanitarias.

Es fácil conectar esta nueva conciencia en el ámbito de la salud con la catástrofe del 98, en la medida en que la situación motivada por la guerra ultramarina llevó a preocuparse por las expresiones internas de la crisis, entre ellas la desatención sanitaria como productora de la debilidad de la población, o la raza, como se decía entonces.

³ RODRÍGUEZ, ORTIZ (1988), PORRAS GALLO (1998)a.

⁴ WEINDLING (ed.) 1995; LÓWY, ZYLBERMAN (eds.) (2000).

El discurso regeneracionista en la administración sanitaria de los dos primeros decenios del siglo veinte fue, sobre todo, crítico; pero de una crítica más cercana al lamento o a la queja que al análisis programático. Bien es cierto que hubo una importante actividad legislativa, de la que sobresale la Instrucción general de Sanidad de 1904 (auténtica clave en la formación de la salud pública española) y el R.D. de 10 de enero de 1919 (sobre declaración de enfermedades infecciosas), tendentes a crear una responsabilidad local. Como escribió el Director general en 1921, la administración sanitaria debía entenderse como una rama del régimen municipal y provincial⁵, y de ahí su adscripción entre las competencias del Ministerio de la Gobernación. Pero las estrecheces derivadas de la estructura caciquil de aquellos en absoluto fueron cuestionadas por los principales protagonistas de la administración sanitaria en ejercicio, desde Amalio Gimeno a Manuel Martín Salazar. Esta misma limitación actuó como generadora de la reivindicación centralista/estatalista tan común a los sanitarios españoles del primer tercio del siglo veinte, que buscaron en la creación de cuerpos estatales la autonomía profesional y la garantía de sueldo, condiciones ambas que peligraban, en su opinión, estando al servicio de los poderes locales.

Resulta representativo del escaso fuste de los anhelos regeneracionistas la falta de referencias al problema de la intervención en Marruecos por parte de los portavoces sanitarios, cuando la guerra y sus efectos (por ejemplo, sobre los presupuestos del Estado) constituían uno de los primeros problemas de la Salud Pública estatal. Sólo una personalidad marginal en el contexto oficial, aunque tan atractiva como Philip Hauser (1832-1925), denunció la intervención en Marruecos como un pésimo negocio sanitario, puesto que obstaculizaba por sí misma la mejora de la salud pública y de la escolarización y aumentaba la debilidad poblacional con su «gasto de sangre»⁶.

Con anterioridad a la Dictadura de Primo de Rivera, los mejores frutos de las reformas en Sanidad fueron la fundación en 1899 del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII, sobre el fallido intento de un Laboratorio o Instituto Central de Bacteriología e Higiene de 1894, que, a partir de 1914, se denominó Instituto Nacional de Higiene⁷, la promulgación del código de 1904, y la adecuación o puesta a punto de los servicios de sanidad exterior entre 1909 y 1912. En el contexto de la coyuntura revolucionaria, entre 1917 y 1921, trágicamente realzada por la gripe epidémica, además, se produjo, el alumbramiento de la discusión acerca del seguro de enfermedad, acompañada de propuestas sobre nacionalización de la medicina⁸, ideas que se intentaron introducir en los proyectos legislativos de prevención de enfermedades transmisibles⁹.

⁵ MARTÍN SALAZAR (1921), p. 6. Actuación (1926), p. 82.

⁶ HAUSER (1913), II, p. XVII.

⁷ PORRAS GALLO (1998)b.

⁸ Clarificador y sugerente sobre este tema es el trabajo de Rafael HUERTAS GARCÍA-ALEJO (1994).

La gran baza con la que Manuel Martín Salazar (1854-1936) inauguró su empleo de Inspector general de Sanidad exterior en 1909 fue la gestión de cerca de cuatro millones de pesetas concedidos en forma de créditos extraordinarios para gastos de Sanidad, entre 1908 y 1911¹⁰. Con ellos se habilitaron de nueva planta, o se repararon, se dotaron de material (básicamente, aparatos de desinfección) y de personal las estaciones sanitarias marítimas, así como las terrestres, se reabrieron dos lazaretos, uno en el Mediterráneo (Mahón) (que no quedó habilitado hasta 1917) y otro en el Atlántico (San Simón, en Vigo) y se acomodaron dos Sanatorios marítimos para niños en Oza (La Coruña) y Pedrosa (Santander). Estos gastos respondieron a la obligación política generada por la firma de los Convenios de París de 1903 y 1912, respectivamente, en presencia de una nueva amenaza epidémica catastrófica, el cólera que asolaba el Este y el Sur de Europa, y de la que se subrayó su carácter de amenaza comercial tanto por gobiernos liberales como conservadores. Y, sin embargo, la puesta a punto de estos dispositivos fronterizos, apoyados básicamente sobre la labor de uno o dos médicos y una porción de instrumentos desinfectores, se llevó a cabo con la sospecha de que era insuficiente por sí misma. En efecto, la nueva Conferencia de París, celebrada en el invierno de 1911-12, lo confirmó cuando dispuso, por ejemplo, que los casos sospechosos de cólera dejarían de serlo tras dos análisis bacteriológicos negativos en 24 horas. Y en el terreno del laboratorio, las deficiencias hispanas eran notorias, en instalaciones y en personal capacitado, como puso de inmediato de manifiesto Martín Salazar (1913).

Pero la principal novedad del Novecientos fue la organización de un servicio sanitario permanente, de alerta, higiene y prevención, en el interior del Estado, que se diseñó en la Instrucción General de Sanidad (IGS), promulgada con carácter de Real Decreto en 1904. La IGS, pieza legal que puede encuadrarse dentro de la dinámica de leyes intervencionistas de los primeros años del siglo, definió tres componentes de la administración sanitaria: la línea ejecutiva, la consultiva y la inspectora. La primera estaba unida al Ministerio de la Gobernación y se ejercía a través de las autoridades civiles. La organización consultiva se articulaba mediante el Real Consejo de Sanidad y las Juntas de Sanidad provinciales y municipales. A estas Juntas se las obligaba a establecer Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación (similares a los ya existentes en ciertas capitales, como Madrid, Barcelona, Valencia o San Sebastián). Por último, la función inspectora correspondía a las nuevas figuras de los Inspectores de Sanidad, igualmente generales, provinciales y municipales, cuyas obligaciones eran las de vigilar el estado de salud pública y sustentar técnicamente los acuerdos y resoluciones de los órganos anteriores. El texto legal regulaba también las actividades de los gobiernos locales en lo que se refería a salubridad y atención sanitaria a los pobres.

Resulta necesario precisar que el impulso regeneracionista se apoyó en una

¹⁰ Cf. La reorganización sanitaria en España (1909) y La obra sanitaria en España (1914). Ambas son sendas rendiciones de cuentas por parte de los ministerios conservador (1908-1909) y liberal (1909-1912) del empleo de dichos fondos.

serie de acontecimientos, medidas e instituciones promovidas a lo largo del siglo anterior, que, a su vez, hunden sus raíces en tradiciones que se remontan a la Baja Edad Media y en conocimientos que se hicieron relevantes a partir del siglo XVI. En efecto, buena parte de la organización configurada mantenía el armazón central determinado por la Ley de Sanidad de 1855, esquema básico que tampoco se modificó en la siguiente Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Por lo que hace referencia a la administración periférica, la figura de los *inspectores*, de raigambre británica, se venía auspiciando desde 1849, cuando, por iniciativa del Consejo de Sanidad, se acordó, infructuosamente, la creación de inspectores municipales de salud pública en las ciudades mayores de 20.000 habitantes¹¹.

La IGS modificó la estructura —y el sentido— de la vigilancia de la salud de las poblaciones, de modo que pasó a tener prioridad el conocimiento de su estado habitual frente al tradicional miedo ante la amenaza externa. Con los nuevos Inspectores se quería atender a la vigilancia y profilaxis de todas las enfermedades infectocontagiosas, a la salubridad urbana, a la higiene alimenticia y al control de vacunaciones, además de proveer al mantenimiento de la estadística sanitaria.

Pero la aplicación de lo previsto por la norma fue lenta, tardía y poco afortunada. Los puestos de Inspector provincial, carentes de dotación económica alguna en su inicio y durante largos años, resultaron poco apetecibles y su principal tarea se centró en la dirección de los servicios de higiene de la prostitución. Las conclusiones de la Primera Asamblea Nacional de Inspectores provinciales, celebrada en noviembre de 1916 fueron taxativas al respecto, volcándose las críticas contra el estado de las administraciones locales en las que se engarzaba orgánicamente su existencia. En 1921, una nueva Asamblea pidió que se dotaran las inspecciones con algo más que el único puesto de inspector, a fin de poder actuar. Como respuesta, y a semejanza de una brigada sanitaria central adscrita a la Inspección General existente desde 1910, se dispuso la constitución de Brigadas Provinciales, que debían mantenerse mediante la aportación mancomunada de los distintos municipios, y gobernadas por una junta *ad hoc*, mezcla de autoridades civiles, funcionarios y técnicos, entre ellos el Inspector provincial. Hasta la reforma de 1925, sin embargo, las posibilidades de actuación de estos fueron muy limitadas.

La estructura municipal, por su parte, es dudoso que llegara a implementarse con carácter general. El Inspector general de Sanidad afirmó, diez años después de promulgada la disposición legal, que «esa inspección no existe actualmente organizada en España». En mayo de 1924, la Asamblea Nacional de Químicos y Bacteriólogos Municipales, reunida en Madrid, exigió, como principal reivindicación, que los Ayuntamientos cumplieran con las obligaciones que tenían asignadas en materia sanitaria por las disposiciones vigentes. Esto no cuenta para algunas de las mayores capitales que, como Madrid, Barcelona o Valencia tenían organizados servicios municipales de desinfección, laboratorios químicos (para análisis de aguas y ali-

¹¹ Proyecto de Reglamento de Inspectores de salubridad. El Monitor de la Salud, 1860, 3, 186-189.

mentos) y laboratorios microbiológicos desde finales del siglo anterior, como entidades separadas o fusionadas en forma de Institutos de Higiene Urbana. Estos servicios quedaron igualmente exentos de fusionarse dentro de los Institutos provinciales de Higiene dispuestos a partir de finales de 1925.

Como hemos indicado más arriba, el comienzo del siglo coincidió también con el despertar de la actuación autónoma de grupos privados, nobles y burgueses, apoyando la instalación de centros de atención preventiva dirigidos hacia determinadas causas de muerte especialmente ubicuas, como la tuberculosis o la mortalidad infantil por causa alimenticia. Y no decimos más, toda vez que se da cuenta de su evolución en otros capítulos del presente libro.

3. EL ESTADO DE LA SALUD PÚBLICA EN 1925 EN ESPAÑA. UNA AUDITORÍA EXTERNA

Como hemos indicado, en 1922 se firmó un acuerdo de cooperación entre el Gobierno de España y la Fundación Rockefeller, negociado por el secretario permanente de la Junta para Ampliación de Estudios, José Castillejo (1877-1946). La misma existencia de esta institución fue una de las razones principales que convencieron a la entidad norteamericana de la conveniencia de establecer relación con España, al encontrar en ella fines y empeños muy similares a los suyos. La tradición institucionista, laica, krausopositivista, se dio la mano con la filantropía baptista y la ideología científicista.

El contenido del acuerdo de colaboración preveía dos fases. En un primer momento se enviaría un sanitario cualificado para acometer un estudio sobre la extensión de la anquilostomiasis en España y proponer medidas para su erradicación; la segunda fase, facultativa en función de la marcha de la primera, consistiría en una actuación piloto de Salud Pública integral en algún punto de España, municipio o zona. Durante todo el tiempo, se aplicaría un programa de becas para estudios de posgrado en Salud Pública, que comenzó con la estancia en Estados Unidos de Julio de Prada, Antonio Ortiz de Landázuri y Donato Fuejo García entre 1923 y 1924.

La persona destinada a España fue Charles A. Bailey, que con anterioridad había colaborado con las actividades de la Fundación en la República de El Salvador. Sus órdenes le obligaron, mientras llevaba a cabo la intervención contra la anquilostomiasis —que se desarrolló entre diciembre de 1924 y abril de 1926—, a estudiar la situación general sanitaria, con vistas al desarrollo de la segunda fase del acuerdo.

El resultado fue un *Report on Public Health in Spain (Informe sobre la Sanidad española)*, enviado a Nueva York en abril de 1926¹². Su contenido comienza por el abordaje de una descripción básica de tipo geográfico, económico, políti-

¹² Public Health in Spain. Rockefeller Archive Center, Record Group 1.1, Projects, Series 795 Spain, Box 1, Folder 2.

co y cultural. A continuación, examina la estructura y funcionamiento de la administración sanitaria, en sus niveles central, provincial y municipal, siguiendo el propio organigrama de los mismos. Se fija en detalles como el número, la distribución y la remuneración del personal, así como da cuenta de una serie de visitas puntuales a distintos centros. Así, dentro de su repaso a la Inspección general de Sanidad interior, relata su contacto directo con las Brigadas sanitarias o Institutos de higiene provinciales de Jaén, Sevilla, Córdoba, Vizcaya, Oviedo, Málaga, Valencia, Barcelona, Toledo, Palencia y La Coruña. Explica su dotación tecnológica y en personal, las actividades de las que halla constancia (en general, muy escasas) y anota unas mínimas estadísticas demosanitarias correspondientes a 1924.

Esta es la transcripción de la visita a Toledo.

Charles A Bailey.
Informe sobre la Sanidad española (1926)
Provincia de Toledo

Esta provincia posee una brigada sanitaria compuesta por el Inspector provincial de Sanidad, un ayudante médico, un bacteriólogo, un analista y un veterinario.

Existe un hospital provincial con 350 camas. Mantiene una consulta externa general diariamente, pero carece de pabellón separado para infecciosas. También existe un pequeño hospital privado.

Los problemas de la provincia de Toledo son: fiebre tifoidea endémica en casi todos los pueblos; paludismo presente en una amplia extensión de la provincia; fiebre de malta muy común; mortalidad infantil muy elevada, debido principalmente a infecciones intestinales, así como ántrax en numerosas poblaciones.

El Inspector provincial de Sanidad no dispone de estadísticas de morbilidad ni de mortalidad y no sabe prácticamente nada de las condiciones sanitarias de la provincia. Tiene un laboratorio químico y bacteriológico donde se realiza muy poco trabajo. Dispone del habitual servicio de desinfección.

La ciudad de Toledo no posee organización sanitaria alguna, excepto un laboratorio en muy malas condiciones, de tipo químico y bacteriológico, y una estación desinfectora bien equipada. No produce ni suero ni vacunas. Tiene una Casa de socorro donde trabajan cinco médicos y dos practicantes.

El suministro de agua procede de tres manantiales de propiedad municipal. Dos de los suministros se unen y se almacenan en tanques, donde sufren cierta sedimentación, pero el tercero llega di-

rectamente hasta los hidrantes callejeros. La mayoría del servicio va a quince hidrantes callejeros, aunque unas pocas casas están dotadas con cañerías.

También se bombea agua desde el río, bastante polucionado, que circunda la ciudad. Esta agua, sin embargo, no es para beber, aunque muchos la emplean para consumo humano. Hay numerosos pozos ciegos en la ciudad. El alcantarillado es muy escaso, muy antiguo y está en malas condiciones. Sus conducciones se encuentran situadas por encima de los conductos de agua y con frecuencia presentan juntas rotas o que gotean. Las condiciones generales de vida son pésimas y la ciudad está muy sucia.

Toda la basura se amontona en las calles y posteriormente es recogida por una contrata y tirada en las afueras de la ciudad.

Se vende leche de cabra y de vaca, principalmente la primera. Un veterinario se encarga de recoger muestras de leche de los vendedores para su examen químico, aunque durante todo un año sólo se han obtenido 44 muestras.

Hay un único dispensario de enfermedades venéreas para prostitutas, que abre dos veces a la semana, y esta es la única medida de vigilancia contra las enfermedades infecciosas que existe en la actualidad.

Estadísticas en 1924

Población provincial: 450.544

Tasa de mortalidad general por 1.000: 22.2

Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos: 192.0

Tasa de mortalidad por Tbc pulmonar por 100.000: 83.6

Dentro de Instituciones sanitarias, visita sus centros adscritos, el Instituto Nacional de Higiene, el Hospital del Rey, la Brigada sanitaria central, el Sanatorio antituberculoso Lago y los preventorios infantiles de Oza, Pedrosa y la Malvarrosa. Para cerrar el apartado, expone la plantilla completa de la Dirección general de Sanidad (número y remuneraciones: en inspectores de sanidad exterior, sanidad provincial, instituciones sanitarias y brigada central), que ascendía a 158 titulados superiores.

El siguiente apartado se titula «Estadísticas demográficas», y luego de exponer la confección de las mismas y su relación con la Dirección general de Sanidad, reproduce una serie de datos cuantitativos sobre las distintas variables demográfico-sanitarias de interés, referidas al año 1924, como tasas de mortalidad infantil y tasas de mortalidad específicas por algunas enfermedades infectocontagiosas. Añade un diagrama de barras que muestra las diez provincias con peores

indicadores de mortalidad. Este capítulo ilustra la visión epidemiológica de base poblacional que sustentaba el acercamiento de la escuela norteamericana a los problemas de la salud pública. No sorprende, por tanto, que en muchos de sus informes sobre los organismos provinciales de sanidad (como en el referido a Toledo antes transcrito) Bailey se extraña de la ausencia de la recogida de datos provinciales sobre morbi-mortalidad, cuyo conocimiento y comentario consideraba esencial para el correcto desempeño de una labor inspectora.

Como «enfermedades transmisibles» reúne todos los datos en otro apartado, también por quinquenios, y comenta las peculiaridades de la declaración obligatoria, la incidencia de las más destacadas y las medidas sanitarias a que dan lugar. Los apartados dedicados a la anquilostomiasis y paludismo son los más extensos, por nutrirse, el primero, del informe de la misión de Bailey por los territorios mineros¹³, y del propio de la Comisión Central Antipalúdica, que ilustra con numerosas fotografías de su viaje por los Dispensarios de Naval Moral de la Mata, Jaráiz, Jarandilla, Talavera de la Reina, Alcolea y Fuente Ovejuna, en el otro caso. Las últimas treinta páginas repasan los problemas de la salud infantil, la enfermería, la higiene rural, la educación sanitaria y los hospitales, además de dar cuenta de la existencia y funciones de la Junta de Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas.

El texto finaliza con tres conclusiones: conceder muchas becas para el extranjero, apoyar económicamente los trabajos antipalúdicos y subvencionar la campaña contra la anquilostomiasis minera. Las tres fueron seguidas por la *International Health Board* y su sucesora, la *International Health Division* (desde 1927).

Considerado como una visión experta y exterior al sistema, el Informe resulta en conjunto muy crítico. Atraso, desidia, falta de preparación y de motivación son argumentos reiterados. La dotación técnica de las instituciones oficiales de sanidad, en especial los Institutos, le pareció acertada, sólo que muy poco usada. Eso explicaba que ni siquiera donde existían laboratorios bacteriológicos oficiales se realizara la vigilancia permanente de las aguas potables y de la leche (salvo excepciones como en Bilbao, aunque allí se carecía de Instituto Provincial). Tampoco se tomaban medidas sistemáticas para solucionar su contaminación. Los parabieses son escasos, apenas las menciones del trabajo antipalúdico y el de Sayé y, en general, del Instituto de Higiene Urbana barcelonés. Por todo ello, su autor concluía con el diagnóstico del «carácter primitivo» de la sanidad hispana, a la que sobran afanes constructores y empeño por desinfectar mientras escaseaba el personal bien cualificado y dedicado a su trabajo. Como expresó a sus superiores en marzo de 1926, en un anticipo de los contenidos del posterior *Report*: «La sanidad (española) es un desastre»¹⁴. Hasta tal punto que se le ocurría pensar que la organización sanitaria no había tenido nada que ver con la mejora de la mortalidad registrada en los últimos

¹³ Publicado en España en el número 1 del Boletín de la DGS.

¹⁴ The whole public health service is fundamentally wrong, literally one might say almost non-functioning. Bailey a Gunn, 18-03-1926 (enviada a Russell, 9-04-1926), RAC, RF, 5, 1.2, 273,

diez años; sólo las mejores condiciones de vida y los mayores salarios serían explicación suficiente.

4. LA CONSOLIDACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Si la Instrucción General de Sanidad de 1904 generalizó la figura del Inspector de Sanidad, el Reglamento de 1925 generó el soporte técnico indispensable (los Institutos provinciales de Higiene) para hacer realidad sus competencias y el acuerdo con la Fundación Rockefeller aportó un sustrato de formación especializada, hasta que la consolidación de la Escuela Nacional de Sanidad permitió generar un flujo continuo de especialistas, sin menoscabo de la importante labor formativa que asumió la organización antipalúdica oficial desde sus comienzos, y donde el servicio correspondiente de Talavera de la Reina participó desde sus inicios. Por ello, entre 1926 y 1957 —pese al terrible impacto de la guerra— la Salud Pública vivió un periodo de afirmación o consolidación, con la generalización del modelo jerárquico-territorial en cuatro niveles (central, provincial, comarcal y local), la atención por la salud rural y el trabajo en forma de campañas médico-sociales.

El Reglamento de Sanidad provincial de 20 de octubre de 1925 dispuso la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial (Brigadas sanitarias, Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación, preexistentes o nacidos por imperativo de la Instrucción General de Sanidad en todas las ciudades de más de 15.000 habitantes) en un único Instituto de Higiene, bajo la dependencia funcional y administrativa del Inspector provincial. Las obligaciones de la nueva dependencia reunían las tareas de epidemiología y desinfección, análisis clínicos, higiénicos y químicos, vacunaciones, propaganda sanitaria y estadística, así como funciones docentes. Esta innovación dotó a los sanitarios provinciales de auténticas competencias, si bien su entrada real en vigor fue dilatada en el tiempo y estuvo sujeta a la rigidez burocrática de la administración, a la falta de prioridad política del problema de la salud y a la escasa capacidad de muchos de los responsables provinciales, como indica el Informe redactado por Bailey que hemos comentado antes. Por su parte, el Reglamento de Sanidad Municipal creó el Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad, al que se accedía por oposición nacional, lo que les confería cierta autonomía de los poderes locales, y dispuso la instalación de unas «oficinas municipales de higiene». Sin embargo, apenas se había conseguido instalar un puñado de ellas para 1934.

La falta de personal capacitado técnicamente y el sentido urbanocéntrico casi exclusivo de sus intervenciones eran dos importantes obstáculos para la consolidación del sistema de protección. El acuerdo con la *International Health Board* (IHB, en adelante) de la Fundación Rockefeller resultó decisivo en tres terrenos: facilitar la extensión de la salud pública al ámbito rural, suministrar becas para la formación especializada de médicos, enfermeras y algún ingeniero en Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Italia y otros países, y, como radical novedad, exigir la

dedicación completa al servicio público, naturalmente mejor remunerado de lo que estaba hasta la fecha. Por tal motivo, una parte importante de los recursos financieros aportados se invirtieron en incrementar los sueldos de los directores de los proyectos en los que colaboró directamente la Fundación, como Sadí de Buen, a cargo de la lucha antipalúdica, Ruiz Morote, Inspector provincial de Sanidad de Cáceres y director del centro modelo de Vallecas, o Marcelino Pascua, jefe de la sección de estadística sanitaria.

El programa de becas, comenzado a aplicar de inmediato a la firma del acuerdo, sufrió una parálisis de un año, similar a la consecutiva al golpe militar en la vida de la J.A.E., pero, entre 1925 y 1930, amparó a otras 21 personas, 19 médicos, de los cuales se especializaron 14 en salud pública general, cuatro en laboratorio y uno en estadística, además de un ingeniero sanitario y una enfermera. Entre 1931 y 1936 se dotaron otras 20 becas, 15 para mujeres, una matrona y las restantes para enfermería de salud pública, y 5 en médicos varones, tres para administración sanitaria y dos para laboratorio. Esta distinta composición del personal obedece a las prioridades marcadas por la IHB; durante el primer quinquenio, refuerzo del centro sanitario y de la lucha antipalúdica; durante el segundo, la creación de la enfermería de salud pública¹⁵.

Era opinión corriente en la época que la extensión de la asistencia benéfica en las ciudades no se correspondía con la exigüidad de la misma en los núcleos urbanos más reducidos¹⁶, siendo un hecho la fijación urbana de las campañas preventivas. El acuerdo con la Fundación norteamericana sirvió también de estímulo decisivo para que el Gobierno provisional de la República afrontara como objetivo explícito el extender a la mayoritaria población campesina «los principios científicos de la Sanidad», a la vez que persiguió unificar las administraciones sanitarias e implantar el Seguro Social de enfermedad. Para ello siguió las pautas diseñadas por la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones (reunión de Budapest, octubre de 1930) y la Conferencia europea de Higiene rural, convocada a petición española (Ginebra, junio-julio 1931), donde se defendió un sistema integrado de Centros de Higiene a tres niveles, primario, secundario y terciario (este último coincidiría con el Instituto provincial de Higiene), de fuerte contenido preventivo, procedente de las experiencias sureñas norteamericanas y aplicado con rasgos propios por reformadores como Andrija Stampar en Serbia. Era justamente el modelo que se probó en España con la ayuda de la Fundación Rockefeller al regreso de algunos becarios (tal como Bailey se había planteado)¹⁷, en Cáceres a partir de 1929, más tarde en Murcia y Albacete.

¹⁵ Bernabeu Mestre, Gascón Pérez (1995).

¹⁶ SIERRA VAL (1918).

¹⁷ Opinión transmitida por S. Gunn a W. Russell, 3-09-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.

En 1932, Marcelino Pascua Martínez (1897-1977), primer Director general de la Sanidad republicana y becario Rockefeller, planeó su extensión a toda España, de modo que en diciembre de ese año funcionaban 16 Centros secundarios, que eran 46 en febrero de 1936, al menos sobre el papel, cuya dotación se encomendó a personal especializado de los Cuerpos de Sanidad Nacional. El contenido funcional de los mismos era el siguiente: todos contaban con atención maternal, puericultora, de higiene escolar, odontología, oftalmología y ORL, tuberculosis, venéreas, laboratorio y rayos X, a cargo de especialistas. Cuando estos no estaban disponibles en la localidad, se recurría a transportarlos desde la capital para sus horas de visita.

Esta estrategia horizontal, de recoger los distintos aspectos de las intervenciones preventivas en un único centro, chocó con el origen separado de las campañas y su sustrato profesional especializado. Por ejemplo, los puericultores reclamaron su independencia organizativa separada, a escala provincial, con dotación de Institutos provinciales y dispensarios locales especializados, lo que no fue aceptado por ningún gobierno republicano¹⁸.

Los Centros primarios se instalaban y actuaban bajo la supervisión de los secundarios, pero su manejo corría a cargo de los médicos titulares, auxiliados por la matrona y practicante de la localidad, así como por la (enfermera) instructora de Sanidad ambulante. De este modo, los nuevos Centros primarios y secundarios de Higiene localizados en zonas endémicas incorporaron entre sus competencias mínimas y habituales las de la campaña antipalúdica, como en la provincia de Cáceres o en el Delta del Ebro, rompiendo con la organización separada¹⁹. La organización antivenérea dispuso su extensión al medio rural a través de los Centros de higiene y se suprimieron los dispensarios especializados en las poblaciones no capitales de provincia en 1935²⁰.

El modelo pasaba por reforzar los Institutos provinciales, para lo que el gobierno provisional dispuso (OO.MM. 17 de julio y 6 de agosto de 1931) un régimen de incompatibilidades para sus directores y los de las estaciones sanitarias de puertos, que fueron vinculados expresamente a los primeros en febrero de 1933 (O.M. 6 de febrero). Conviene saber que, desde 1931, el Consejo General de Médicos llevaba exigiendo la implantación de la dedicación exclusiva en los puestos públicos, como una medida de defensa del mercado de libre oferta sanitaria. Las incompatibilidades con el ejercicio profesional privado y en la acumulación de puestos oficiales fueron revocadas en diciembre de 1933 por el gobierno derechista (OM 15 diciembre de 1933, *Gaceta* del 8). Es pertinente recordar que los primeros puestos dotados en la Sanidad oficial para su desempeño en régimen de exclusividad, o a

¹⁸ RODRÍGUEZ OCAÑA (1985), p. 242.

¹⁹ CAMPO CARDONA, PITA GANDARIAS (1933); CARTAÑÁ CASTELLÁ, CANICIO GARCÍA, FÁBREGA HUGA (1935).

²⁰ Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión social de 1 de julio de 1935, *Gaceta* del 13.

tiempo completo, fueron las plazas de Director jefe de servicios sanitarios y la de Secretario y jefe de laboratorio de la Dirección en los territorios españoles del Golfo de Guinea, creadas en 1928 por la Dirección general de Marruecos y Colonias posiblemente aconsejada por Pittaluga; comentando dicha dotación, que fue ocupada por concurso por el comandante de Sanidad de la Armada Plácido Huerta (del Comité de Redacción de la revista *Medicina de los Países cálidos*, fundada y dirigida por Pittaluga) y por J. Gutiérrez de Lara, procedente del cuerpo de médicos de la Comisión antipalúdica y del Laboratorio de Parasitología, la citada revista subrayaba que

«este criterio del *full time*, que los norteamericanos —muy en particular la Fundación Rockefeller— practican severamente en sus instituciones sanitarias, está llamado a dar excelentes resultados también entre nosotros. Funciones de tan alta responsabilidad y que al propio tiempo exigen una competencia técnica y una cultura especializada, no pueden desempeñarse si a ellas no se dedica toda la actividad, la totalidad del tiempo disponible para el trabajo»²¹.

En 1936, el Gobierno del Frente Popular acometió una ordenación genérica de las funciones, dotación y objetivos de los Centros de Higiene rural. Partía de reconocer a dichos Centros el carácter de «elemento indispensable» de la organización sanitaria, en torno a los que se intentaría, en una etapa posterior, articular las colaboraciones precisas para desarrollar lo que se caracterizaba como «un vasto plan sanitario rural». Todos los organismos sanitarios preexistentes, implicados en proyectos concretos de titularidad estatal (lucha contra el paludismo, contra el tracoma, etc.) debían integrarse en los Centros secundarios. Sus directores, definidos como *higienistas*, quedaban encargados de «realizar el estudio estadístico, demográfico, epidemiológico e higiénico-social de la demarcación, con vistas a una perfecta discriminación de las causas de enfermedad», estudio sobre el que habría de basarse la actividad de la institución. La población bajo su tutela no debía sobrepasar las 100.000 personas, aunque sólo se instalarían aquellos que contaran con el suministro previo de local y medios materiales por parte del Ayuntamiento interesado.

Durante la guerra, en la zona rebelde, se había mantenido la vigencia de la organización anterior, sólo que subordinándola a las necesidades militares. La victoria facciosa significó la extensión de su administración al conjunto de los territorios, con la consiguiente depuración que alcanzó a una cuarta parte de los funcionarios, aproximadamente²², mucho menos que la sufrida por sectores como el magisterio. Al mismo tiempo, se vivió una gravísima crisis sanitaria, con exacerbación de la mortalidad infecciosa, que pasó a representar más de un tercio del total de causas de fallecimiento entre 1939 y 1941, mientras la mortalidad infantil alcan-

²¹ Los servicios sanitarios (1928).

²² MARSET, SÁEZ, MARTÍNEZ NAVARRO (1995).

zaba cotas similares a las de 1923 (148 por mil)²³. La situación organizativa se normalizó entre 1943 y 1944, con el nombramiento del nuevo Consejo Nacional de Sanidad —en metáfora militar, tan propia del momento, «el Estado Mayor con el que restaurar el Orden Público sanitario»—²⁴ y la promulgación de una Ley de Sanidad. El retraso en afrontar una reorganización permanente de la sanidad tenía su raíz en la divergencia profunda en las entrañas del Régimen entre varias «familias», en particular entre el grupo falangista y el católico-militar, que finalmente se resolvió con el reparto de centros de poder: los primeros se quedaron con el Ministerio de Trabajo y el INP, desde el que se continuó el programa de seguros sociales preparado durante la República, mientras que los segundos se aposentaron en el Ministerio de la Gobernación, incluyendo la Dirección general de Sanidad.

Muestra de continuidad en el terreno de la política sanitaria fue la designación como Director general de Sanidad de José Alberto Palanca y Martínez-Fortún (1888-1973), catedrático de Higiene, diputado por la CEDA, militar en activo, que ya lo había sido en la última fase de la dictadura de Primo de Rivera (poco después de haber cumplido una estancia de estudio en Estados Unidos, financiada por la Fundación Rockefeller) y durante la guerra. El eje de esta administración radicaba en las Jefaturas provinciales de Higiene, encomendadas desde el 30 de septiembre de 1939 a jefes de sanidad nacional. En ellas se sumaban competencias en prevención y asistencia médico-social —procedentes de la etapa anterior, de la legislación republicana de 1932— y nuevas competencias de control de las profesiones sanitarias (médicos y farmacéuticos titulares, practicantes, matronas y enfermeras). El desempeño de estas tareas puede considerarse continuista respecto del periodo anterior, puesto que la Ley de Sanidad de 1944 consagró el modelo de atención médico-social al campesinado a través de una organización en tres niveles jerarquizados, se incluyó la Microbiología como asignatura obligatoria en el pregrado de Medicina y se ofreció una formación especializada en la Escuela Nacional de Sanidad. Se organizaron los cuerpos de Sanidad nacional y se articularon bajo una sola dirección política las distintas luchas o campañas sanitarias de origen benéfico, que gozaron en la inmediata postguerra de su momento de mayor respaldo político. En efecto, las pretendidas aspiraciones imperiales del Régimen franquista se tradujeron en medidas de estímulo demográfico, incluyendo la protección de las embarazadas, la campaña de lucha contra la mortalidad infantil o la higiene escolar. Las campañas preventivas sirvieron de vehículo, en todo caso, para la familiarización de la población con la medicina profesional.

Los preventivistas, o expertos en Salud Pública, que se consolidan como profesión en España a partir de 1930, nacen con esta conciencia de ser los dirigentes

²³ PALANCA (1943) y (1958); Jiménez Lucena (1994).

²⁴ La Sanidad española (1950).

naturales de la gestión integral de la salud de las poblaciones, cuando los contenidos de sus prácticas se hacen cada vez más cercanos al médico clínico en la medida en que se centran sobre todo en las personas. En los años republicanos se advirtió el difícil encaje que las propuestas organizativas de una sanidad integral tenían en el mantenimiento de un mercado libre de servicios médicos²⁵. En la posguerra, tras la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad, la tensión prevención/asistencia se volcó del lado de la última, por empeño institucional, en la medida en que sus responsables se sintieron ajenos a la Ley de Sanidad y compitieron, con éxito, con el modelo preventivista.

La guerra no detuvo el proceso de extensión de los seguros sociales, si bien huérfanos de participación obrera real: enfermedad, 1942; vejez e invalidez, 1947; desempleo, 1961; los cuales se unificaron en un sistema de seguridad social (tosco, por sus múltiples desajustes internos y multiplicidad de órganos gestores) en 1963.

Por su parte, desde Gobernación, se confeccionó una Ley de Bases de la Sanidad Nacional, aprobada en 1944, a través de la cual se pretendió codificar tanto el modelo de organización territorial y jerarquizado de los Centros de Higiene, como su dinámica médico-social, uniendo intervenciones preventivas (vacunas, control del medio) y asistenciales de base poblacional (detección precoz de enfermos a base de exámenes masivos entre grupos de riesgo). A la vez, esta Ley pretendió subordinar la actuación del Seguro a los planes, consignas, órganos y aún a los funcionarios de la Sanidad nacional. Fue notoria la polémica entre Palanca y de la Fuente Chaos (1908-1988) —jefe nacional de sanidad de Falange, director de la Obra Sindical 18 de Julio, Presidente de la Federación española de fútbol, 1956, presidente del Consejo general de Colegios Médicos, 1963— sobre quien debía tener la dirección en estos asuntos, en particular sobre la intervención antituberculosa²⁶.

El triunfo se decantó por el Seguro de Enfermedad, amparado por su formidable maquinaria recaudadora, de modo que, junto con la dulcificación de la situación epidémica en los años 50, supuso el eclipse del modelo de medicina social levantado en las tres décadas anteriores. La mortalidad general se situó por debajo de 10 por 1.000 en 1952 y la mortalidad por infecciones dejó de ser la principal causa de muerte en 1953. Poco después, los tisiólogos del Patronato Nacional Antituberculoso y los puericultores de Sanidad se convirtieron en los primeros especialistas de pulmón/corazón y de enfermedades de la infancia de la nueva institución, respectivamente. La ley de bases de 1944, no se cumplió porque el Ministerio de Trabajo la ignoró en lo que hacía referencia a la coordinación, y porque sus mismos proponentes perdieron interés. Por ejemplo, según dicha Ley los Consejos provinciales de Sanidad, como órganos directivos y de coordinación en asuntos relativos a la salud, debían reunirse mensualmente; sin embargo, su devenir fue un total fiasco, en consonancia con lo que estamos señalando: en una provincia

²⁵ RODRÍGUEZ OCAÑA (1994)c, p. 243.

²⁶ MOLERO MESA (1994).

cualquiera, como Almería, durante los 17 años en que estuvo en vigor, se convocó 7 veces (de las 204 reglamentarias)²⁷. De modo que la presencia pública de la sanidad se desvaneció en la España de los años sesenta y setenta.

²⁷MARÍN MARTÍNEZ (1994).

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- Actuación sanitaria durante el bienio de 1924-25.* (1926), Madrid, Ministerio de Gobernación.
- CAMPO CARDONA, Antonio del; PITA GANDARIAS, E. (1933). Nota sobre la lucha antipalúdica en la provincia de Cáceres. *Rev. San. Hig. Púb.*, 8/1, 553-587.
- CARTAÑÁ CASTELLÁ, P.; CANICIO GARCÍA, Y.; FÁBREGA HUGA, J. (1935). Resumen de la campaña antipalúdica realizada en el delta del Ebro desde el año 1925 al 1932, ambos inclusive. *Rev. San. Hig. Púb.*, 8/2, 113-165.
- HAUSER, Ph. (1913). *La Geografía Médica de la Península Ibérica*. Madrid, 3 vols.
- *La reorganización sanitaria en España* (1909). Madrid, Imp. Alemana.
- *La obra sanitaria en España, durante los años 1910 a 1912* (1914). Madrid, Imp. V. Tordesillas.
- La Sanidad española en el último decenio. Discurso de Ministro de Gobernación, Blas Pérez González, a preguntas de dos procuradores en Cortes (1950). *Rev. San. Hig. Púb.*, 24, 469-489.
- Los servicios sanitarios de las posesiones españolas del Golfo de Guinea (1928), *Med. Países Cálidos*, 1, 93-95.
- MARTÍN SALAZAR, Manuel (1913). La Sanidad en España. En: *Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina en la recepción pública del Ilmo. Sr. Doctor... el día 8 de junio de 1913*. Madrid, Impr. Colegio Nacional de Sordomudos y Ciegos.
- MARTÍN SALAZAR, Manuel (1921). *El Ministerio de Sanidad y del Trabajo*, Madrid, imp. Sucesores de E. Teodoro.
- PALANCA, José Antonio. (1943). *Las epidemias de la posguerra. Discurso leído en la solemne sesión celebrada el día 28 de marzo de 1943 en la Real Academia de Medicina*, Madrid, Instituto de España;
- PALANCA, J.A. (1958). *Sociología sanitaria y medicina social en España. Discurso correspondiente a la apertura del curso académico 1958-59*, Madrid, 1958.
- Proyecto de Reglamento de Inspectores de salubridad. *El Monitor de la Salud*, 1860, 3, 186-189.
- SIERRA VAL. Sobre la beneficencia y la instrucción, *Med. Ibero* 1918, 2/5, nº 51, 92-96.

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

- BERNABEU MESTRE, Josep; GASCÓN PÉREZ, Encarna (1995). El papel de la

- enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935). La visitadora sanitaria. *Dynamis*, 15, 151-176.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (1994). Fuerzas sociales y desarrollo de la Salud Pública en España, 1917-1923, *Rev. San. Hig. Pub.*, 68 (número monográfico II Encuentro Marcelino Pascua), 45-55.
- JIMÉNEZ LUCENA, Isabel (1994). El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del "Nuevo Estado". *Dynamis*, 14, 185-198.
- LÖWY, Ilana; ZYLBERMAN, Patrick (eds.) (2000). Medicine as a Social Instrument: Rockefeller Foundation, 1913-45, *Stud. Hist. Phil. Bio. Biomed. Sci.*, 31 (3).
- MARÍN MARTÍNEZ, Porfirio. *La Jefatura Provincial de Sanidad de Almería (1940-1983)*. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, 1994.
- MARSET CAMPOS, Pedro; RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; SÁEZ GÓMEZ, José Miguel (1998). La Salud Pública en España. En : F. Martínez Navarro *et al. Salud Pública*, Madrid, MacGraw-Hill Interamericana, pp. 25-47.
- MARSET, P.; SÁEZ, J.M.; MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1995). La Salud Pública durante el franquismo, *Dynamis*, 15, 211-250.
- MOLERO MESA, Jorge (1994). Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis*, 14, 199-225.
- PORRAS GALLO, Isabel (1994). La lucha contra las enfermedades *devitables+δ en España y la pandemia de gripe de 1918-19, *Dynamis*, 14, 159-183.
- PORRAS GALLO, M. Isabel (1998)a. Los médicos y la prensa frente al Seguro de Enfermedad en la primavera de 1934. Una respuesta a la creación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. En: Jesús Castellanos Guerrero, *et al.* (coord.) *La Medicina en el siglo XX: Estudios históricos sobre medicina, sociedad, estado*. Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 183-192.
- PORRAS GALLO, M. Isabel (1998)b. Antecedentes y creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII, *Dynamis*, 18, 81-105.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1985). Medicina y acción social. En: *De la Beneficencia al Bienestar Social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI editores, pp. 227-266.
- (1986). La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona. *Dynamis*, 5-6, 279-306.
 - (1988). El resguardo de la salud. Administración sanitaria española en el siglo XVIII. *Dynamis*, 7-8, 175-193.
 - (1992). La estadística en la administración sanitaria española del siglo veinte. En: *Las estadísticas demográfico-sanitarias*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III, pp.35-60.
 - (1994a). The making of the Spanish Public Health administration during the first

- third of the twentieth century. *Quaderni internazionale di Storia della Medicina e la Sanità (Siena)*, 3 (1), 49-65.
- (1994b). La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68 [nº monográfico II Encuentro Marcelino Pascua. Junio de 1992], 11-28.
 - (1994c). De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene. En: *Historia y medicina en España. Homenaje al Profesor Luis S. Granjel*, Valladolid, Consejería de Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León, pp. 237-249.
 - (2000a). La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España. *Rev. Esp. Salud Pública*, 74 [nº monográfico, Centenario de Marcelino Pascua Martínez, 1897-1977], 27-34.
 - (2000b). Foreign Expertise, Political Pragmatism and Professional Elite: The Rockefeller Foundation in Spain, 1919-39. *Stud. Hist. Phil. Biol. Biomed. Sci.*, 31 (3), 447-461.
 - (2001a). The Politics of Public Health in State-Managed Schemes of Healthcare in Spain (1940-1990). En I. Löwy (ed.). *Science, Public Policy and Health in Europe*, Paris, pp. 233-256-
 - (2001b). Comodité, ornementation, hygiène. Modernisation urbaine et hygiénisme à l'Espagne du 19ème siècle. En P. Bourdelais, A. Oppinel (coord.) *Hygiène et hygiénistes: Histoire et actualité (XVIIIe-XIXe siècles)*, Lyon, (en prensa)
- RODRIGUEZ OCAÑA, E.; BERNABEU MESTRE, Josep (1997). Physicians and statisticians. Two ways of creating the Health Statistics in Spain. *Continuity and Change*, 12 (2), 247-264.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E; MOLERO MESA, Jorge (1993). La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo veinte en la construcción de la cultura de la salud. En: L. Montiel (coord.) *La Salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense, pp. 133-148.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; ORTIZ Gómez, Teresa (1988). Los médicos españoles y la idea del Seguro Obligatorio de Enfermedad. En: M. Valera, M^a Angeles Egea y M^a D. Blázquez (eds.) *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Murcia-Cartagena, diciembre 1986*. Murcia, Universidad de Murcia, vol. 1, pp. 488-501.
- VALENZUELA, José; RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1988). La política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Reivindicación de un Ministerio de Sanidad. En: M. Valera, M^a Angeles Egea y M^a D. Blázquez (eds.) *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Murcia-Cartagena, diciembre 1986*. Murcia, Universidad de Murcia, vol. 1, pp. 514-523.
- WEINDLING, Paul. (ed.) (1995). *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge, C.U.P.

HACIA UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA PERIFÉRICA: BRIGADAS SANITARIAS E INSTITUTOS PROVINCIALES DE HIGIENE

ENRIQUE PERDIGUERO GIL

Profesor Titular de Historia de la Ciencia
División de Historia de la Ciencia
Facultad de Medicina
Universidad "Miguel Hernández" (Alicante)



INTRODUCCIÓN

La apuesta por la medicina preventiva en el ámbito rural de la sanidad republicana¹ que cristalizó en los Centros primarios y secundarios de higiene rural, una de cuyas concreciones, el caso de Talavera de la Reina, motiva este libro, se enmarca dentro de un proceso más amplio de modernización de la administración sanitaria española que Rodríguez Ocaña² ha caracterizado y dividido en dos etapas: una inicial que iría desde la refundación de la Dirección General de Sanidad en 1899 hasta 1925; y otra posterior de consolidación que comenzaría con los Reglamentos Municipal y Provincial de Sanidad aprobados en 1925 en el marco de la Dictadura del General Miguel Primo de Rivera.

En el marco de este proceso, en el que se produce una creciente intervención del Estado en los asuntos relativos con la Salud Pública a través de instituciones capitaneadas por profesionales de nuevo cuño³, se produce una clara opción por el centralismo a la hora de tratar los asuntos sanitarios –aun con inconsistencias, tal y como tendremos ocasión de examinar– que ya ha sido puesta de manifiesto por diversos autores⁴. Esta opción rompió definitivamente con la tensión entre alternativas centralizadoras y descentralizadoras que venía produciéndose en el país a la hora de ocuparse de la salud de la colectividad, tal y como ya hemos tenido ocasión de resaltar⁵ en otra ocasión. Ello supuso la paulatina puesta en marcha de centros con dependencia estatal a lo largo y ancho del territorio nacional. Durante los años finales del siglo XIX y primeras dos décadas del siglo XX este proceso fue muy variado según las ciudades y las provincias. A partir de 1921 se intentó uniformizar este proceso, primero con la puesta en marcha de Brigadas Sanitarias y posteriormente, ya en 1925, con su refundación, junto con otros centros sanitarios en funcionamiento, en los Institutos Provinciales de Higiene. Estos pasarían, ya en el contexto de la sanidad republicana, a ser considerados los centros terciarios que se ocuparían de la coordinación y apoyo de los eslabones inferiores, los centros secundarios y primarios. A estas instituciones provinciales es a las que está consagrado este capítulo con el objetivo de completar los otros capítulos que, en general, se ocupan de problemas sanitarios más concretos.

¹ JIMENEZ (1994) ha estudiado a nivel legislativo esta apuesta republicana y ha puesto de manifiesto los sucesivos vaivenes que se produjeron en los diferentes periodos de la II República: el bienio republicano-socialista, en el que se inició la política a favor de la higiene rural, la paralización que supuso el llamado “bienio negro”, y el efímero relanzamiento del proyecto en manos del Frente Popular.

² RODRÍGUEZ OCAÑA (1992), p. 51.

³ El proceso por el cual se constituyen los Cuerpos de Sanidad Nacional ha sido estudiado de manera exhaustiva por MOLERO, JIMÉNEZ (2000).

⁴ JIMÉNEZ (1998a), p. 173.

⁵ PERDIGUERO (1997). Remitimos a este capítulo para una descripción más pormenorizada de asuntos relacionados con la sanidad municipal de los que aquí no nos vamos a ocupar.

Dado que durante la dos últimas décadas la atención de la historiografía al desarrollo de la Salud Pública en el ámbito del Estado Español ha sido creciente⁶ en buena medida se trata de sintetizar trabajos previos⁷ y aportar algunos nuevos datos.

1.- LA FASE PREVIA: LABORATORIOS MUNICIPALES, LABORATORIOS PROVINCIALES, INSTITUTOS PROVINCIALES

La organización de instituciones provinciales con el objeto de ocuparse, sobre todo, de la lucha contra las enfermedades infecciosas tuvo una etapa previa de límites difusos en la que fundamentalmente a partir de centros de carácter municipal establecidos en algunas capitales provinciales se pusieron en marcha institutos con ámbito de actuación provincial.

Los centros municipales tuvieron cierta importancia en algunas capitales desde finales del siglo XIX. Desde la temprana atención –para el contexto nacional– prestada al control alimentario en Madrid⁸ hasta el amplio desarrollo de la sanidad municipal que en años posteriores vivieron ciudades como Barcelona⁹ y Valencia¹⁰, esta tendencia se extendió a otras capitales de forma muy desigual¹¹. De hecho,

⁶ No es este el lugar de realizar un repaso exhaustivo de la producción historiográfica reciente sobre Salud Pública, pero si interesa reseñar su pujanza y el conocimiento mucho más detallado que de la atención a la salud de la colectividad en el Estado Español ha resultado de este esfuerzo. En este sentido además de numerosos trabajos dispersos en publicaciones periódicas y algunas monografías merece la pena reseñar una serie de obras colectivas que recogen parte importante de esta producción. Los dos volúmenes sobre Medicina Social y clase obrera coordinados por HUERTAS y CAMPOS (1992), los dos monográficos de la revista *Dynamis* dedicados a la Salud Pública en la España Contemporánea coordinados por HUERTAS (1994a, 1995a), la sección dedicada a Medicina y Estado en la España del siglo XX del volumen colectivo editado por CASTELLANOS et al. (1998, pp. 47-319) son buenos ejemplos de esta tendencia. Además, y especialmente, a través de los encuentros Marcelino Pascua, celebrados entre 1991 y 1997 (GARCÍA BENAVIDES, 2000), plasmados algunos de ellos en publicaciones y de la participación en obras colectivas de la materia (MARSET et al., 1998) se ha tratado de mostrar la pertinencia del abordaje histórico como una herramienta fundamental en la propia práctica de la Salud Pública (PERDIGUERO et al., 2001).

⁷ Si bien muchos trabajos, al ocuparse del desarrollo de la Salud Pública en España durante el siglo XX, han tratado un aspecto u otro de las instituciones provinciales este trabajo es especialmente deudor de varios de las obras de los autores más prolíficos en esta área de investigación: HUERTAS (1994b, 1995b, pp. 127-155; 2000), RODRÍGUEZ OCAÑA (1992, pp. 50-58; 1994^a, 1994b; 20-27). Así mismo debe mucho a un acercamiento previo realizado en colaboración con otros autores: PERDIGUERO et al. 1994.

⁸ Ver PUERTO (1983).

⁹ Ver, por ejemplo, ROCA (1988, 1991).

¹⁰ Entre otros trabajos, pueden consultarse SALAVERT y NAVARRO (1992), pp. 125-156; NAVARRO (1996, 1997), CANET, MARTÍNEZ, VALOR (1996). Otros muchos trabajos de la amplia producción valenciana se ocupan de aspectos más concretos.

¹¹ RODRÍGUEZ OCAÑA (1992), p. 22. Esta evolución puede seguirse en el caso concreto de una pequeña capital de provincia como Alicante en PERDIGUERO, BERNABEU (1999) y BERNABEU, PERDIGUERO (2000), pp. 114-117.

tratando de uniformizar estas experiencias aisladas, en la Instrucción General de Sanidad de 1904¹² se disponía que se estableciesen en las capitales de provincia laboratorios de higiene habilitados para los análisis de las sustancias alimenticias, y en caso de ser posible, también capaces de análisis bacteriológicos. También debía contarse con materiales de desinfección y, además se debían de poner en marcha en todas las capitales de provincia institutos de vacunación¹³. En ciudades, que aun sin ser capitales de provincia tuviesen más de 15.000 habitantes, también se exigía la instalación de laboratorios aptos para las necesidades de desinfección, reconocimiento de aguas, sustancias alimenticias adulteradas y análisis de productos patológicos.

Como era habitual –y lo siguió siendo- con buena parte de las decisiones de política sanitaria, los preceptos de la Instrucción General de Sanidad no tuvieron el acompañamiento de la financiación precisa, pues las instituciones citadas debían sostenerse con cargo a los ingresos procedentes de derechos sanitarios y a los presupuestos generales de la provincia y de los municipios. Esta circunstancia convirtió en papel mojado esta normativa, tal y como ella misma en realidad ya preveía, pues en su mismo articulado se hacía referencia a la posibilidad de que los municipios, ante la falta de fondos, se agrupasen para financiar los laboratorios. Esta solución sería la que, como tendremos ocasión de señalar, acabó dando carta de naturaleza a los centros de la administración sanitaria periférica.

La Instrucción General de Sanidad, como hemos señalado, también incidía en la necesidad de contar con lugares y medios de desinfección en los municipios, otras de las necesidades que acabaría dando pie a los primeros organismos sanitarios provinciales¹⁴. Para conseguir este objetivo los Ayuntamientos que, aparte de otro género de asociaciones y comunidades, quisieran asociarse, podrían hacerlo tras obtener la aprobación de la Junta Provincial de Sanidad.

La puesta en marcha de laboratorios y medios de desinfección debió de hacerse de forma muy irregular¹⁵, por lo que las normativas recordando la necesidad del cumplimiento de los preceptos de la Instrucción General de Sanidad menudearon en los años sucesivos. Así por ejemplo, una Real Orden de 22 de diciembre de 1908 (Gaceta del 23) dictó disposiciones para la represión y castigo de los fraudes y falsificaciones que afectasen a la calidad, peso y volumen de los alimentos, y exhortaba la multiplicación de Laboratorios municipales, a los que se encomendaba el descubrimiento de los delitos contra la salud pública. En la propia normativa se apro-

¹² Sobre la gestación de este Decreto-Ley en el marco de la repetidas tentativas de aprobar una ley de Sanidad que sustituyese a la de 1855 ver GARCÍA CAEIRO (1998).

¹³ Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904 (Gacetas del 22 y 23 de enero). Artículos 21, 22 y 190-195.

¹⁴ En este caso se trata de los artículos 109 y 113. El Anejo II de esta normativa se ocupó de los medios de desinfección y aparatos sanitarios que debían tener los municipios en función de su número de habitantes.

¹⁵ Así lo hemos comprobado para el caso de la ciudad de Alicante: PERDIGUERO, BERNABEU (1999).

baron unas Instrucciones técnicas para la calificación de alimentos, papeles, aparatos, utensilios y vasijas.

La necesidad de contar con medios de desinfección móviles también fue una de las preocupaciones constantes del poder legislativo como claro correlato del poco reflejo que en la práctica había tenido el articulado de la Instrucción General de Sanidad. Así, una Real Orden de 8 de febrero de 1909 (Gaceta del 10) ordenaba la organización de cuatro unidades sanitarias o brigadas volantes dependientes del Parque Central Sanitario del Instituto de Higiene de Alfonso XIII. Al año siguiente una Real Orden de 8 de septiembre de 1910 (Gaceta del 9 y rectificación en la del 10) encargaba a los gobernadores que obligasen a los Ayuntamientos y a las Diputaciones a que organicen pequeñas brigadas de desinfectores. El objetivo de las mismas era que pudiesen acudir, con la rapidez necesaria, al punto donde fuesen precisos sus servicios, acomodándose en lo indispensable a las prescripciones de la normativa del año anterior. Como ya hemos señalado estas exhortaciones no solían acompañarse de las necesarias dotaciones presupuestarias y, así, meses después de estas normas, una Real Orden de 15 de noviembre de 1911 recordaba a los Ayuntamientos la obligación de consignar en sus presupuestos recursos proporcionados con que atender a sus necesidades sanitarias.

Junto con estos intentos de dotar, fundamentalmente a los municipios¹⁶, de instituciones que incorporasen al control de la salud de la colectividad los métodos que estaba poniendo a punto la higiene experimental, la única instancia de carácter provincial con funciones sanitarias la constituían los Inspectores Provinciales de Sanidad, creados en algunas provincias en el año 1892¹⁷ y extendidos a todo el territorio nacional con funciones de control de los riesgos sanitarios a partir de la promulgación de la Instrucción General de Sanidad¹⁸, que tenían a su cargo los servicios de higiene de la prostitución, sanidad e higiene pública. Sin embargo, estos inspectores no poseían en realidad ninguna capacidad operativa dado que carecían de presupuesto¹⁹. Su falta de poder real en materia sanitaria²⁰ y sus intereses corporativos hicieron que se organizaran como grupo de presión cuyos avatares han sido ya estudiados con detenimiento²¹. Lo que más nos interesa resaltar aquí es su interés porque se creasen instituciones sanitarias provinciales que fueran puestas bajo su dirección efectiva. Tenemos que tener en cuenta que la Instrucción General de

¹⁶ Otras funciones de los municipios en materia sanitaria con magras realizaciones son comentadas por RODRÍGUEZ OCAÑA (1994b), p. 23. Ver también PERDIGUERO (1997), pp. 29-34.

¹⁷ RODRÍGUEZ OCAÑA (1994a), p. 238.

¹⁸ Esta normativa consagra a los Inspectores Provinciales de Sanidad los artículos 38 a 50.

¹⁹ Así ha sido puesto de manifiesto por RODRÍGUEZ OCAÑA (1994a), p. 238; y (1994b), p. 23.

²⁰ «Una mesa de pino, seis sillas, un agua-manil y muchos expedientes, eso era todo lo que tenía la Inspección provincial de Sanidad de Orense. ¿Para qué pues, nuestro estudios de bacteriología, higiene, etc., etc.? Mi desencanto fue superior a toda ponderación». Este fue el modo con el que años después expresaba la falta de operatividad de los Inspectores Provinciales de Sanidad José Luis García Boente, inspector en Orense (GARCÍA BOENTE, 1927, p. 48).

²¹ MOLERO, JIMÉNEZ (2000), pp. 51-55, para su desarrollo durante la segunda década del siglo XX.

Sanidad señalaba en su artículo 45 que los Inspectores Provinciales tendrían, tan solo, funciones de vigilancia con respecto a los Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación. Así en la Asamblea de Inspectores Provinciales de Sanidad celebrada en Madrid del 26 al 30 de noviembre de 1916²² además de reclamar para sí mayor poder ejecutivo, (los inspectores propusieron pasar a ser llamados ‘Jefes Provinciales de Sanidad’²³–, exigían que los Institutos de Higiene Provinciales, así como los parques de desinfección y las brigadas sanitarias ya existentes fuesen puestas bajo su dirección directa. Allí donde no hubiese este tipo de instituciones se exigía su instalación, de modo que cada provincia debía de contar con un Instituto de Higiene encargado de realizar el diagnóstico y comprobación de las enfermedades infecciosas, preparación de las vacunas antivariólicas y preventivas y análisis de sustancias alimenticias. Anejo a este instituto debía de organizarse un Parque de desinfección con material portátil, estufas de desinfección potabilizadoras y barracas para aislamiento, en caso de ser necesario. El material móvil, manejado por personal adecuado, había de ser organizado en forma de brigadas sanitarias²⁴. Para aquellos lugares en los que ya existiesen laboratorios, institutos, parques y brigadas, bien de carácter municipal, bien de carácter provincial se recomendaba respetar su funcionamiento y ampliarlos en caso necesario.

Esta última prevención de los Inspectores Provinciales de Sanidad reunidos en Asamblea habla a favor de la desigual distribución de este tipo de centros por la geografía española. No existe un estudio de conjunto que nos informe con fiabilidad de la existencia de laboratorios, institutos, parques de desinfección y brigadas, si bien los *Boletines Mensuales de Estadística Demográfico-Sanitaria* que aportan datos sobre los años 1909-1919²⁵ nos permiten acercarnos a estas instituciones, a través de las muy desiguales estadísticas que publicaron sobre su funcionamiento. Aunque los datos que aparecen en esta publicación no son homogéneos y su aparición dependía de su envío por parte de los organismos municipales o provinciales, a lo largo de la segunda década del 20 en algunos meses llegaron a aparecer datos referidos a casi treinta provincias y más de setenta establecimientos. Estos iban desde laboratorios municipales y provinciales (químicos y bacteriológicos) hasta institutos de vacunación, pasando por servicios de desinfección. En algunas provincias, además de datos sobre la capital aparecían estadísticas sobre otros municipios como en el caso de Badajoz (Mérida, Zafra), Cádiz (Arcos de la Frontera, Jerez de la

²² Se publicó una crónica debida a la pluma de GARCÍA DURÁN (1916) así como las conclusiones del encuentro ASAMBLEA NACIONAL.... (1916 Y 1917) en la revista La Medicina Social Española, que actuaba tanto de órgano de expresión de los Inspectores Provinciales de Higiene, como de la Sociedad Española de Higiene.

²³ ASAMBLEA NACIONAL... (1916), p. 764 y (1917), pp. 22-23.

²⁴ ASAMBLEA NACIONAL... (1917), p. 26.

²⁵ Sobre esta fuente ver BERNABEU (1991), p. 491 si bien otros trabajos posteriores tanto de este autor como de RODRÍGUEZ OCAÑA se han seguido ocupando de las estadísticas demográfico-sanitarias. Ver especialmente RODRÍGUEZ OCAÑA, BERNABEU (1997).

Frontera, Puerto de Santamaría, San Fernando), Murcia (Cartagena), Vizcaya (Bermeo, Munguía. Guecho, Plencia, etc.).

También tenemos constancia de la apertura de varios centros provinciales durante la segunda parte de la segunda década del siglo. Así en 1916 se produjo la inauguración del Laboratorio Provincial de Higiene de Ciudad Real²⁶, que fue saludada desde las páginas del órgano portavoz de los Inspectores Provinciales de Sanidad como el primer centro de esta clase –esto es bajo la dependencia del funcionario sanitario- que se organizaba en España²⁷. A principios del año siguiente se producía la inauguración del de Badajoz²⁸, un centro también del gusto del Inspector Provincial de aquella provincia, Mario González de Segovia. Diferente génesis tuvo el que se creó en Valencia²⁹ como resultado de la rivalidad entre la Diputación Provincial y el Ayuntamiento de la capital. La institución provincial, ante la circular de 29 de marzo de 1916 que ordenaba que todas las Diputaciones que no tuviesen Instituto de Higiene propio colaborasen en el sostenimiento económico de los municipales existentes, prefirió crear el suyo propio antes que avenirse a colaborar con la ya muy armada estructura sanitaria municipal a la que ya hemos hecho referencia. En otros casos, como en el de Alicante capital, sí se produjo esta colaboración y el Instituto de Higiene y Laboratorio Municipal que había abierto sus puertas en 1912³⁰ pasó a tener carácter provincial años después³¹.

La apertura de Institutos Provinciales de Higiene o Brigadas Sanitarias siguió siendo un anhelo de los Inspectores Provinciales de Sanidad durante estos años. Así, en 1919, el de Almería, G. Ferret³², haciendo suyos argumentos ampliamente difundidos en aquellos días³³ a raíz de la constatación de las insuficiencias sanitarias del país que mostró el embate de la gripe³⁴, ponía de manifiesto la incapacidad de los municipios para hacer frente a las tareas sanitarias que les tenía encomendadas la normativa vigente. El alegato, fuertemente antimunicipalista³⁵, abogaba por una colaboración entre los municipios, a través de un pequeño tanto por ciento del presupuesto que estaban obligados a consignar para gastos sanitarios, para la creación y sostenimiento posterior de Institutos Provinciales de Higiene.

Prácticamente coincidiendo en el tiempo con la propuesta del Inspector de

²⁶ La Medicina Social Española, 1 (1916), pp. 688-689.

²⁷ La Medicina Social Española, 1 (1916), p. 672.

²⁸ La Medicina Social Española, 2 (1917), p. 53-55.

²⁹ Su génesis ha sido estudiada por Carmen BARONA (1999).

³⁰ PERDIGUERO, BERNABEU (1999), pp. 154-155.

³¹ AYUNTAMIENTO DE ALICANTE (1921), p. 1-3.

³² FERRET (1920).

³³ HUERTAS (2000), p. 35.

³⁴ VALENZUELA, RODRÍGUEZ OCAÑA (1988).

³⁵ “Mucho se ha clamado por la prensa, en esta epidemia de gripe, por la falta supuesta de organización del Estado, en materia sanitaria, cuando el defecto, la falta fundamental, estribaba en el Municipio, que con su solicitada autonomía, sólo pretende crear derechos, eludiendo deberes”: FERRET (1920), p. 321.

Almería se publicó el Real Decreto de 10 de enero de 1919 (Gaceta del 23) relativo a disposiciones generales sobre prevención de las enfermedades infecciosas. Surgido tras la experiencia de la gripe, en él se consideraba que la profilaxis pública de las enfermedades transmisibles era la labor más urgente de la sanidad nacional. Se reconocía que la falta de financiación era un serio lastre para esta necesidad y se prometía consignar financiación en los próximos presupuestos, algo que finalmente no se produjo al cambiar el gobierno. El ministro que dictó el Real Decreto fue Amalio Gimeno. Además de otras medidas sobre enfermedades transmisibles y su declaración obligatoria, epidemias y su declaración oficial, medidas profilácticas de carácter general (aislamiento, desinfección, vacunación) y medidas profilácticas de carácter especial (tuberculosis, lepra, enfermedades venéreas y sifilíticas), en esta norma se preveía la creación de 10 Institutos de Higiene regionales (ocho en la Península, uno en Canarias y otro en Baleares) con funciones de cooperar con los Inspectores Provinciales de Sanidad, preparar vacunas y sueros, organizar brigadas sanitarias rápidamente movilizables y formar especialmente al personal sanitario mediante la enseñanza de la Microbiología, Parasitología, Química, etc. Se contemplaba que, además del Instituto Nacional de Alfonso XIII y de los regionales que sostendría el Estado, en todas aquellas provincias donde no existiesen Institutos de Higiene se podrían crear Laboratorios provinciales que podrían organizarse para mayor economía sobre la base de los Laboratorios municipales que existiesen en las capitales de provincia, si a ello se avenían los Ayuntamientos implicados.

Los institutos regionales quedaron en el papel, y también, muchos provinciales. De hecho en 1920³⁶, cuando se publicó el nuevo Reglamento del Cuerpo de Inspectores Provinciales de Sanidad, que actualizaba el de 1912, se seguía suponiendo que estos funcionarios podían carecer de medios de diagnóstico bacteriológico en su propia provincia³⁷. Pero quedaba claro que se percibía una urgente necesidad de superar la situación de desarme frente a las enfermedades infecciosas que no había podido remediar los repetidos intentos de interesar en esta labor a los organismos municipales y provinciales durante las dos primeras décadas del siglo XX. En realidad no había existido ninguna otra posibilidad, pues como ya hemos señalado las exhortaciones más o menos repetidas de estos y otros aspectos relacionados con la sanidad municipal y provincial rara vez contaron con el apoyo presupuestario que las hubiera hecho factibles.

En este contexto, y a partir de la posibilidad de poner de acuerdo a los municipios de una provincia para establecer organismos provinciales bajo la batuta del Inspector Provincial de Sanidad, surgieron iniciativas en varias provincias que desembocarían en las Brigadas Sanitarias Provinciales.

³⁶ Real Orden de 26 de agosto de 1929 (Gaceta del 10 de septiembre). Sobre los nuevos derroteros por los que transitó este cuerpo ver MOLERO, JIMÉNEZ (2000), pp. 57-62.

³⁷ Artículo 38 del citado reglamento.

2.- LAS BRIGADAS SANITARIAS PROVINCIALES

La creación de las Brigadas Sanitarias Provinciales fue reglada por Real Orden de 28 de julio de 1921 (Gaceta del 30). En ella se disponía que los Gobernadores civiles, con asistencia del Inspector provincial de Sanidad, convocasen a todos los Alcaldes para darles a conocer la importancia del servicio sanitario que se trataba de poner en marcha. Se partía de la asunción, a la que ya hemos aludido, de que la defensa de las enfermedades infecciosas (evitables) se hallaba totalmente olvidada en los municipios. La situación ideal, que era la ya prevista por la Instrucción General de Sanidad, se cifraba en que cada pueblo contase con un local preparado para aislamiento de los primeros casos de las epidemias y con elementales aparatos y medios de desinfección. Pero su instalación no se había conseguido a pesar de la multitud de disposiciones posteriores. Por ello, afirmaba la Real Orden, las enfermedades infecciosas seguían siendo un grave problema. Se ordenaba pues que se constituyeran Brigadas Sanitarias bien dotadas de material y personal «para acudir en todo momento a cualquier punto de la [provincia] en que se presenten casos de enfermedades infecciosas y hubiese riesgos de expansibilidad epidémica». Lo único parcialmente novedoso fue, por tanto, que el modo de financiar estos establecimientos, a través de contribuciones municipales, ya sugerido, se tornase obligatorio. Por lo tanto, de modo algo paradójico el primer organismo periférico dependiente de las organizaciones centrales se debía financiar con presupuestos de las instancias que se consideraban incapaces de solucionar los problemas: los municipios. La Dirección General de Sanidad sí envió a las Inspecciones Provinciales de Sanidad un pequeño equipo de desinfección que debía ser el núcleo de las nuevas instituciones³⁸.

Las brigadas sanitarias trataron de organizarse siguiendo la experiencia de los servicios que en el momento de promulgar la orden ya funcionaban en Segovia y los que en breve se suponía que iban a funcionar en Valladolid y Ávila. Todos ellos partían del principio de constituir juntas administrativas provinciales que, con un porcentaje de los fondos de los municipios y administrando otros ingresos que pudiesen llegar, trataban de atender al sostenimiento de estos centros.

En el caso de Segovia su brigada comenzó a funcionar en abril de 1921 en un local cedido por el Ayuntamiento³⁹, pero los frecuentes cambios de Gobernador Civil entorpecieron bastante su funcionamiento durante los primeros tiempos⁴⁰. Tam-

³⁸ Así lo atestigua el Inspector provincial de Ávila, Vicente Rasueros Díez: “La Inspección general de Sanidad cumplió su palabra enviando, como base para la constitución de la Brigada referida, los aparatos siguientes: una estufa Lautenschlager a vapor fluente. Un aparato formolizador Torrens. Un idem pulverizador Excelsior. Un laboratorio portátil sin microscopio. Una bombona con líquido antiséptico. Doce botes de Hullol. Nueve cajas con tubos para el envío de productos patológicos”. ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1921 (1922), p. 232

³⁹ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1924 (1925), p. 125.

⁴⁰ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1922 (1923), p. 384.

poco los inicios de la brigada abulense fueron fáciles, pues si bien se pretendía que entrase en funcionamiento en octubre de 1921 la misma razón aducida para el mal funcionamiento de la segoviana provocó un retraso de casi dos años, pues no se inauguró hasta el 24 de junio de 1924⁴¹.

Mejor suerte tuvo el intento vallisoletano de la mano de un ya curtido Francisco Bécares, activo Inspector Provincial de Sanidad responsable de varias publicaciones sobre derecho sanitario, que había tratado sin suerte la organización de una brigada sanitaria con colaboración municipal a su paso por Orense y Asturias⁴². Fundada el 10 de junio de 1921, se basó en una mancomunidad voluntaria de municipios lograda merced a la intensa labor de propaganda previa llevada a cabo por el Inspector Provincial de Sanidad, quien consideraba esta estrategia mucho más valiosa que la promulgación de nuevas normativas⁴³. Poco a poco fue implantando una Brigada Sanitaria Provincial que a menos de tres años de entrar en funcionamiento, en marzo de 1924, estaba en bastante mejores condiciones que muchos de los organismos homónimos en otras provincias. Contaba con local propio, un laboratorio bacteriológico, un laboratorio químico no del todo montado, material móvil de desinfección, un automóvil, un camión, tres médicos (el jefe del laboratorio bacteriológico y dos epidemiólogos) además de dos desinfectores, un conductor y dos ordenanzas.⁴⁴ Del devenir de este centro nos informa el propio Bécares⁴⁵ en un tono claramente triunfalista que, sin embargo, no oculta las dificultades que se encontró, debido a la oposición de varios municipios y de los médicos titulares⁴⁶ y que pueden asimilarse a las encontradas en otras muchas provincias. Así, la oposición municipal fue expresada por muchos de los informes de los diversos Inspectores Provinciales de Sanidad. Por ejemplo, el de Ávila⁴⁷ señalaba las dificultades que existían para que los municipios se pusiesen de acuerdo sobre la parte

⁴¹ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1924 (1925), p. 142.

⁴² GARCÍA BOENTE (1927), p. 48. La situación que encontró el sucesor de Bécares en Asturias, Julio Alonso Marcos, excepto en la capital era en sus propias palabras lamentable: «Tienen, por ejemplo, en Sama de Langreo, un local magnífico, construido para el objeto, y con material fijo y móvil más que suficiente para las necesidades del Municipio [...] pero...en los aparatos no están colocados los accesorios, no tienen fuerza motriz, no hay una sola persona que pueda manejarlos, pues nadie se preocupó de tal cosa, como si los aparatos obrasen a modo de catalasas por acción de presencia..., y lo pero es que empiezan a inutilizarse por oxidación. ¡Cuanta pena producen estas cosas!»: ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1921 (1922), p. 317.

⁴³ BÉCARES (1930), pp. 554-555.

⁴⁴ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1924 (1925), p. 157.

⁴⁵ BÉCARES (1924).

⁴⁶ BÉCARES (1924), p. 6 y 11. La oposición a la que se refiere el Inspector Provincial de Sanidad de Valladolid fue la expresada en la Asamblea de Médicos Titulares celebrada del 21 al 23 de noviembre de 1923, si bien se apunta que no compartieron esta opinión los médicos que trabajaban en municipios vallisoletanos.

⁴⁷ «[...] empezaron a pagar los pueblos sus cuotas del 1,50 por 100 del total de sus presupuestos de ingresos, y...cayo el Gobierno; nombrado otro Gobernador, se abstuvieron aquellos de pagar, y comenzaron a llover recursos de alzada de pueblos correspondientes a dos partidos judiciales; después,

de sus presupuestos que debían dedicar a la Brigada Sanitaria. En otras ocasiones, aunque se llegó a tal acuerdo, no se hicieron efectivas las cantidades comprometidas y el organismo provincial no pudo ponerse en marcha⁴⁸. Las Diputaciones tampoco fueron fervientes defensoras de los nuevos organismos sino que vieron con recelo su irrupción⁴⁹, con toda seguridad porque el poder que podían ejercer en las nuevas instituciones iba a ser mucho menor que el que tenían en los organismos que se habían ido creando bajo su tutela.

Podemos encontrar en otros informes ejemplos de la abierta pugna con los titulares, en su labor de Inspectores Municipales de Sanidad. Así, en el caso de Baleares⁵⁰:

«[...] he de manifestar que en todo asunto sanitario en que he intervenido, salvo raras y honrosas excepciones, he recibido inspiraciones de elementos que legalmente están fuera de la órbita sanitaria, pues dada la deficientísima organización sanitaria y la falta de una bien ordenada disciplina, a pesar de la persistente y perita dirección de los centros directivos, me he enterado de casi todos los asuntos por la Prensa o por denuncias privadas, enmudeciendo muchos de los órganos que debieran cooperar directamente a la función sanitaria. Las razones que conducen a tal estado de cosas juzgo superfluo enunciarlas, pues están en la conciencia de todos».

Después de la Real Orden de finales de julio de 1921 en las diferentes provincias se fueron llevando a cabo las acciones previstas: el Gobernador Civil y el Inspector Provincial de Sanidad se reunieron con todos los Alcaldes para dar a conocer la importancia y necesidad de las brigadas, elaborar el presupuesto de gastos y decidir el porcentaje de los presupuestos municipales que debería aportar cada municipio. Así mismo, pasó a nombrarse una Comisión administrativa que gobernase económicamente la brigada. En el cumplimiento de estas tareas se encontraron las dificultades señaladas, y otras que pronto hicieron que tuviesen que publicarse diferentes normas aclarando diversos aspectos de las Brigadas Sanitarias⁵¹. Versa-

una serie de conferencias..... juntas magnas y juntitas, modificación del Reglamento, rebaja de la cantidad hasta consignar el 0,85 por 100, cantidad que creemos insuficiente, pero que acatamos, ya que no podemos hacer otra cosa, y teniendo en cuenta que las dificultades las han de sufrir los Alcaldes que constituyen la Junta administrativa; posteriormente otro compás de espera, cuya duración aun no podemos entrever..... y, en tanto, en lucha contra los obstáculos creados por las resistencias pasivas, que son las verdaderamente difíciles de vencer.»: ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1921 (1922), p. 232.

⁴⁸ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1923 (1924), p. 143.

⁴⁹ GARCÍA BOENTE (1927), p. 49.

⁵⁰ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1921 (1922), p. 237.

⁵¹ RO de 5 de septiembre de 1921 (inédita), RO de 12 de septiembre de 1921 (inédita), RO de 11 de octubre de 1921 (inédita), RO del 23 de febrero de 1922 (Gaceta del 25) y RO de 18 de mayo de 1922 (Gaceta del 20). Las Reales Órdenes no publicadas en la Gaceta de Madrid han sido consultadas en ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1921 (1922), pp. 519-520, 522, 531. También puese consultarse un resumen de estas normativas en BÉCARES (1930), pp. 555-556.

ban sobre diferentes aspectos organizativos, como la prelación que en el presupuesto de gastos debía de tener el material sobre el personal, y sobre la necesidad de respetar las instituciones ya vigentes. En general, aun con excepciones como el caso de Badajoz, en las provincias donde existían instituciones previas no se veía la necesidad de constituir las nuevas brigadas y se vieron muy dificultadas las labores de organización de las mismas. Así ocurrió, por ejemplo, en el caso de Ciudad Real⁵², o en el de Toledo⁵³. En otros, como Valencia, finalmente se optó por utilizar el laboratorio del Instituto Provincial de Higiene al que ya nos hemos referido para las necesidades de la Brigada Sanitaria Provincial⁵⁴. Sin embargo, la percepción de los Inspectores Provinciales es que muchas veces los municipios pretextaban la existencia de servicios que en realidad no existían⁵⁵ para eludir el pago de las cuotas, y las pugnas con los ayuntamientos de las capitales fueron frecuentes, como hemos tenido ocasión de constatar para el caso de Alicante⁵⁶.

Otros problemas surgieron con las provincias catalanas, vascas y con Navarra. Las primeras fueron eximidas de organizar sus propias brigadas pues se consideró que su función ya la cumplían los servicios de la Mancomunitat⁵⁷, y a las vascas y Navarra también se les respetaron sus derechos forales⁵⁸. Los Inspectores Provinciales de Sanidad fueron muy críticos con estas situaciones. En el caso de Cataluña, lo fue especialmente Aureliano Ximénez del Rey, destinado en Lérida, que consideraba insuficientes a todas luces los servicios que tenía la Mancomunitat⁵⁹. Tampoco en el caso de Vizcaya fue muy favorable la opinión del inspector, Antonio García Vélez, sobre la colaboración encontrada en esta provincia⁶⁰.

⁵² “En esta provincia llevamos despacio el cumplimiento de la Reales órdenes de 28 de Julio y 5 de Septiembre de 1921: por disponer de Laboratorio provincial y su Parque de desinfección; por estar pendiente de algunos cobros la liquidación de este Centro y entrega por la Junta de Sanidad del material y saldo a la Junta administrativa, y porque los nuevos presupuestos municipales no tienen vigencia hasta el 1º de Abril del año corriente”: ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1921 (1922), p. 266.

⁵³ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1923 (1924), p. 140.

⁵⁴ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1924 (1925), p. 157.

⁵⁵ La opinión del Inspector Provincial de Sanidad de Salamanca sobre el Laboratorio Municipal de la capital salmantina era la siguiente: «En visita de inspección girada al mismo se notaron en el varias deficiencias: pobre en aparatos, mal dotado de personal, miserable en cuestión de reactivos; baste decir que no pueden hacer el análisis bacteriológico de las aguas. El llamado Parque de desinfección, anejo, tenía unos cuantos aparatos de desinfección, que ni habían funcionado nunca ni lo harán sin grandes reparaciones; en total, habían hecho una desinfección en el año 1921.»: ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1921 (1922), p. 323.

⁵⁶ PERDIGUERO et al. (1994), p. 54.

⁵⁷ Reales Órdenes de 19 de enero y 29 de febrero de 1922.

⁵⁸ Así lo atestiguan los diferentes informes sobre las Brigadas Sanitarias que emiten los Inspectores Provinciales de Sanidad: ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1924 (1925), pp. 147, 150, 158.

⁵⁹ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1922 (1923), p. 357. ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1923 (1924), p. 100.

⁶⁰ ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1922 (1923), pp. 400 y 403.

Durante el año 1923 siguieron promulgándose normativas relacionadas con la homologación de capacitación del personal técnico⁶¹ que debía prestar servicio en las brigadas. A finales de 1924 la situación era la que refleja la tabla 1. En ellas podemos observar las enormes disparidades presupuestarias que obedecen a situaciones de partidas muy diversas. Algunas provincias, caso de Ciudad Real, consignan un escaso presupuesto pues sus necesidades estaban cubiertas con centros que ya venían funcionando. Sin embargo en otras provincias aparecen presupuestos ciertamente abultados, como es el caso de Jaén. No hay datos sistemáticos sobre el porcentaje del presupuesto de los Ayuntamientos que debía utilizarse para el sostenimiento de las Brigadas Sanitarias, pero van desde algunos relativamente elevados, como el 2,5% del caso de Valladolid⁶², a otros porcentajes más escuálidos como el 0,85% abulense ya comentado. En general, tal y como se había estimulado desde la Dirección General de Sanidad, los gastos de material superaban los de personal pero con enorme diversidad. En un extremo se situaba Málaga que tan solo gastó en personal un 10% de su presupuesto, mientras que en el otro se situó Toledo que gastó en personal más de un 68% de su presupuesto. La explicación hay que buscarla en las muy diferentes situaciones previas a partir de las cuales se organizaron las Brigadas Sanitarias, lo que también explica la variabilidad del personal contratado. También fue variable la ejecución de los presupuestos desde provincias como las gallegas Lugo y Pontevedra que en el año 1924 tuvieron amplios superávits hasta los marcados déficits de provincias como Burgos.

En resumen, podemos apuntar que la iniciativa de poner en marcha brigadas sanitarias provinciales cosechó un éxito desigual, a pesar de centrarse tan solo en el control de las enfermedades infecciosas. Por otro lado, y como hemos tenido ocasión de señalar reiteradamente, su funcionamiento dependió mucho de las situaciones que durante los años anteriores se habían dado en cada provincia⁶³, sobre todo de la existencia o no de laboratorios municipales. Hay que tener en cuenta que la instalación de laboratorios, junto con la puesta en marcha de material móvil de desinfección y de transporte de enfermos, fueron los grandes objetivos de estos centros. La irrupción de la tecnificación en el control de las enfermedades a través de estos medios fue el gran argumento propagandístico, ubicuo en las imágenes que informaban y vulgarizaban su labor como los Anuarios de la Dirección General de Sanidad o las memorias de Madrid y Valladolid⁶⁴.

⁶¹ Reales Órdenes de 7 de febrero de 1923 (Gaceta del 10) y de 27 de abril de 1923 (Gaceta del 29).

⁶² ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – 1923 (1924), p. 148. Este porcentaje que suponía un aumento sobre el 1,5% inicial resultaba, según la siempre triunfalista opinión de Bécáres, de los buenos servicios que había prestado la Brigada Sanitaria en los pueblos de la provincia.

⁶³ BÉCARES, consciente de esta diversidad de funcionamiento reclamó unas bases generales que uniformizaran la situación (1924), p. 17.

⁶⁴ PALANCA (1924) y BÉCARES (1924).

Tabla 1.- Situación de la Brigadas Sanitarias en el año 1924.
Fuente: ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD- 1924⁶⁵

| BRIGADA SANITARIA DE... | FECHA DE INAUGU- RACIÓN | PERSONAL TÉCNICO CONTRA- TADO (*) | PRESU- PUESTO DE INGRESOS (**) | GASTOS TOTALES (**) | SUPERAVIT (+) / SUPERAVIT (-) % | GASTOS DE PERSONAL | | GASTOS DE MATERIAL (**) | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|--|---------------------------|--|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| | | | | | | | % SOBRE EL TOTAL | | % SOBRE EL TOTAL |
| Álava | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Albacete | 1/7/1924 | 1 | 36.000 | 36.000 | 0 | 15.245 | 42,35 | 20.755 | 57,65 |
| Alicante | 22/11/1923 | 1 | 84.950 | 75.100 | 11,58 | 33.500 | 44,60 | 41.600 | 55,40 |
| Almería | 20/10/1921 | 1 | 46.350 | 46.357 | -0,01 | 18.257 | 39,4 | 28.100 | 60,6 |
| Ávila | 24/6/1923 | 1 | 44.464 | 47.000 | -5,7 | 19.850 | 42,23 | 27.150 | 57,76 |
| Badajoz | 5/11/1921 | 3 | 100.000 | 100.000 | 0 | 21.500 | 21,5 | 78.500 | 78,5 |
| Baleares | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Barcelona | Mancomunitat | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Burgos | 6/11/1921 | 1 | 26.781 | 55.707 | -108 | 18.100 | 32,5 | 37.607 | 67,5 |
| Cáceres | 16/11/1921 | 4 | 84.577 | 84.577 | 0 | 19.500 | 23,06 | 53.077 | 76,94 |
| Cádiz | 2/9/1922 | - | 93.200 | 69.500 | 25,4 | 8.500 | 12,2 | 61.000 | 87,8 |
| Cº Gibraltar | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Castellón | 1/1/1924 | - | 113.828 | 73.060 | 35,8 | 7.825 | 10,70 | 65.235 | 89,3 |
| Ciudad Real | 1915 (***) | 2 | 15.000 | 11.800 | 21,3 | 7.800 | 66,1 | 4.000 | 33,9 |
| Córdoba | 19/12/1921 | 5 | 76.144 | 76.144 | 0 | 20.040 | 26,3 | 56.104 | 73,7 |

⁶⁵ La información resumen sobre lo que se describe como «Honra y orgullo [...] del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad [...]» aparece en la páginas 141-158. En ella no aparece mención a las Islas Canarias, sin embargo en el anuario de 1923 puede constatarse que a pesar de las dificultades para organizar las brigadas de las que ya se informaba en anuarios de años precedentes, especialmente debidas a la oposición de los Ayuntamientos de las capitales, se trataba de ponerlas en funcionamiento. En el caso de Santa Cruz de Tenerife el problema era armonizar la actuación de la Brigada Municipal, el Laboratorio Municipal y Provincial y la Brigada Insular: ANUARIO DE LA DIRECCCIÓN GENERAL DE SANIDAD –1923 (1924), p. 68-69. Y en el de Gran Canaria se trataba de vencer la oposición municipal, p. 89.

| | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------|---|---------|---------|--------|--------|-------|---------|-------|
| Coruña | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cuenca | 24/11/1922 | 2 | 57.940 | 57.940 | 0 | 10.285 | 17,75 | 47.655 | 82,25 |
| Gerona | Mancomunitat | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Granada | 15/3/1922 | 1 | 141.177 | 140.547 | 0,4 | 38.250 | 27,2 | 102.297 | 72,8 |
| Guadalajara | 3/12/1921 | 2 | 32.915 | 32.915 | 0 | 20.000 | 60,8 | 12.915 | 39,2 |
| Guipúzcoa | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Huelva | | 2 | 116.350 | 116.350 | 0 | 44.350 | 38,1 | 72.000 | 61,9 |
| Huesca | 1/8/1922 | 1 | 54.695 | 39.900 | 27,05 | 9.900 | 24,8 | 30.000 | 75,2 |
| Jaén | 8/7/1924 | 3 | 209.541 | 209.541 | 0 | 26.050 | 12,4 | 183.491 | 87,6 |
| León | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lérida | Mancomunitat | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lugo | 14/12/1921 | 0 | 50.000 | 13.300 | 73,4 | 3.450 | 25,9 | 9.850 | 74,1 |
| Madrid | 27/1/1924 | 3 | 71.000 | 71.000 | 0 | 25.500 | 35,9 | 45.500 | 64,1 |
| Málaga | 28/6/1923 | 2 | 46.898 | 36.490 | 22,1 | 3.600 | 9,9 | 32.890 | 90,1 |
| Murcia | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Navarra | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Orense | 1/1/1923 | 2 | 30.000 | 30.000 | 0 | 11.250 | 37,5 | 18.750 | 62,5 |
| Oviedo | 1/4/1922 | 2 | 63.264 | 68.150 | -7,7 | 13.150 | 19,3 | 65.000 | 80,7 |
| Palencia | 9/10/1921 | 1 | 37.967 | 36.572 | 3,6 | 19.100 | 52,2 | 17.472 | 47,8 |
| Pontevedra | 5/10/1921 | 1 | 158.143 | 28.865 | 81,74 | 14.115 | 48,9 | 14.750 | 51,1 |
| Salamanca | 1922 | 2 | 59.166 | 43.010 | 27,3 | 16.773 | 38,9 | 26.277 | 61,1 |
| Santander | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Segovia | 1/4/1921 | 1 | 42.000 | 41.500 | 0,98 | 13.685 | 32,9 | 27.815 | 67,1 |
| Sevilla | 30/8/1921 | 3 | 111.386 | 111.386 | 0 | 34.365 | 30,8 | 77.021 | 69,2 |
| Soria | 1924 | 2 | - | - | - | - | - | - | - |
| Tarragona | Mancomunitat | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Teruel | 13/11/1921 | 3 | 41.325 | 41.325 | 0 | 19.350 | 46,8 | 21.975 | 53,2 |
| Toledo | 1/4/1921 (****) | 2 | 40.000 | 22.050 | 44,8 | 15.050 | 68,2 | 7.000 | 31,8 |
| Valencia | 8/10/1921 | 2 | 45.000 | 60.006 | -33,34 | 30.356 | 50,6 | 29.650 | 49,4 |

| | | | | | | | | | |
|------------|-------------|---|---------|---------|---|--------|------|--------|------|
| Valladolid | 10/6/1921 | 3 | 113.000 | 113.000 | 0 | 49.000 | 43,4 | 64.000 | 56,6 |
| Vizcaya | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Zamora | 20/9/1921 | 3 | 44.000 | 44.000 | 0 | 19.500 | 44,3 | 24.500 | 55,7 |
| Zaragoza | No funciona | - | - | - | - | - | - | - | - |

(*) Nos referimos a los médicos, químicos y veterinarios contratados con o sin oposición previa, sin tener en cuenta al Inspector Provincial de Sanidad, que podía trabajar o no directamente en la Brigada Sanitaria Provincial.

(**) Pesetas

(***) Se trata del laboratorio provincial al que ya hemos hecho referencia, inaugurado oficialmente el 16 de octubre de 1916

(****) Se trata de un laboratorio provincial propiedad de la Diputación. La provincia quedó exenta de organizar la brigada por RO de 29 de marzo de 1922.

3.- LOS INSTITUTOS PROVINCIALES DE HIGIENE

3.1.- De 1925 a la II República

Partiendo de esta situación tan diversa, la publicación, el 20 de marzo de 1925, del 'Estatuto provincial' iba a representar el inicio de una nueva etapa. La nueva situación administrativa de carácter legal imponía a las Diputaciones la necesidad de contar y sostener un Instituto de Higiene, a través de la fusión de las Brigadas sanitarias provinciales existentes en 1925, o de la creación directa o inmediata donde no las hubiera⁶⁶. Esta norma arrancaba a las Brigadas Sanitarias Provinciales del ámbito mancomunitario en el que habían venido desarrollándose y las entregaba a las Diputaciones. Este mayor poder otorgado a las Diputaciones, y la sospecha con la que desde el Directorio Militar se miraron las Brigadas Sanitarias⁶⁷, hay que contextualizarlo en el marco del interés del régimen militar por controlar un aspecto tan importante para la sociedad como la sanidad⁶⁸ a través de la implantación uniformizada de los Institutos Provinciales de Sanidad en todo el

⁶⁶ Es el Título III del Reglamento de Sanidad Provincial de 20 de octubre de 1925 (Gaceta del 24) el que se ocupa de los Institutos Provinciales de Higiene.

⁶⁷ GARCÍA BOENTE (1927), pp. 40-50 se hace eco de esta desconfianza si bien da por zanjado el asunto al referirse al caso de la Brigada de Madrid, al frente de la cual se puso a un personaje que tanto papel iba a jugar posteriormente en la sanidad española bajo los regímenes militares, como José Alberto Palanca y Martínez Fortún. Sobre su papel al frente de la Brigada Sanitaria Provincial de Madrid ver PALANCA (1925).

⁶⁸ Como ejemplo de esta política son bien significativos los cambios de destino que se produjeron entre los Inspectores Provinciales de Sanidad: MOLERO, JIMÉNEZ (2000), pp. 60-62.

territorio. Al año siguiente esta situación sería muy negativamente valorada por el ponente sobre estos organismos en la Asamblea del Cuerpo de Inspectores Provinciales de Sanidad que se celebró en Madrid los días 29, 30 y 31 de octubre y 1 de noviembre de 1926⁶⁹. De hecho, la nueva situación a la que abocaba la legislación provincial sumió a bastantes de estos organismos provinciales en la desorganización, pues muchas Diputaciones no se quisieron hacer cargo de su mantenimiento⁷⁰, si bien algunos sanitarios de la órbita de José Alberto Palanca aplaudieron el nuevo contexto organizativo haciendo hincapié en la necesaria centralización que suponían los nuevos Institutos Provinciales de Higiene⁷¹.

Esta política fracasó y fueron bastantes las provincias que no llegaron a constituir los nuevos Institutos⁷², por lo que a través de una nueva Real Orden de 4 de enero de 1927⁷³, se señalaron los últimos plazos para su organización. Con esta última normativa se garantizaba la actuación independiente de los Inspectores provinciales en materia de servicios por circunstancias epidémicas, se autorizaba a las Diputaciones provinciales para que pudieran solicitar el ser relevadas de la obligación de organizar y poner en funcionamiento los Institutos correspondientes, y se abría la posibilidad, previa autorización del Ministerio, de hacerlo en régimen de Mancomunidad municipal, gobernados por Juntas administrativas, y conforme a la legislación que regía hasta la promulgación del Estatuto y Reglamento de Sanidad provincial. Así lo hicieron las diputación de Albacete Badajoz, Burgos, Ciudad Real, Cáceres, Huesca, Jaén, Logroño, Málaga, Murcia, Palencia, Pontevedra, Soria y Valladolid⁷⁴. Las provincias vascas fueron dispensadas de plegarse a la normativa estatal pues las diputaciones de estos territorios retuvieron para sí la posibilidad de seleccionar y nombrar el personal técnico y auxiliar de los institutos, excepto el Inspector Provincial de Sanidad, mientras que en el resto del Estado esta selección se realizaba por oposición⁷⁵. En 1930, la mitad de los Institutos se encontraban en régimen de Estatuto provincial o de Diputaciones, y la otra mitad, en régimen de Mancomunidad municipal⁷⁶. Ambos tipos de Institutos mantenían diferen-

⁶⁹ GARCÍA BOENTE (1927), pp. 50-52.

⁷⁰ El celo corporativo del los Inspectores Provinciales de Sanidad (GARCÍA BOENTE, 1927, p. 51) también las acusó de obstruccionismos y de injerencias, especialmente en lo que se refiere al nombramiento del personal técnico, un asunto sobre el que ya se había tratado de poner orden en el caso de las Brigadas Sanitarias exigiendo oposiciones o acreditaciones. Ver también BÉCARES (1930), p. 558.

⁷¹ MARÍN (1925).

⁷² El Ministerio de Gobernación en una memoria sobre su actuación reconoce que las provincias que no habían acometido su dotación eran Álava, Murcia, Oviedo, Coruña, Teruel, Palencia, Baleares, Jaén, Logroño, Orense, Salamanca, Zaragoza y Salamanca: ACTUACIÓN SANITARIA... (1926), pp. 95-96.

⁷³ Gaceta del 6 de enero de 1927.

⁷⁴ Real Orden de 8 de marzo de 1927.

⁷⁵ BÉCARES (1930), pp. 558-559. La normativa de selección del personal de los Institutos Provinciales de Higiene se publicó en la Real Orden de 16 de febrero de 1929 (Gaceta del 20).

⁷⁶ BÉCARES (1930), p. 558.

cias en cuanto a la gestión administrativa, pero en cuanto a sus funciones técnicas se trató de uniformizar sus tareas bajo la batuta técnica de los Inspectores Provinciales de Sanidad, si bien persistían las diferencias fruto de las situaciones previas y de la propia impronta que los gustos de cada inspector fue marcando en estos centros⁷⁷.

Cada Instituto Provincial de Higiene debía contar con tres secciones de carácter técnico que aglutinasen todas las actividades realizadas: epidemiología y desinfección, análisis -clínicos, higiénicos y químicos-, y vacunaciones; y debía publicar una hoja mensual en la que se hiciera constar los servicios prestados durante el mes y cuantas notas y datos se considerasen pertinentes. Con el paso de los meses esta obligación fraguó en la publicación de diversos Boletines órganos de expresión de Institutos Provinciales de Higiene⁷⁸.

Otro de los aspectos que tenían que desarrollar era el de la docencia y la formación de post-grado. Los Institutos de Higiene, de acuerdo con las Inspecciones provinciales de Sanidad, tenían que organizar anualmente “cursillos” de ampliación de conocimientos sanitarios y de divulgación de conocimientos higiénicos para los Inspectores municipales de Sanidad de cada provincia. Toda esta actividad de carácter docente, así como las conferencias y demás trabajos de divulgación y de propaganda sanitaria, tenía que ser realizada por el personal técnico de las diferentes secciones. Esta última labor ya venía preocupando a algunos Inspectores Provinciales de Sanidad durante la organización de las Brigadas⁷⁹.

En cuanto a las labores estrictamente docentes alcanzaron mayor relevancia a partir del Real Decreto de 16 de mayo de 1930 cuando, en sustitución de las oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad, se dispuso que todos los años durante el curso académico, se debían impartir, por parte de los Institutos Provinciales de Higiene, cursillos de prácticas sanitarias y ampliación de conocimientos higiénicos.

Tanto las Diputaciones provinciales como las Juntas administrativas de las Mancomunidades municipales, que dispusieran de Institutos provinciales de Higiene, tenían el deber de organizar núcleos sanitarios comarcales o circunscripciones sanitarias, con el objeto de poder atender de forma eficaz y oportuna los servicios que se pudieran demandar en las diferentes localidades que las conformaran.

⁷⁷ «[...] Así vemos como en algunos casos se da preferencia a los equipos móviles de desinfección, en otros se concede principal importancia a la parte de laboratorios de análisis; otras veces es el servicio de vacunación el que ocupa lugar predominante, etc., etc. [...]»: GARCÍA BOENTE (1927), p. 52.

⁷⁸ Hemos tenido ocasión de estudiar con detenimiento el de Alicante: PERDIGUERO (1994).

⁷⁹ Las alusiones a conferencias y tareas divulgativas son muy frecuentes en las páginas de los Anuarios de la Dirección General de Sanidad. BÉCARES (1924) se planteaba la adquisición de un cinematógrafo para mejorar su ya intensa labor propagandística, p. 68.

Con anterioridad ya se habían organizado Sub-brigadas en varias provincias⁸⁰, llamadas con posterioridad Sub-institutos⁸¹ y que en algunos casos fueron el embrión de los Centros Secundarios de Higiene Rural que comenzaron a funcionar a partir de 1932⁸².

Los centros con este organigrama continuaron siendo objeto de atención legislativa encaminada a perfilar aspectos de su funcionamiento⁸³. Fueron inaugurándose nuevas instalaciones⁸⁴, pero el programa de centros de control de las enfermedades infecciosas pronto se quedó corto. En opinión de Francisco Bécares se limitaban, en su mayoría, «a realizar, principalmente, las campañas de prevención y defensa contra las enfermedades evitables». Tenían pues en aquellos momentos únicamente contenido “sanitario”, y lo que se reclamaba era que los Institutos de Higiene, surgidos tras la aprobación del Estatuto provincial, pasasen a ser considerados como organismos encargados de realizar servicios de carácter higiénico, sanitario y social en la circunscripción de cada provincia, de modo que su ámbito de actuación se ampliase a todos los aspectos de la vida social contando con: «organizaciones sobre puericultura y maternología, higiene escolar y del trabajo, enfermedades profesionales, lucha contra las enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, tracoma, etc.», programa, que solo alcanzaría a ser una realidad, al menos parcial, a partir de 1934 con la Ley de servicios sanitarios⁸⁵. Además, también se pretendía extender sus tareas a las labores de planificación e, incluso, ejecución en caso de necesidad, del saneamiento; además de intensificar las labores de divulgación y propaganda sanitaria. El nuevo talante puede ejemplificarse en las palabras que formaban parte del balance de las actuaciones realizadas en los últimos años en la provincia de Alicante con el fin de perfilar la organización sanitaria de la misma. La etapa bacteriológica de los Institutos había quedado atrás y los otrora muy alabados laboratorios debían completarse con nuevos dispositivos más adecuados para la

⁸⁰ Así ocurrió, por ejemplo en el caso de las Islas Canarias: ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD- 1921 (1922), p. 259. O en Badajoz: ANUARIO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD- 1922 (1923), p. 280

⁸¹ En el caso de Alicante se inauguraron Sub-institutos en Alcoy y en Orihuela: PERDIGUERO et al. (1994), p. 66.

⁸² Este fue el caso de Alcoy (Alicante). Ver para el caso de Córdoba BENZO (1933).

⁸³ Además de los aspectos referidos a personal que pueden seguirse en sus grandes líneas en el trabajo de MOLERO, JIMÉNEZ (2000), pp. 66-71, otros muchos aspectos de detalle fueron modificándose entre 1925 y 1930, especialmente en lo que se refiere al funcionamiento de las Juntas Administrativas que en muchos casos gestionaban las instituciones ante la inhibición de las diputaciones: Reales Órdenes de 1 de julio de 1927 (Gaceta del 2), 26 de septiembre de 1927 (Gaceta del 27), 24 de diciembre de 1927 (Gaceta del 25), 31 de agosto de 1928 (Gacetas del 2 y 6 de septiembre), 16 de noviembre de 1928 (Gaceta del 17), 7 de enero de 1929 (Gaceta del 9), 30 de marzo de 1929 (Gaceta del 2 de abril)

⁸⁴ Véase, por ejemplo, la noticia sobre la inauguración del Instituto de Álava (1929): Revista de Sanidad e Higiene Pública, 4, p. 450.

⁸⁵ BÉCARES (1930), pp. 553-554. Se proponía que pasasen a llamarse Institutos de Higiene Social como modo de indicar su más amplio espectro.

labor social que debían llevar a cabo estas instituciones. La labor dispensarial, con su importante vertiente propagandística, era la senda que debía de seguirse⁸⁶.

3.2.- Los Institutos provinciales de Higiene en el contexto de las reformas sanitarias de la Segunda República

3.2.1.- La reestructuración de 1931: de Diputaciones a Mancomunidades

Como consecuencia de las reformas legislativas introducidas por la nueva administración republicana, las Diputaciones provinciales vieron reducidas, de forma significativa, sus atribuciones. Estas nuevas circunstancias, aconsejaron suspender la dependencia administrativa que tenían los Institutos provinciales de Higiene con respecto a las Diputaciones, y volver a asignarles el marco administrativo de las mancomunidades municipales formadas por todos los Ayuntamientos de cada una de las provincias⁸⁷. El decreto hacía referencia explícita al origen de las brigadas sanitarias y se proponía devolver a instituciones de tanta «importancia medicosocial [...] aquella democrática organización tan sólo modificada por la experiencia adquirida en diez años de funcionamiento» .

Uno de los aspectos en los que se hizo especial hincapié fue en la necesidad de extender a todo el ámbito de la provincia las prestaciones de los Institutos, a través de la creación de centros comarcales consagrados, sobre todo, a dedicar la máxima atención a los problemas de Sanidad en el medio rural. Todo ello entroncaba con la atención a la sanidad rural en el ámbito republicano con la que hemos comenzado nuestro relato. También se destacaba la subordinación técnica que debía existir por parte de los Centros Sanitarios, dependientes de aquellos Ayuntamientos a los que se les había dispensado de contribuir al sostenimiento económico y administrativo de los Institutos, con respecto a los Inspectores provinciales de Sanidad, quienes podían requerir en todo momento la prestación de sus recursos científico-técnicos y humanos. Como se tiene en cuenta en otros capítulo de esta obra, esta tendencia de asignar a las Inspecciones Provinciales de Sanidad e Institutos de Higiene la coordinación de los recursos higiénico-sanitarios de la provincia se extendió a todo tipo de centros y dispensarios. En cuanto a los Centros Secundarios de Higiene⁸⁸, sus directores actuaban por delegación de los Inspectores provinciales de Sanidad, al mismo tiempo que tenían bajo su control todas las instituciones dependientes de la Inspección provincial de Sanidad que radicaran en su zona. Tanto la demarcación de la zona de actuación del Centro, como las actividades que debía desarrollar, eran señaladas por el Inspector provincial de Sanidad. Se fue pues configurando un papel para los Institutos Provinciales de Higiene en el que debían

⁸⁶ ORGANIZACIÓN... (1932).

⁸⁷ Decreto de 31 de julio de 1931 (Gaceta del 2 de agosto).

⁸⁸ Creados por Orden Ministerial de 22 de abril de 1932.

de actuar como centros secundarios de la capital y como centros terciarios coordinadores de los centros secundarios y de los primarios en la línea de las propuestas sobre medicina rural emanadas de las diversas reuniones de la Sociedad de Naciones⁸⁹.

3.3.- La reforma de 1934: la Ley de servicios sanitarios

3.3.1.- La consolidación del régimen de mancomunidades

La llamada Ley de Coordinación Sanitaria promulgada el 11 de julio de 1934 (Gaceta del 17), amén de su preocupación por las instituciones sanitarias estatales, por la asistencia médica en el ámbito rural y por la situación de los sanitarios rurales, se planteó como uno de sus principales objetivos solventar la angustiosa situación económica por la que pasaban muchos Institutos Provinciales de Higiene debido al problema crónico de la falta de colaboración económica de los Ayuntamientos. Para solventar estos problemas y tratar de conseguir una mejor organización y una mayor eficacia de los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios encomendados a los Ayuntamientos y Diputaciones se creaba, en cada una de las provincias, un organismo de carácter administrativo denominado Mancomunidad de Municipios. Cada una de estas mancomunidades pasaban a estar dirigidas por una Junta Administrativa que debía elaborar un informe para organizar, en el medio rural el servicio de asistencia médica, o para extender, cuando los medios económicos lo permitieran la labor sanitaria. Dichos organismos asumían funciones delegadas del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, que era a quien le correspondía la dirección técnica y administrativa de los servicios sanitarios y sanitario-benéficos y serían a un tiempo Juntas representativas de los Municipios y Juntas delegadas del Estado en su labor de tratar de conseguir una más perfecta fusión de recursos económicos.

Según Jiménez Lucena⁹⁰ esta ley, fruto del llamado bienio negro, supuso un retroceso normativo en la estrategia de extensión al medio rural de la medicina preventiva que no fue retomada hasta la llegada del Frente Popular⁹¹, todo ello en un contexto de fuerte debate sobre el modelo de servicios sanitarios⁹².

No obstante, durante 1934 y en el marco del I Congreso de Sanidad

⁸⁹ ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (1931). Sobre este papel de los Institutos Provinciales de Higiene y de los centros secundarios y terciarios puede consultarse BENZO (1933); DEL CAMPO, GIMENO DE SANDE (1934), GIMENO DE SANDE (1933, 1934), PINTOR (1933)

⁹⁰ JIMÉNEZ (1994), pp. 573-575

⁹¹ Orden Ministerial de 12 de febrero de 1936 (Gaceta del 13) sobre organización de centros secundarios de Higiene rural.

⁹² La atención a este debate ha sido muy intensa en los últimos años. Muchos de los trabajos ya citados en las nota 6 y 7 se ocupan de ello. Además es preciso recurrir, entre otros, a JIMÉNEZ (1997, 1998a, 1998b) y RODRÍGUEZ OCAÑA, ORTIZ (1988).

Nacional⁹³, la higiene rural fue un tema al que se prestó gran atención⁹⁴, tratando de perfilar diferentes propuestas para su organización, y acomodándolas al problema de la relación con los médicos titulares (de Asistencia Pública Domiciliaria a partir de 1934), uno de los temas que más preocupaba a todos los que estaban comprometidos en el desarrollo de los centros secundarios y primarios de higiene rural⁹⁵. Sobre los Institutos Provinciales de Higiene se proponía, como venía siendo habitual dentro del marco de la higiene rural, su consideración de centros terciarios⁹⁶. Bécáres, defendiendo propuestas ya intentadas unos años antes en Valladolid⁹⁷, fue un activo participante en los debates, amén de defender en una comunicación un Proyecto de un nuevo tipo de organización de la Sanidad provincial integrando la sanidad, la asistencia pública y la previsión social en el que también se hacía eco de la difícil situación por la que pasaban los Institutos Provinciales de Higiene por los impagos municipales⁹⁸.

Como es sabido, la inestabilidad política y los constantes cambios de gobierno y reestructuraciones ministeriales tuvieron en suspenso la Ley de Coordinación Sanitaria⁹⁹ y no fue hasta mediado el siguiente año cuando se pusieron en vigor, y por vía de ensayo, los diferentes reglamentos que desarrollaban la coordinación sanitaria¹⁰⁰, entre ellos el referido a las mancomunidades y a los Institutos Provinciales de Higiene.

⁹³ RODRÍGUEZ OCAÑA, MENÉNDEZ (1986).

⁹⁴ Ver las propuestas de RUESTA et al. (1935).

⁹⁵ Los autores a los que nos hemos referido en la nota 89 se ocupan todos ellos de este espinoso problema señalando las dificultades que surgieron con los médicos titulares al ir instaurándose los dispositivos de higiene rural. El miedo a que los centros secundarios y primarios bajo apariencia de profilaxis fuesen en realidad instancias asistenciales era evidente.

⁹⁶ RUESTA (1935), pp. 247-251. No obstante no se desarrolló, como se había anunciado con anterioridad una ponencia dedicada únicamente a este tema: PRIMER CONGRESO DE SANIDAD NACIONAL (1932). Similares propuestas a las discutidas en la ponencia oficial de este congreso sobre higiene rural fueron defendidas en otros muchos foros; ver, por ejemplo BARDAJÍ, MARTÍN (1935).

⁹⁷ BÉCARES (1932).

⁹⁸ BÉCARES (1935), pp. 29-31. Otra propuesta de organización de la sanidad provincial fue la de FERNÁNDEZ (1935).

⁹⁹ Ley de 27 de diciembre de 1934 (Gaceta del 28).

¹⁰⁰ Decreto del 14 de junio de 1935 (Gaceta del 19). Con anterioridad diversas normas ya habían tratado de aclarar diversos aspectos relacionados con las Juntas Administrativas de las Mancomunidades: Orden Ministerial de 24 de julio de 1934 (Gaceta del 28), Decreto de 7 de diciembre de 1934 (Gaceta del 9). Otras disposiciones legales se cuidaron de preservar el régimen especial de las provincias vascas y de Navarra: Orden Ministerial de 6 de noviembre de 1931 aplicando el decreto de 31 de julio de 1931 a las provincias Vascongadas, Decretos de 11 de diciembre de 1934 (Gaceta del 13), 8 de enero de 1935 (Gaceta del 10) y 13 de febrero de 1935 (Gaceta del 15). Hay que tener en cuenta, además, que en el caso de Cataluña se habían transferido a la Generalitat los servicios sanitarios por Decreto de 24 de mayo de 1933.

4.- EL REGLAMENTO TÉCNICO, DE PERSONAL Y ADMINISTRATIVO DE LOS INSTITUTOS PROVINCIALES DE HIGIENE

El Reglamento técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de Higiene, la dirección técnica de los cuales correspondía a los Inspectores provinciales de Sanidad, encomendaba a estos organismos la tarea de desarrollar, en el ámbito de la administración periférica, lo que se definía como programa de reconstrucción sanitaria nacional. Este contemplaba como áreas de actuación la protección a la madre y al niño, la vigilancia de la salud de escolares y adolescentes, el saneamiento del medio, la profilaxis de las enfermedades evitables, la medicina social, la enseñanza popular de la Higiene y la investigación sanitaria. Con el objeto de garantizar el desarrollo de dicho programa se contemplaba la creación de los correspondientes servicios técnicos, y con dicho fin se dividía a los Institutos provinciales de Higiene en Secciones técnicas comunes a todas las provincias, y Secciones técnicas de carácter especializado, presentes en aquellas provincias cuya problemática sanitaria así lo exigiera. Las de carácter común eran: epidemiología y estadística sanitaria, análisis higiénico-sanitarios, tuberculosis, higiene mental, higiene infantil, venéreo y lepra. Las especializadas estarían dedicadas donde fuese necesario a paludismo, tracoma, ingeniería sanitaria, higiene industrial del trabajo e higiene de la alimentación. El único personal que no figuraba adscrito a una sección determinada, lo constituían las Instructoras de Sanidad, cuya función, exclusivamente sanitaria, se consideraba de carácter polivalente¹⁰¹.

Los Institutos provinciales de Higiene tenían que trabajar con los centros secundarios y primarios, y, con el objeto de garantizar una adecuada coordinación entre los Institutos provinciales de Higiene y los organismos centrales de carácter técnico, los Inspectores provinciales de Sanidad debían mantener relaciones constantes y directas con el Instituto Nacional de Sanidad.

La puesta en marcha de este organigrama en el conjunto de las Mancomunidades no fue posible sino en el año 1936, tras requerirse sucesivas matizaciones en torno al modo de funcionar¹⁰². Los datos aportados sobre estos primeros presupuestos de la Mancomunidades Sanitarias Provinciales¹⁰³ ya han sido estudiados por Rodríguez Ocaña¹⁰⁴. La heterogeneidad en la financiación de los Institutos Provinciales de Higiene, tanto en lo que respecta al porcentaje del presupuesto de la Mancomunidad Sanitaria Provincial que consumían como en la distribución interna del gasto, es el hecho más relevante, lo cual indica que la gran diversidad en estos centros provinciales que ya había surgido en sus inicios como Brigadas Sani-

¹⁰¹ Sobre esta figura ver BERNABEU, GASCÓN (1999), pp. 37-73.

¹⁰² Órdenes Ministeriales de 25 de junio de 1935 (Gaceta del 27), 26 de junio de 1935 (Gaceta del 27), 24 de julio de 1935 (Gaceta del 28), 29 de agosto de 1935 (Gaceta del 30), 4 de octubre de 1935 (Gaceta del 13).

¹⁰³ BLANCO (1936).

¹⁰⁴ RODRÍGUEZ OCAÑA (1994), pp. 244-246.

tarias Provinciales no había sido superada más de una década después. Tal heterogeneidad más que adecuarse a las necesidades de cada provincia parecía deberse a las diferentes situaciones de partida y al mayor énfasis puesto en esta o aquella parcela por los inspectores provinciales, como ya hemos tenido ocasión de comprobar.

5.- EPÍLOGO

El golpe militar de julio de 1936 interrumpió el nuevo marco de desenvolvimiento sanitario que se había ido diseñando en los convulsos años anteriores. Los Institutos Provinciales de Higiene, a los que se había ido dotando crecientemente de funciones, material y personal a través de un proceso enmarcado en las continuas dificultades presupuestarias debidas al modo de financiación intermunicipal en el que debían apoyarse, no fueron cuestionados en ninguno de los dos bandos enfrentados. La misión de la Sociedad de Naciones que visitó la parte de España que había permanecido fiel al orden constitucional valoró positivamente los centros provinciales¹⁰⁵. En el lado golpista, mientras que gran parte la organización sanitaria republicana era criticada agriamente, en especial en lo que se refiere a los organismos centrales y los centros de higiene rural¹⁰⁶, se consideraba a los Institutos Provinciales de Higiene la piedra angular del sistema sanitario¹⁰⁷, sobre la que se desarrollaría la sanidad franquista.

A pesar de las dificultades, por tanto, estos organismos de administración sanitaria periférica se constituyeron en una pieza fundamental en la organización sanitaria que, a partir de la tendencia previa, organizó la Segunda República.

¹⁰⁵ SOCIEDAD DE NACIONES (1937), p. 297 y 324.

¹⁰⁶ VALLEJO (1938), pp. 5-6.

¹⁰⁷ De hecho nada más producirse el golpe se utilizaron como los medios más eficaces de actuación sanitaria: Mestre (1938), Augusto Liria Borderas (1939)

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- Actuación sanitaria durante el bienio de 1924-25* (1926). Madrid, Ministerio de Gobernación.
- Anuario de la Dirección General de Sanidad –1921* (1922). Madrid, Ministerio de la Gobernación.
- Anuario de la Dirección General de Sanidad –1922* (1923). Madrid, Ministerio de la Gobernación.
- Anuario de la Dirección General de Sanidad –1923* (1924). Madrid, Ministerio de la Gobernación.
- Anuario de la Dirección General de Sanidad –1924* (1925). Madrid, Ministerio de la Gobernación.
- Asamblea nacional de Inspectores Provinciales de Sanidad celebrada en Madrid del 26 al 30 de Noviembre de 1916 (1916). Conclusiones aprobadas por la Asamblea. *La Medicina Social Española*, 1, 763-766; 2, 22-28 y 59-64.
- Augusto Liria Borderas (1939). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 13, 681-682.
- AYUNTAMIENTO DE ALICANTE (1921). *Reglamento orgánico e interior del Instituto de Higiene y Laboratorio Municipal de Alicante y su provincia*, Alicante, Talleres Tipográfico de “El Día”.
- BARDAJÍ LÓPEZ, Enrique; MARTÍN CIRAJAS, D. (1935). Institutos provinciales de Higiene. Centros secundarios y primarios. En: *Guía oficial y libro de ponencias del III Congreso Nacional de Sanidad Municipal*, Madrid, Imprenta de Sáez Hermanos, pp. 137-144.
- BÉCARES FERNÁNDEZ, Francisco (1924). *Memoria-resumen de los servicios realizados por la Brigada Sanitaria provincial de Valladolid y desarrollo económico de la misma...*Valladolid, Tipografía Cuesta.
- BÉCARES FERNÁNDEZ, Francisco (1930). *Legislación, administración y organización sanitaria española...para el ingreso en el cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad*, Valladolid, Tipografía Cuesta.
- BÉCARES FERNÁNDEZ, Francisco (1932). Proyecto de nueva organización de servicios sanitarios municipales. Creación de Centros Sanitarios y de Higiene rural. En: *Instituto Provincial de Higiene de Valladolid: Publicaciones de interés para las clases sanitarias de la provincia*, Ávila, Sigiriano Díaz, pp. 45-62.
- BÉCARES FERNÁNDEZ, Francisco (1935). Proyecto de un nuevo tipo de organización de la Sanidad provincial a base del concierto de la Sanidad, la Asistencia pública y la Previsión social, conforme a la estructuración del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. En: Luis Nájera Angulo (ed.) *Primer Congreso Nacional de Sanidad. Ponencias oficiales y discusiones...*, Madrid, Tomo segundo, pp. 27-60.
- BENZO, M. (1933). La organización sanitaria de la provincia de Córdoba (Breve

- nota informativa de los progresos logrados durante un decenio). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/2, 391-399.
- BLANCO GRANDE, Pedro (1937). Los presupuestos de las Mancomunidades sanitarias e Institutos provinciales de Higiene para el año 1936. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 12, 37-47.
- DEL CAMPO CARDONA, Antonio.; GIMENO DE SANDE, A. (1933). Centros primarios de Higiene rural de Cáceres. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/1, 349-365.
- ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (1931). *La Conferencia Internacional de Higiene rural convocada por la Sociedad de las Naciones (29 de junio 1931)*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, 1931.
- FERNÁNDEZ HORQUES, Mariano (1935). Bases para la constitución de una Mancomunidad (oficial o libre) de Institutos provinciales de Higiene. En: Luis Nájera Angulo (ed.) *Primer Congreso Nacional de Sanidad. Ponencias oficiales y discusiones...*, Madrid, Tomo segundo, pp.423 y ss.
- FERRET, G. (1919). Los Institutos Provinciales de Higiene. *La Medicina Social Española*, 4, 321-325.
- GARCÍA BOENTE, José Luis (1927). Institutos Provinciales de Higiene. En: *Asamblea del Cuerpo de Inspectores Provinciales de Sanidad*. Madrid, Imprenta Gráfica Universal, pp. 47-53.
- GARCÍA DURÁN, Román (1916). La Asamblea de Inspectores Provinciales de Sanidad. *La Medicina Social Española*, 1, 740-744.
- GIMENO DE SANDE, A. (1933). Centros primarios de Higiene rural. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/2, 573-590 .
- GIMENO DE SANDE, A. (1934). Centros primarios de Higiene rural (II) y (III). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 9/1, 34-49, 119-129.
- MARÍN, J. (1925). ¿Brigadas Sanitarias o Institutos de Higiene? *Archivos de Higiene y Sanidad Pública*, 1, 260-261.
- MESTRE (1938). La memoria de los servicios sanitarios provinciales de Granada. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 13, 91-92.
- Organización sanitaria de la provincia (1932). *Boletín del Instituto Provincial de Higiene de Alicante*, 47, pp. 1-5.
- PALANCA, José Alberto (1925). Inspección de Sanidad de la Provincia de Madrid. Memoria sobre los trabajos realizados en el año 1924. *Archivos de Higiene y Sanidad Pública*, 1, 99-117.
- PINTOR, Antonio (1933). Organización sanitaria de la zona influenciada por el Centro secundario de Higiene rural de Jaca. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/2, 266-269.
- PRIMER CONGRESO DE SANIDAD NACIONAL (1932). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/2, 102.
- RUESTA MARCO, Santiago; BÉCARES FERNÁNDEZ, Francisco; RUIZ MOROTE, Francisco; ANGUERA ANGLÉS, Alberto; DEL CAMPO CARDONA, Antonio, DE BUEN LOZANO, Eliseo (1935). Organización de los

servicios de Higiene rural. Normas que aconseja la experiencia adquirida para su total desenvolvimiento. En: Luis Nájera Angulo (ed.) *Primer Congreso Nacional de Sanidad. Ponencias oficiales y discusiones...*, Madrid, Tomo primero, pp. 235-279.

SOCIEDAD DE NACIONES. ORGANIZACIÓN DE HIGIENE (1937). Informe sobre la misión sanitaria en España (28 diciembre de 1936-15 enero 1937). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 12, 297-332.

VALLEJO DE SIMÓN, A. (1938). Reorganización de los Servicios Sanitarios en la Zona liberada. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 13, 4-24.

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

BERNABEU MESTRE, Josep. (1991) Estadística demográficosanitaria. En: Miguel Artola. *Enciclopedia de Historia de España. Diccionario temático*, Madrid, Alianza, pp. 490-492.

BERNABEU MESTRE, Josep; GASCÓN PÉREZ, Encarna (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*, Alicante, Universidad de Alicante.

BERNABEU MESTRE, Josep; PERDIGUERO GIL, Enrique (2001). Salud, alimentación y consumo. *Canelobre*, 43, 104-117.

CANET, Maria Àngels; MARTÍNEZ, Felip; VALOR, Josep (1996). La institucionalización de la salud pública a València: dels laboratoris químic i bacteriològic a l'Institut Municipal d'Higiene. En: Josep Lluís Barona, Joan Antoni Micó, *Salut i malaltia en els municipis valencians*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Universitat de València, pp. 191-214.

CARRERAS PANCHÓN, Antonio (1972). Índices de la revista «La Medicina Social Española». *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 11, 373-387.

CASTELLANOS GUERRERO, Jesús; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel; RUIZ SOMAVILLA, María José; GARDETA SABATER, Pilar (eds.) (1998). *La Medicina en el siglo XX. Estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*, Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina.

GARCÍA BENAVIDES, Fernando (2000). Epílogo para después de un paseo con Don Marcelino Pascua. *Revista Española de Salud Pública*, 74 (monográfico), 95-98.

GARCÍA CAEIRO, Ángela (1998). La gestación de la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904. En: Jesús Castellanos Guerrero, Isabel Jiménez Lucena, María José Ruiz Somavilla, Pilar Gardeta Sabater (eds.), *La Medicina en el siglo XX. Estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*, Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 101-107.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (ed.) (1994a). Salud Pública en la España Contemporánea. *Dynamis*, 14, 17- 225.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (1994b). Fuerzas sociales y desarrollo de la

- Salud Pública en España, 1917-1923. *Revista de sanidad e higiene pública*, 68 (monográfico), 45-55.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (ed.) (1995a). Salud Pública en la España Contemporánea (II). *Dynamis*, 15, 155-299.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (1995b). *Organización sanitaria y crisis social en España*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas.
- (2000). Política sanitaria; de la dictadura de Primo de Rivera a la 2ª República. *Revista Española de Salud Pública*, 74 (monográfico), 35-43.
- HUERTAS, Rafael; CAMPOS, Ricardo (1992). *Medicina social y clase obrera en España*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992, 2 volúmenes.
- JIMÉNEZ LUCENA, Isabel (1994). La Segunda República, una apuesta por la «higiene rural»: el nivel legislativo. En: Juan Luis Carrillo, Guillermo Olagüe de Ros (eds.), *Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina*, Sevilla, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 567-580.
- (1997). El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la Segunda República Española. *Asclepio*, 49/1, 193-216.
- (1998a). Los profesionales de la medicina y el centralismo sanitario durante la Segunda República. En: Jesús Castellanos Guerrero, Isabel Jiménez Lucena, María José Ruiz Somavilla, Pilar Gardeta Sabater (eds.), *La Medicina en el siglo XX. Estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*, Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 173-181.
- (1998b) La cuestión del 'regeneracionismo' sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología. *Dynamis*, 18, 285-314.
- MARSET, Pedro; RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; SÁEZ, José Miguel (1998). La Salud Pública en España. En: Ferrán Martínez Navarro F, Josep María Antó, JL Castellanos et al., (eds.) *Salud Pública*, Madrid, MacGraw-Hill Interamericana, pp. 25-47.
- MOLERO MESA, Jorge; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel (2000). Salud y burocracia en España. Los Cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951). *Revista Española de Salud Pública*, 74 (monográfico), 45-79.
- NAVARRO PÉREZ, Jorge (1996). La organización de los servicios de higiene municipal en Valencia (1881-1931). En: Josep Lluís Barona, Joan Antoni Micó, *Salut i malaltia en els municipis valencians*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Universitar de València, pp. 167-182.
- Blasquismo e higiene y salubridad en el municipio de Valencia (1901-1936). En: Josep Bernabeu Mestre, Xavier Esplugues i Pellicer, Elena Robles González (eds.), *Salut i malaltia en els municipis valencians*, Benissa, Seminari de Estudis sobre la Ciència. Institut d'Estudis de la Marina Alta, pp. 131-148.
- PERDIGUERO, Enrique (1994) Boletín del Instituto Provincial de Higiene de Alicante. En: Francisco Moreno Sáez (ed.). *La prensa en la Provincia de Ali-*

- cante durante la Segunda República (1931-1936)*, Alicante: Instituto de Cultura "Juan Gil Albert", pp. 98-102.
- (1997). Problemas de salud e higiene en el ámbito local. En: Josep Bernabeu Mestre, Xavier Esplugues i Pellicer, Elena Robles González (eds.), *Salut i malaltia en els municipis valencians*, Benissa, Seminari de Estudis sobre la Ciència. Institut d'Estudis de la Marina Alta, pp. 17-41.
 - PERDIGUERO, Enrique; BERNABEU, Josep. Un reto a la modernización: el control de la enfermedad y de la muerte. En: Franciso Moreno Sáez, Mario Martínez Gomis M, Juan Martínez Leal (coords.). *Los inicios de la modernización en Alicante, 1882-1914*, Alicante: Caja de Ahorros del Mediterráneo, pp. 137-156.
 - PERDIGUERO GIL, Enrique; BERNABEU MESTRE, Josep; ROBLES GONZÁLEZ, Elena (1994). La salud pública en el marco de la administración periférica: El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936). *Dynamis*, 14, 43-75.
 - PERDIGUERO, Enrique; BERNABEU, Josep; HUERTAS, Rafael; RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban (2001). History of Health, a Valuable Tool in Public Health. *Journal of Epidemiology and Community Health* (en prensa).
 - PUERTO SARMIENTO, Francisco Javier; COBO COBO, Josefa. El Laboratorio Municipal de Madrid en el último tercio del siglo XIX. *Dynamis*, 3, 149-172.
 - ROCA ROSELL, Antoni (1988). *Història del Laboratori Municipal de Barcelona de Ferrán a Turró*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
 - (1991). La higiene urbana como a objectiu: notes sobre la història de l'Institut Municipal de la Salut (1891-1936). En: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, pp. 75-103.
 - RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1987). *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - (1992). La estadística en la Administración Sanitaria Española del siglo veinte. En: *Las Estadística Demográfico-Sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua*, Madrid, Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III, 1992, pp. 47-77.
 - (1994a). De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene. En: *Historia y Medicina en España. Homenaje al Profesor Luis S. Granjel*, Valladolid, Junta de Castilla y León, pp. 237-249.
 - (1994b). La Salud Pública en España en el contexto europeo. *Revista de sanidad e higiene pública*, 68 (monográfico), 11-27.
 - RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; BERNABEU MESTRE, Josep (1997). Physicians and statisticians: two ways of creating demographic health statistics in Spain, 1841-1936. *Continuity and Change*, 12, 247-264.
 - RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo (1986). El Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la

profesionalización médico-social. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 60, 1095-1107.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; ORTIZ, Teresa (1988). Los médicos españoles y la idea del Seguro Obligatorio de Enfermedad durante el primer tercio del siglo XX. En: Manuel Valera, M^a Amparo Egea, M^a Dolores Blázquez (eds.) *VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Libro de Actas, Murcia, Sociedad Española de Historia de la Medicina*, pp. 488-501.

SALVERT I FABIANI, Vicent Lluís; NAVARRO, Jorge (1992). *La Sanitat Municipal a València (segles XIII-XX)*, València, Edicions Alfons el Magnànim.

VALENZUELA CANDELARIO, José; RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1988). La política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Rivindicación de un Ministerio de Sanidad. En: Manuel Valera, M^a Amparo Egea, M^a Dolores Blázquez (eds.) *VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Libro de Actas, Murcia, Sociedad Española de Historia de la Medicina*, pp. 514-523.



EL CENTRO SECUNDARIO DE HIGIENE RURAL DE TALAVERA DE LA REINA

JUAN ATENZA FERNÁNDEZ

Director del Centro Regional de Salud Pública

MONTSERRAT RODRÍGUEZ NICOLÁS

Jefa de Enfermería del Centro Regional de Salud Pública

Talavera de la Reina (Toledo)

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CENTROS SECUNDARIOS DE HIGIENE RURAL

Los Centros Secundarios de Higiene Rural tienen su origen en 1932 siendo Ministro de la Gobernación Casares Quiroga, cuando se realizó en los Presupuestos del Estado de 1932 la consignación del crédito necesario para la creación de quince Centros Secundarios de Higiene Rural¹, entre ellos el de Talavera de la Reina, según la Orden de 22 de abril de 1932 firmada por Marcelino Pascua, Director General de Sanidad (Gaceta de Madrid del día 23 de abril). Prácticamente todos los centros se ubicaron en ciudades importantes, relativamente alejadas de la capital de provincia y con un área de influencia propia.

Dicha Orden establece determinados aspectos organizativos de los Centros, tales como:

– **Dirección:** La jefatura de cada Centro corresponderá a un Oficial Sanitario, Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, que deberá dedicarse íntegramente a la Jefatura del Centro, bajo la directa dependencia del Inspector Provincial de Sanidad, al cual se le dará cuenta semanalmente de los trabajos realizados, transmitiendo éste en el mismo período de tiempo la información a la Dirección General de Sanidad.

– **Funciones:** Las encomendadas a los Inspectores Provinciales de Sanidad, especialmente los trabajos referidos a estudios demográfico-sanitarios, higiene social, propaganda higiénica, lucha contra la mortalidad infantil y enfermedades evitables. Las funciones técnicas abarcarán una zona y actividades señaladas por el Inspector Provincial de Sanidad, teniendo presente las posibilidades de transporte, los medios de relación y la eficaz vigilancia por parte del Jefe del Centro.

– **Delegación:** Para evitar duplicidad de servicios y garantizar la coordinación se determina que el Jefe del Centro tendrá bajo su dirección todas las Instituciones dependientes del Inspector Provincial de Sanidad que radiquen en su zona.

En la Gaceta de Madrid de 23 de marzo de 1933 se publica la Orden de la Dirección General de Sanidad de 22 de marzo, por la que se amplía notablemente la plantilla del Cuerpo de Sanidad Nacional, con el fin de atender funciones tales como:

- a) Las de inspección.
- b) Los cambios de ordenación en lo que respecta a las regiones autónomas.
- c) El aumento de personal central y provincial, así como en el personal direc-

¹ Hellín (Albacete), Alcoy (Alicante), Reinosa (Santander), Plasencia (Cáceres), sustituido por Coria, según Orden de 31 de agosto de 1932, Sigüenza (Guadalajara), Jaca (Huesca), Linares (Jaén), Algeciras (Cádiz), Lorca (Murcia), Talavera de la Reina (Toledo), Villalón (Valladolid), Villafranca del Bierzo (León), Valdepeñas (Ciudad Real), Peñaranda de Bracamonte (Salamanca) y Pozo-Blanco (Córdoba).

tor de los Centros de Higiene Rural. Entre estos últimos se agrega el de Trujillo (Cáceres) y un jefe del Centro de Higiene de Vallecas.

Por su cercanía y vinculación con Talavera de la Reina conviene hacer mención de la dotación al amparo de esta Orden del puesto de Director del Instituto Antipalúdico y de Higiene Rural de Naval Moral de la Mata. Poco tiempo después, en la Gaceta de Madrid de 3 de junio de 1933, se publica la Orden de la Dirección General de Sanidad de 1 de junio, por la que se nombran diversos miembros del Cuerpo de Sanidad Nacional en diferentes puestos, entre ellos a Enrique Álvarez Romero como Jefe del Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina, con la categoría de Jefes de Negociado de tercera y haber anual 6.000 pesetas. Como Jefes de otros Centros aparece el nombre de sanitarios como Primitivo de la Quintana (Algeciras), posteriormente también nombrado Director del Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina, Luis Nájera Ángulo (Sigüenza), José Sierra y David Molina Herrero (Hellín), profesionales de gran trascendencia en la historia sanitaria de nuestro país, muchos de ellos pertenecientes a verdaderas sagas de salubristas.

Poco después, el 21 de junio de 1933 (Gaceta de Madrid del día 22), se amplía nuevamente la plantilla del Cuerpo de Sanidad Nacional en quince plazas, para atender centros de nueva creación², argumentándose ser de verdadera urgencia dar comienzo a su funcionamiento.

Siguiendo el proceso de desarrollo de estos elementos estructurales de la sanidad, el 30 de diciembre de 1933 se aprueba una Orden del Director General de Sanidad, José Estadella, disponiendo que los Directores de los Centros Secundarios de Higiene Rural que pertenezcan al Cuerpo de Sanidad Nacional sean Vocales natos de la Junta Municipal de Sanidad de la población en que se radique dicho Centro, argumentando que tanto su especialización técnica como la misión que tienen asignada pueden ser elementos valiosos de dichos Organismos consultivos, contemplados en el Reglamento de Sanidad Municipal de 1925. En este mismo Reglamento ya se menciona la posibilidad de establecer Subbrigadas sanitarias en algunos municipios populosos, ordenándose concretamente crear una en Algeciras.

La Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934 contempla en su base XXVI la conveniencia de extender los beneficios de los Institutos de Higiene creando Centros sanitarios de distrito en los que se atiendan debidamente los problemas de salud rural, contribuyendo el Estado a su constitución en la forma que juzgue más eficaz y creándolos a sus expensas en los casos en que las necesidades de su servicio así lo exijan.

² Miranda de Ebro (Burgos), Barbastro (Huesca), Úbeda (Jaén), Astorga (León), Calahorra (Logroño), Cieza (Murcia), La Guardia (Pontevedra), Medina del Campo (Valladolid), Luarca (Oviedo), Santoña (Santander), Cabra (Córdoba), Mérida (Badajoz), Arévalo (Ávila), Benavente (Zamora) y El Espinar (Segovia).

Todavía han de crearse quince nuevos Centros durante el año 1934³, conformando una red de cuarenta y seis Centros, incluyendo el de Vallecas.

Tras la Guerra Civil se publica en el Boletín Oficial del Estado una Circular sobre funcionamiento de los Centros Secundarios de Higiene, firmada por J. Lorente, Subsecretario del Ministerio de la Gobernación, en la que se expresa la evidencia de que la instalación de dichos Centros sea hecha de perfecto acuerdo entre el Ayuntamiento en cuyo término haya de radicar y el Estado. Con el fin de reducir gastos de funcionamiento se recoge en la Circular que la instalación de Centros Secundarios de Higiene solo se realizará en lo sucesivo en aquellos pueblos cuyo Ayuntamiento lo solicite expresamente, ofreciendo el local necesario y el material que su funcionamiento precise. El Estado tendrá a su cargo el pago del personal, cubriendo los cargos, excepto el de Director, con los profesionales de la localidad, y, preferentemente, con los que desempeñen funciones de Sanidad Municipal. De esta forma las Corporaciones Municipales podrían encontrar disminución en sus gastos por personal médico, compensando y aún ahorrando con respecto a la aportación que en edificio y material realicen para el funcionamiento de un Centro Secundario de Higiene.

El 18 de enero de 1940 se publica la Orden del Ministerio de la Gobernación de 17 del mismo mes, sobre creación de Centros Secundarios de Higiene Rural. En su preámbulo se reconoce la utilidad de dichos Centros y la necesidad de difundir su implantación a otras localidades, pero también que analizando las estadísticas de trabajos realizados se observa un desproporcionado rendimiento de unos Centros a otros, aspecto que tiene que ver con la «*mayor ayuda y cariño*» prestada por los Ayuntamientos donde están implantados. Unido esto a que, como consecuencia de la Guerra Civil, algunos Centros resultaron destruidos se decide que de los cuarenta y seis Centros consignados en presupuesto permanezcan funcionando treinta y siete⁴. Los Ayuntamientos que desearan la instalación de alguno de los nueve restantes podían solicitarlo en el plazo de treinta días, «*pero concretando, con todo detalle, las condiciones del local que ofrecen para su instalación y la ayuda económica o de otros órdenes que han de aportar para su instalación y funcionamiento*», recogándose una vez más la preocupación por el mantenimiento económico de los Centros.

Finalmente la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 dedica la Base 21

³ Cartagena (Murcia), según Orden de 11 de septiembre (Gaceta de Madrid del 15) y Arrecife (Las Palmas), Béjar (Salamanca), Cabezón de la Sal (Santander), Don Benito (Badajoz), Gijón (Oviedo), Játiva (Valencia), Peñafiel (Valladolid), Peñarroya (Córdoba), Puertollano (Ciudad Real), Tarancón (Cuenca), Rivadavia (Orense), Villagarcía (Pontevedra), Vinaroz (Castellón) y Villarrobledo (Albacete), estos últimos según Orden de 25 de septiembre de 1934 (Gaceta de Madrid del día 15).

⁴ Hellín, Alcoy, Arévalo, Mérida, Trujillo, Algeciras, Valdepeñas, Cabra, Peñarroya, Sigüenza, Jaca, Úbeda, Linares, Arrecife, Astorga, Calahorra, Puertollano, Vallecas, Cieza, Lorca, La Guardia, Reinosa, Santoña, Talavera de la Reina, Medina del Campo, Benavente, Miranda de Ebro,

a la ordenación de los Centros secundarios y primarios de la sanidad rural. En ella se reafirma que los Centros Secundarios son organizaciones intermedias entre los Institutos de Higiene de las capitales de provincia y los centros primarios de los pueblos de escasa importancia. Su finalidad es el estudio de los problemas sanitarios del ámbito en el que estén incluidos, especialmente higiene maternal e infantil, epidemiología, lucha contra la tuberculosis, dermatología y venereología, saneamiento e higiene de la vivienda. Estos Centros actuarán como filiales de los provinciales y tendrán a su frente un médico de Sanidad Nacional y el número de especialistas que sea necesario, elegidos preferentemente entre los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria o residentes en la localidad. Además estos Centros deben tener siempre un Dispensario Antituberculoso, dependiente del Patronato Nacional Antituberculoso y debiendo relacionarse también con la entidad a quien se encomiende el Seguro de Enfermedad. También será su función cuanto tenga relación con la vigilancia sanitaria de los escolares, corrección de defectos en edad escolar y demás aspectos de esta actuación.

El Director asumirá las funciones que se asignaban a los extinguidos Subdelegados de Medicina, actos en relación con la policía sanitaria, lucha contra el intrusismo y otros análogos.

Según la citada Base 21 la Dirección General de Sanidad extenderá progresivamente estas organizaciones, hasta tener una red completa. Para su sostenimiento se dispondrá de las cantidades consignadas en los presupuestos generales del Estado y las aportaciones voluntarias del Ayuntamiento del pueblo en que radique. Además se les asignará una cantidad que no será inferior a la mitad de la aportación con que el Municipio donde esté situado el Centro contribuya al sostenimiento del Instituto, más la cuarta parte del de los pueblos de su demarcación e influencia, lo que ya significa un alivio sobre la situación anterior.

2. EL CENTRO SECUNDARIO DE HIGIENE RURAL DE TALAVERA DE LA REINA

El Centro Secundario de Higiene Rural (CSHR) de Talavera de la Reina estuvo funcionando como tal desde su constitución en 1932 hasta 1976, al inaugurarse el Centro Nacional de Demostración Sanitaria en la misma ciudad. Existen pocas referencias sobre el Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina, no habiéndose podido consultar memorias de actividades u otra documentación que recogiera el conjunto de su actividad. Los archivos propios del CSHR fueron trasladados en el momento de su cierre al Centro Nacional de Demostración Sanitaria, sin que se realizara en su momento un mínimo análisis de los mismos, resultaron destruidos en gran parte en dos sucesivas inundaciones que afectaron al sótano donde estaban almacenados. Se ha podido, por tanto, localizar documentación parcial sobre las diversas actividades desarrolladas, muchas veces en un muy precario estado de conservación, siendo ésta la fuente de los datos expuestos más adelante.

La documentación correspondiente a los aspectos administrativos (personal,

obras, adquisiciones, etc) o técnicos que pudieran estar en los archivos de la antigua Jefatura Provincial de Sanidad de Toledo o en la Dirección General de Sanidad no han podido ser localizados.

La actividad abarcaba aspectos asistenciales y preventivos, destacando en este campo por su interés histórico y científico las diferentes colecciones de diapositivas, datadas a principios de siglo, originales del Museo de Higiene de Dresde, referidas tanto a enfermedades infecciosas como a tareas de higiene y educación sanitaria, con especial énfasis en la puericultura (Figura 1).



Figura 1.- Cuidados del niño. Colección de diapositivas del Museo de Higiene de Dresde

A través de la documentación parcialmente rescatada y de los testimonios de antiguos trabajadores o familiares de los mismos, se puede constatar que su funcionamiento abarcó todo el período reseñado 1932-76, e incluso existe alguna referencia a su funcionamiento desde el año 1923, como Dispensario Antipalúdico, éste instalado en las dependencias del Hospital Municipal de Talavera de la Reina⁵. A continuación exponemos alguno de los hechos que ha sido posible constatar en diferentes áreas.

⁵ Memoria de la campaña contra el paludismo, años 1923-24 (Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1925).

2.1. Dirección y Administración

El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina se creó, como queda dicho, según Orden de 22 de abril de 1932 de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación. Estuvo radicado en la calle Mérida, 13, donde actualmente están ubicados los Juzgados de Talavera de la Reina. Su primer Director fue Enrique Álvarez Romero, desconociéndose el periodo durante el cual ejerció este cargo. Se sabe que alguno de sus sucesores fueron los Primitivo de la Quintana, Francisco Andrés Henche, David Ortega Corrochano, Antonio Beato González y Rosendo Bravo.



Figura 2.- Fachada del Centro Secundario de Higiene Rural. Plumilla de Loaisa

El Centro tuvo un ámbito de influencia comarcal, incluyendo los municipios de los partidos judiciales de Talavera de la Reina y Puente del Arzobispo. En la figura 3 se presenta copia de un folleto de propaganda con los servicios prestados por el CSHR a los ciudadanos.

INSPECCION PROVINCIAL DE SANIDAD (TOLEDO)

Centro secundario de Higiene rural

— — — — —

TALAVERA DE LA REINA

Los servicios de este Centro son para los habitantes de la zona que comprende los pueblos de los Partidos de Talavera y Puente del Arzobispo.

| CONSULTAS | DIAS | HORAS |
|--|--|----------------|
| Higiene Prenatal | Miércoles y Sábados | 10 mañana. |
| Higiene Infantil | Lunes, Miércoles y Viernes | 3 a 6 tarde. |
| Higiene Escolar: Reconocimientos generales de escuelas, de acuerdo con los Sres. Maestros. | | |
| Duchas para escolares | Lunes, Miércoles y Viernes (niños) | 5 tarde. |
| | Martes y Jueves (niños) | 5 tarde. |
| Boca y Dientes | Lunes, Miércoles y Viernes | 3 a 4 tarde. |
| Garganta, Nariz y Oídos | Lunes y Viernes | 9 a 11 mañana. |
| Ojos | Martes y Sábados | 9 a 11 mañana. |
| Paludismo | Laborables | 9 a 12 mañana. |
| Tuberculosis | Laborables menos Sábados | 9 a 12 mañana. |
| Venéreo-Sifilis-Piel | Laborables menos Sábados | 9 a 12 mañana. |
| Vacunaciones | Laborables menos Sábados | 11 a 12 tarde. |
| Laboratorio | Laborables | 9 a 12 mañana. |

Análisis únicamente solicitados por los Sres. Médicos y siempre que sean de interés epidemiológico.

Se facilita vacuna de tuberculosis (B. C. G.) a quien lo solicita.

En las consultas de boca y dientes, Garganta, Nariz y Oídos, y Ojos se surten asépticamente más que los libros procedentes del Servicio Médico General del Centro o de los Centros primarios próximos a entregarse cuando se trasladan en los viajes en los pueblos de la Zona.

En la consulta de Ojos, pueden tratarse enfermos en los casos de Tracoma.

La consulta de Higiene Infantil se dedica exclusivamente a Puerculentos, no siendo asistidos en ella niños con enfermedades que estén fuera de la esfera del Puerculentos. Para ser atendidos en ella, es indispensable acudir personalmente en los viajes que realiza el Médico Puerculentos.



Figura 3.- Servicios ofrecidos por el Centro Secundario de Higiene

Otra de sus características fue la de mantener, al menos en los primeros años de funcionamiento (1933-36), una unidad de hospitalización, denominada enfermería, donde ingresaban pacientes con tuberculosis, paludismo y enfermedades venéreas. En sus últimos años de funcionamiento es especialmente recordado por los ciudadanos de Talavera de la Reina por ser el lugar donde se desarrollaban las campañas de vacunación. También es reseñable el interés mostrado por sus responsables en tareas de formación, organizando actividades dirigidas a los sanitarios de la zona y asistiendo a actividades de ámbito nacional, como el Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) y a la 3ª Reunión Nacional de Sanitarios Españoles (Madrid, 1951).

Al menos durante los años 1933-35 se publicó en Talavera de la Reina la revista mensual de medicina SALVX, dirigida por M. González Cogolludo, contando entre su Comité de Redacción y colaboradores diversos profesionales del Centro Secundario de Higiene Rural (F. Andrés Henche, R. Bravo, E. Álvarez Romero), así como alguna de las más destacadas figuras de la sanidad española del siglo XX, como Gregorio Marañón, Carlos Jiménez Díaz y G.R. Lafora. La revista publicaba artículos originales, con frecuencia escritos por profesionales de la ciudad, un fichero radiográfico y sendas revistas de libros y de revistas. Naturalmente la revista contenía un amplio apartado de publicidad médica que contribuía a la financiación de la misma, vendiéndose al precio de 2 pesetas el número suelto y 15 pesetas la suscripción de un año para España y 30 pesetas en el extranjero. También se debe resaltar la espléndida portada de la revista, mantenida en todos los números, representativa de la artesanía cerámica de Talavera de la Reina, reproduciéndose el interior igualmente diversas orlas y cenefas con motivos variables (ver figura 4).

La financiación del Centro Secundario de Higiene Rural provenía fundamentalmente de los presupuestos del Estado, siendo generalmente escasa, conservándose documentación que atestigua las penurias económicas sufridas, tanto para el desarrollo de actividades como para el mantenimiento. Está documentado la recepción de fondos individualizados para la gestión de ciertas unidades, como el Dispensario antituberculoso.

Otras actividades administrativas desarrolladas por el CSHR fueron la emisión de informes sobre traslados de cadáveres e inhumaciones, notificación de abortos, significando si los mismos tenían carácter de espontáneos o provocados y, en los años posteriores a la Guerra Civil, emitir informes sobre los antecedentes político-sociales de profesionales sanitarios en relación con el régimen franquista, a solicitud de algún órgano político. Se ha conservado parte del instrumental médico del CSHR y de su biblioteca, estando depositados ambos en el Centro Regional de Salud Pública.

2.2. Puericultura, Maternología e Higiene Escolar

Era una de las áreas propias de este tipo de Centros, disponiéndose de infor-

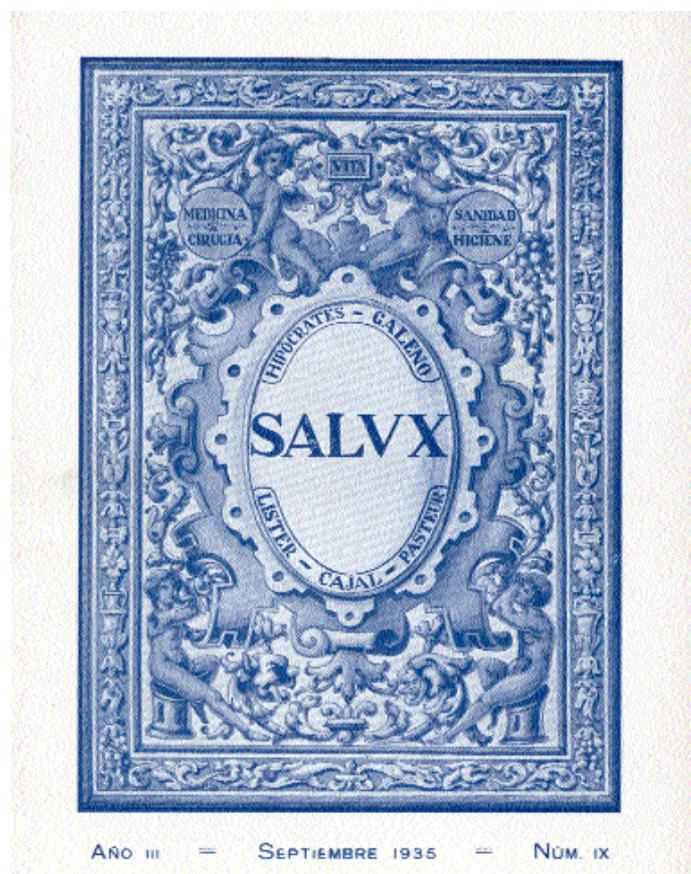


Figura 4.- Portada de la Revista SALVX, 1933-35

mación parcial de las actividades desarrolladas a partir de fichas estadísticas conservadas. Así en los años 40-50 conocemos que se encuentra al frente de este área el Médico Puericultor Pablo Jara. Entre las actividades que se notificaban en la ficha mensual de actividades, bajo el lema «*Al servicio de España y del niño español*», se incluían:

Datos demográficos: (habitantes, nuevos matrimonios, abortos, nacidos vivos y muertos, mortalidad del primer año y de 1 a 14 años.

- Resumen epidemiológico semanal: enfermedades propias de la infancia.
- Propaganda de puericultura: charlas impartidas: día, local, conferenciante, tema, oyentes (número y calidad). Carteles fijados, hojas, postales y folletos entregados, según destinatario (prenatal, 1ª infancia, preescolar, higiene escolar).
- Actividad clínica: productos dietéticos entregados, biberones, medicamentos, inyecciones, curas, tuberculina, sesiones de luz ultravioleta, duchas y baños.

- Resumen de estado económico.
- Visitas a instituciones infantiles (día, nombre y objeto de la visita).
- Observaciones, necesidades e iniciativas.

En el reverso de la ficha se detallaban las actividades, cuantificándolas por día del mes.

Una de las tareas fundamentales desarrolladas en esta área era la vigilancia de la correcta alimentación de los niños, viéndose obligados en la postguerra a establecer medidas de racionamiento infantil. A tal efecto se elaboró un informe por los Servicios Centrales de Higiene Infantil, conjuntamente con la Sección de Higiene de la Alimentación, remitido a los Centros Secundarios de Higiene para su seguimiento. Merece especial mención la Memoria sobre el funcionamiento del Dispensario de Puericultura durante el año 1941 elaborada por el Médico Puericultor Roberto del Castillo, la cual ofrece información sobre: las consultas de puericultura (499 nuevos inscritos y 3.452 anteriores, según cuadro de dicha Memoria); los problemas de trabajo por escasez de personal e infraestructura; y las dificultades para conseguir algunos alimentos vitales en la época, como la leche condensada, que se despachaba mediante receta médica, previo pago (Figura 4), azúcar, cebada para maltear harinas, manteca fresca de vaca y medicamentos para niños. Describía así un tremendo cuadro de precariedad, tanto en gran parte de las familias y niños, como en los propios recursos del Centro para atender las necesidades básicas asistenciales. Ello obligó a establecer medidas de racionamiento de la leche fresca de vaca, gestionadas por el propio CSHR, ante la imposibilidad del Ayuntamiento para poder hacerlo, paliadas en parte por la llegada de leche donada por la Cruz Roja de Estados Unidos.



Figura 5.- Receta médica de leche condensada. CSHR de Talavera de la Reina. 1941

Al no disponerse de series completas de las actividades desarrolladas, como aproximación indicativa, exponemos a continuación los indicadores correspondientes a los años 1950 y 60.

Tabla 1.- Indicadores de actividad de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar. Centro Secundario de Higiene Escolar de Talavera de la Reina. Años 1950 y 1960.

| | 1950 | 1960 |
|-----------------------------|-------------|------------------|
| Datos demográficos | | |
| Nacimientos | 168 | 278 |
| Abortos | 41 | 61 |
| Nacidos vivos | 572 | 996 |
| Mortalidad < 1 año | 34 | 30 |
| Mortalidad 1-14 años | 17 | 4 |
| Epidemiología: | | |
| Sarampión | 25 | NO CONSTA |
| Varicela | 9 | |
| Tosferina | 27 | |
| Servicios prestados: | | |
| Primera infancia | 3013 | 2273 |
| Preescolar | 613 | 436 |
| Escolar | 380 | 285 |
| Visitas instructora | 135 | 95 |
| Rayos X | 48 | 12 |
| Análisis a niños | 74 | 41 |
| Inmunizaciones: | | |
| BCG | 11 | 0 |
| Antivariólica | 197 | 572 |
| Antidiftérica | 79 | 308 |
| Antitífica | 191 | 0 |
| Especialistas: | | |
| Oftalmólogo | 40 | 31 |
| Odontólogo | 61 | 198 |
| Otorrinolaringólogo | 76 | 110 |

2.3. Dispensario antituberculoso

Existe menos documentación sobre el funcionamiento de esta Unidad que sobre la de Puericultura. En todo caso la tuberculosis constituyó un serio problema de salud a lo largo de los años de funcionamiento del Centro y abordarlo constituyó una de sus áreas prioritarias de actuación. Es conocido que dentro de la actividad asistencial se incluía la hospitalización, denominándosele enfermería antituberculosa, constando en el inventario de 1942 la existencia de treinta camas, con su correspondiente equipamiento, aportándose el dato de que en conjunto el valor del citado inventario ascendía a 45.453 pesetas. En la tabla 2 se recogen algunos indicadores de funcionamiento para el período 1933-35, extraídos de un registro conservado parcialmente. El último año del que se tiene constancia documental de funcionamiento de la Unidad de Hospitalización es 1954. Un aspecto llamativo es que en las relaciones de hospitalización solamente figuran mujeres, desconociéndose las razones de este hecho.

Tabla 2.- Indicadores de la Unidad de Hospitalización (enfermería) antituberculosa del CSHR. Talavera de la Reina, 1933*-35

| | Ingresos | Edad media | Estancia media | Fallecidos |
|-------------|-----------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| 1933 | 27 | 27.9 | 124.7 | 3 |
| 1934 | 30 | 25.7 | .. | 0 |
| 1935 | 15 | 24.3 | .. | 2 |

(*) Desde el 2 de marzo. (..) Dato no disponible

También se conoce el presupuesto de funcionamiento del Dispensario en 1949, ascendiendo a 8.120 pesetas, lo que a buen seguro tampoco permitiría una gestión muy desahogada. Igualmente existe constancia de la realización de un curso de formación en tisiología, dirigido a los médicos de la comarca en 1945 y del diseño y distribución de hojas de información sanitaria sobre prevención de la tuberculosis, elaboradas por M. González Cogolludo, médico encargado de los servicios de tuberculosis, posiblemente en la década de los cuarenta.

El último médico responsable de dichos servicios fue Lago Ferreiro, quien desempeñaba las actividades de tisiólogo y las de encargado de radiofotografía.

2.4. Epidemiología

Tampoco se conoce con exactitud como estuvo organizada este área de tra-

bajo. Sí está documentado la existencia de un sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria en el período 1940-50, que seguramente se iniciará en la década de 1930 y se mantendría hasta el cierre del Centro. La notificación de enfermedades era realizada por los médicos de la comarca al Director del Centro Secundario, utilizando un parte sanitario individualizado. En la siguiente tabla se recoge la lista de las veinticinco enfermedades de declaración obligatoria vigente en el período citado:

Tabla 3.- Lista de las enfermedades de declaración obligatoria (período comprobado 1940-50). Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina.

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| Cólera morbo-asiático | Paludismo |
| Coqueluche | Parálisis infantil |
| Dengue | Peste bubónica |
| Difteria | Rabia |
| Disenterías | Sarampión |
| Encefalitis letárgica | Septicemia puerperal |
| Escarlatina | Tifus exantemático |
| Fiebre amarilla | Tracoma |
| Fiebre ondulante (Malta) | Tuberculosis |
| Gripe | Varicela |
| Grupo tífico | Varioloide |
| Lepra | Viruela |
| Meningitis cerebro-espinal epidémica | |



Relación de objetos que deben llevar a su ingreso en el Sanatorio y sin los cuales no será admitido:

~~Cantina de Abastecimiento:~~

Dos mudas de repuesto.

Pañuelos.

Medias o calcetines.

Termómetro.

Zapatillas o alpargatas.

Zapatos o botas.

Bolsa de aseo.

Dos batas blancas.

Figura 6.- Dotación para ingreso en la enfermería antituberculosa del CSHR

La actividad en el campo de la epidemiología se completaba mediante la realización de estudios de brotes, como uno de triquinosis en Talavera de la Reina, en 1940, con 14 casos por consumo de carne de cerdo infestada, notificados por el médico titular bajo el lema «¡Saludo a Franco.- ¡Arriba España!»; otro de fiebre tifoidea en Torrecilla de la Jara, en 1945, con cinco casos conocidos, lo que da lugar a la vacunación de 300 personas con vacuna T.A.B. (antitifoidea y paratifoideas A y B), conservándose las cinco fichas de la declaración individualizada y diversa correspondencia. Otra enfermedad de gran importancia en la zona por su incidencia y elevada mortalidad es el kala-azar, atendido en el Dispensario Antipalúdico desde su inauguración en 1923. Para el tratamiento de la enfermedad se utilizaban compuestos como: stibosan, estivenil, Bayer 212, Bayer 661, antimosan, neostibasan, heyden, treparsol, ureaestibamine, Bayer 471, Bayer 211, Bayer 412 y tártaro. La mayor parte de los casos se concentra en la Jara y comarca de Oropesa. Se dispone de un resumen estadístico sobre la situación desde 1923 a 1940, cuyos principales resultados se presentan en la siguiente Tabla.

Tabla 4.- Indicadores sobre kala-azar. Dispensario antipalúdico y CSHR de Talavera de la Reina. 1923-40.

| | Número | Edad media | Defunciones |
|-------------|---------------|-------------------|--------------------|
| 1923 | 16 | 2.9 | 4 |
| 1924 | 17 | 3.2 | 5 |
| 1925 | 27 | 2.1 | 16 |
| 1926 | 18 | 3.4 | 9 |
| 1927 | 13 | 2.5 | 5 |
| 1928 | 13 | 2.3 | 7 |
| 1929 | 19 | 1.4 | 8 |
| 1930 | 16 | 1.4 | 5 |
| 1931 | 7 | 1.5 | 3 |
| 1932 | 5 | 1.8 | 1 |
| 1933 | 1 | – | – |
| 1934 | 11 | 2.7 | 6 |
| 1935 | 10 | 1.9 | 0 |
| 1936 | 3 | 1.6 | 0 |
| 1937 | 2 | 2 | 0 |
| 1938 | 4 | 2 | 0 |
| 1939 | 38 | 2.5 | 1 |
| 1940 | 65 | 2.2 | 2 |

El Dispensario antipalúdico existía desde antes de la puesta en marcha del CSHR (la documentación más antigua corresponde a 1922) y presumiblemente fue englobado en el CSHR a la inauguración del mismo. Disponía igualmente de hospitalización, atendándose en el mismo tanto a los enfermos palúdicos como a los de otras patologías (kala-azar, fiebre recurrente, fiebre de malta, triquinosis, helmintiasis, etc) endémicas de la zona.

El paludismo se diagnosticaba mediante exploración clínica y técnicas de laboratorio, clasificándose en las siguientes formas: terciana, cuartana, laveriana, dudosa y mixta. El tratamiento se realizaba con sal de quinina, de elección en niños de 0 a 13 años (1942), y plasmuquina, sometida a racionamiento (2750 dosis para la

comarca de Talavera de la Reina en 1943). Los lugares donde existía Dispensario Antipalúdico eran: Talavera de la Reina, Lagartera, Alcolea de Tajo, Belvís de la Jara, Alcaudete de la Jara, Los Navalucillos, Navamorcuende y Maqueda, además de Toledo capital. También hay documentación sobre la regulación del gasto generado en el Dispensario, instándose a «no utilizar excesivo material y si por el contrario sencillo y determinado», al estar los Dispensarios destinados a «una labor puramente sanitaria y específica». Esto no obsta para que se solicite que se vuelva a realizar trabajos de campo, recogiendo larvas y mosquitos que deben ser enviados a Naval Moral de la Mata o Madrid, así como realizar estudios sencillos de laboratorio, no solo de paludismo, sino de otras enfermedades infecciosas endémicas en la zona.

En la Tabla 5 se recogen algunos datos sobre su funcionamiento en los primeros años.

Tabla 5.- Indicadores de la Unidad de Hospitalización (enfermería) antipalúdica del CSHR. Talavera de la Reina, 1933*-34.

| | Edad media | Paludismo | Kalaazar | Fiebre recurrente | Estancia media |
|-------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------|
| 1933 | 51.9 | 3 | 4 | 1 | 40.1 |
| 1934 | .. | 5 | 14 | 0 | 20.12 |

(*) Desde el 1 de marzo.

(..) Dato no disponible.

Se dispone de la contabilidad del dispensario antipalúdico desde 1933 a junio de 1936. A través de la misma se conoce que la plantilla estaba compuesta por David Ortega, médico-jefe del dispensario; Bernabé Martín, Conserje, mozo de laboratorio y subalterno; Herminia Carrillo, Jefa de criadas; María González, limpiadora, y Marcelina Martín, criada.

En la tabla 6 se exponen los gastos realizados durante el período 1933-34.

Tabla 6.- Gastos de personal y material. Dispensario antipalúdico del CSHR de Talavera de la Reina, 1933-34.

| | Personal | Material | Total |
|------|-----------------|-----------------|--------------|
| 1933 | 10.915,55 | 7.023,50 | 17.939,05 |
| 1934 | 8.872,96 | 6.621,68 | 15.494,64 |

El grueso de la actividad antipalúdica se desarrollaba en forma ambulatoria, a través del Dispensario. Tampoco existen estadísticas que valoren la actividad a lo largo de todo el período de funcionamiento, pero se han podido completar las correspondientes a diversos períodos, permitiendo observar notables cambios en la actividad de los mismos, observándose un notabilísimo descenso entre 1941-50 y cifras ya muy bajas en 1960. No está reseñada entre la documentación disponible la fecha de diagnóstico del último caso en el Dispensario de Talavera de la Reina.

Tabla 7.- Actividad del Dispensario Antipalúdico del CSHR de Talavera de la Reina. Diversos años.

| | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1941 | 1950 | 1951 | 1960 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Enfermos vistos | 1969 | 1568 | 2616 | 4648 | 7002 | 305 | 197 | 24 |
| Paludismo | 790 | 702 | 1391 | 2710 | 4637 | 49 | 24 | 5 |
| Primoinfección | .. | .. | .. | .. | .. | 43 | 20 | 0 |
| Repetidos | .. | .. | .. | .. | .. | 6 | 4 | 0 |
| Bazo tipo O | 2193 | 1239 | 92 | .. | 6687 | 290 | 192 | 8 |
| Bazo tipo I | 67 | 12 | 2 | .. | 38 | 7 | 3 | 0 |
| Bazo tipo II | 19 | 7 | 0 | .. | 31 | 5 | 1 | 0 |
| Bazo tipo III | 1 | 1 | 0 | .. | 21 | 1 | 1 | 0 |
| Bazo tipo IV | 0 | 0 | 0 | .. | 3 | 2 | 0 | 0 |
| Terciana | .. | .. | 18 | 17 | .. | .. | .. | .. |
| Cuartana | .. | .. | 0 | 0 | .. | .. | .. | .. |
| Laveriana | .. | .. | 12 | 5 | .. | .. | .. | .. |
| Dudosa | .. | .. | 0 | 0 | .. | .. | .. | .. |
| Mixta | .. | .. | 0 | 0 | .. | .. | .. | .. |

La Lucha Antivenérea fue otra de las actividades mantenidas en el CSHR durante prácticamente toda su existencia. Se tiene constancia de la existencia de hospitalización, al menos durante los años 1933 y 34, según los datos de la Tabla 8. Todas las personas hospitalizadas son mujeres y procedentes de fuera de Talavera de la Reina, por lo que presumiblemente se trata de mujeres que ejercían la prostitución. No consta el diagnóstico de la enfermedad, desconociéndose cuándo y el motivo por el cual se suspendió la hospitalización de pacientes con patología venérea.

Tabla 8.- Indicadores de la Unidad de Hospitalización (enfermería) antivenérea del CSHR. Talavera de la Reina, 1933-34.

| | Número | Edad media | Estancia media |
|------|--------|------------|----------------|
| 1933 | 11 | 24.2 | 7.7 |
| 1934 | 16 | 23.7 | 7.1 |

La actividad ambulatoria antivenérea abarcó diferentes aspectos. Durante la Guerra Civil se alcanzaron cifras de actividad muy altas, debido a la atención prestada a militares. Los datos disponibles se presentan en la Tabla 9, recogiendo en la misma las patologías más frecuentemente atendidas y los tratamientos utilizados. En la cartilla antivenérea facilitada por el Dispensario Militar se recomendaba igualmente el lavado minucioso de los genitales después del coito y la aplicación de una pomada profiláctica para la prevención de las enfermedades venéreas (Figura 6).

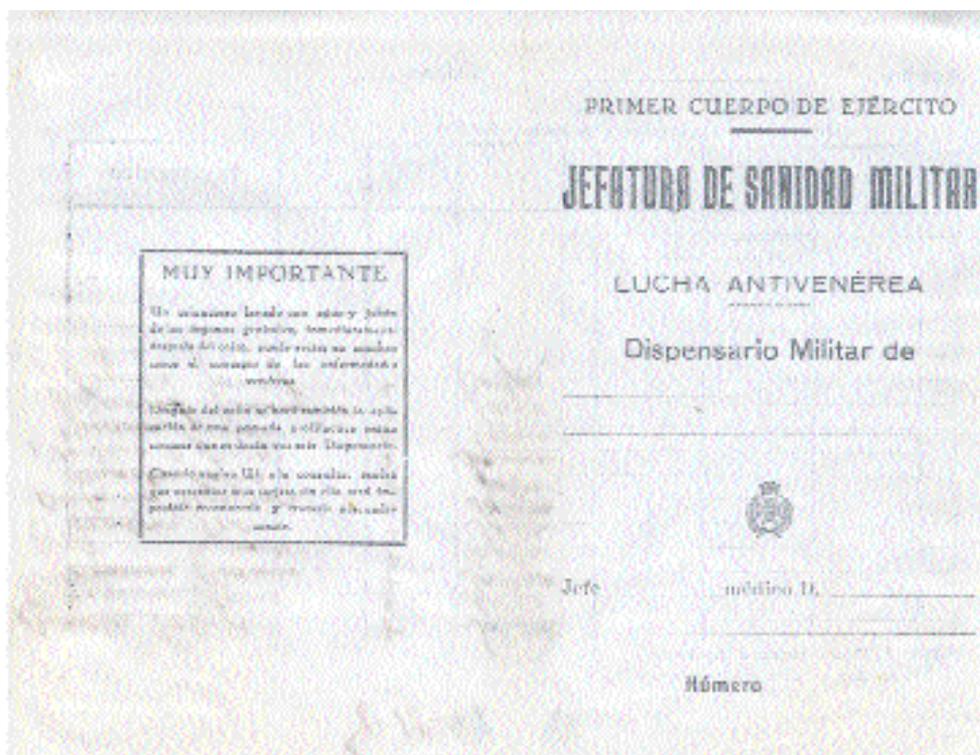


Figura 7.- Cartilla antivenérea. Dispensario Militar del ejército sublevado

Tabla 9.- Indicadores de actividad ambulatoria antivenérea. CSHR de Talavera de la Reina. Años 1937-38.

| | 1937 | 1938 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Blenorragia | 4753 | 870 |
| Otras enfermedades venéreas | 2409 | 191 |
| Sífilis | 1298 | 204 |
| Sarna | 240 | 202 |
| Tiña | 14 | 1 |
| Otras enfermedades de la piel | 524 | 336 |
| Arsenicales | 831 | 745 |
| Mercuriales | 0 | 0 |
| Bismutos | 843 | 699 |
| Yoduros | 0 | 0 |
| Cromacrinas | 0 | 638 |
| Vacuna gonocócica | 1459 | 1664 |
| Curas practicadas | 14524 | 14671 |
| Reacciones serológicas W.M.K. | 219 (67+) | 353 (124+) |
| Reconocimientos profilácticos | 998 | 2998 |

Se conoce igualmente la existencia de reconocimientos periódicos semanales a mujeres que ejercían la prostitución en Talavera de la Reina, al menos durante el período 1941-51, clasificándose a las mismas en tres categorías según su estado de salud: «sana aparente», «en observación» y «baja». En la Tabla 10 se presentan los datos de actividad (mujeres exploradas durante diversos años).

Tabla 10.- Indicadores de actividad de profilaxis venéreo-sifilítica (reconocimiento de prostitutas). CSHR de Talavera de la Reina (diversos años).

| | 1941 | 1942 | 1945 | 1947 | 1949* | 1950 | 1951 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| Número de mujeres reconocidas | 1027 | 980 | 1051 | 420 | 206 | 932 | 768 |

(*) Año incompleto.

La actividad desarrollada diariamente era notificada al Comisario Jefe de la Policía de Talavera de la Reina, junto con el listado de mujeres reconocidas y su situación clínica. Igualmente hay constancia de comunicaciones con los dispensarios de otras ciudades notificándose el desplazamiento de prostitutas en situación contagiosa, con el fin de que se adoptaran las medidas sanitarias oportunas.

Por último se conoce que en el dispensario se desarrollaron diversas especialidades, que generalmente prestaban servicios complementarios a las secciones o dispensarios descritos anteriormente. Entre ellas se conoce el laboratorio, sobre cuya actividad existe poca información. Su actividad se dirigía fundamentalmente a facilitar el diagnóstico de enfermedades infecciosas, incluida la tuberculosis y dar soporte a las tareas de puericultura. Existían asimismo consultas de odontología, de la que se dispone de la actividad desarrollada en 1950, con 103 actos: 98 extracciones, 15 limpiezas, 8 empastes y 45 actos varios, consulta de higiene ocular, cuya única información disponible es la del tercer trimestre de 1950, con un total de 93 actos: 13 traumatismos, 7 infecciones gonocócicas, 1 infección de Koch-Weeks, 25 de otras infecciones agudas, 3 neoplasmas, 3 afecciones congénitas, 35 defectos de refracción, 3 cegueras monoculares y 3 cegueras binoculares y la de otorrinolaringología, sobre la que no se dispone de información.

**LA LEY SANITARIA COLONIAL.
MARCO LEGISLATIVO
PARA EL ANÁLISIS
DE LA MEDICINA COLONIAL
ESPAÑOLA EN ÁFRICA***

ROSA MARÍA MEDINA DOMÉNECH

Ayudante de Universidad de Historia de la Ciencia
Facultad de Medicina
Universidad de Granada

JORGE MOLERO MESA

Profesor Titular de Historia de la Ciencia
Facultat de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

*Esta investigación pertenece al proyecto DGICYT/PB94-0813.



INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos más llamativos que se pueden observar en la sociedad española de este fin de siglo es la absoluta falta de memoria histórica acerca de su pasado colonial africano. Esta característica, que se expresa con claridad en la reducida producción sociocultural sobre este tema (literatura, pintura, cine), es especialmente patente en el panorama historiográfico donde los escasos trabajos sobre las antiguas colonias africanas se han centrado casi exclusivamente en sus aspectos políticos y económicos. No es de extrañar, que, hasta la fecha, no se haya considerado el papel desempeñado por la medicina o la ciencia como instrumentos del poder colonial. Estas herramientas de la metrópoli serían esgrimidas ante los indígenas para justificar su supremacía y legitimar la ocupación como un ineludible deber «civilizadorio» de la cultura occidental hacia los colonizados.

En esta comunicación intentaremos esbozar la acción sanitaria colonial a través del marco legislativo, en los contextos de Guinea y Marruecos, y desde las perspectivas apuntadas. Ambos contextos ofrecen la particularidad de acercarnos a dos modelos de intervención colonizadora distintos. En Guinea, un modelo colonial que podríamos caracterizar por el objetivo explotador de sus riquezas naturales y menosprecio de la población indígena, la intervención sanitaria se caracterizó por las medidas asistenciales y la injerencia en el cuerpo de los colonizados. En Marruecos, la arena diplomática de la ocupación propició un modelo colonial civilizadorio para el que la actividad sanitaria jugó un papel propagandístico fundamental.

1. LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN GUINEA

A pesar de que España ya poseía los territorios de la costa oeste africana desde 1778, no comenzó una colonización efectiva de los mismos hasta mediados del siglo XIX y más activamente al comienzo de nuestro siglo. En estas fechas la intervención en materia sanitaria era prácticamente inexistente. Probablemente, uno de los obstáculos con los que se encontró el gobierno colonial para poner en marcha una infraestructura asistencial fue la falta de interés de los médicos peninsulares para ejercer en Guinea. No obstante, también escaseó el personal occidental en otras profesiones sanitarias. De hecho, las tareas de enfermería fueron con frecuencia desempeñadas por mujeres indígenas, sin duda, por su utilidad, frente a la comunidad, como agentes del modelo biomédico colonial. La formalización de un curso de enseñanza específico para mujeres guineanas, en 1926, supuso el reconocimiento sancionado por la metrópoli de la titulación de enfermeras a las nativas¹. Pero, al igual que sucedería más tardíamente con otras

¹ *Boletín Oficial de los Territorios Españoles en el Golfo de Guinea (en adelante BOTEKG)* 1-IX-1926.

profesiones², junto a la promoción social de estas indígenas, la profesionalización también causaba la segregación de su medio cultural. La vida en el interior del hospital seguía una estricta política segregacionista entre indígenas y europeos así como con los enfermos en mayor grado de indigencia. El orden interno hospitalario colonial, se adscribió al uso de sistemas de objetivación y clasificación de los enfermos a semejanza de los establecimientos metropolitanos del momento³.

En Guinea, como en otras colonias, las enfermedades que suponían un riesgo epidémico para la metrópoli recibieron mayor atención por los colonizadores⁴. Desde 1910, fechas muy tempranas si tenemos en cuenta el grado de organización de la sanidad colonial, las autoridades sanitarias promovieron un dispositivo de vacunación frente a la viruela gratuito para la población. Los enfermos de lepra, una enfermedad asociada con la pobreza y el hacinamiento y que no suponía una amenaza para los europeos, estuvieron desatendidos hasta 1933⁵, mientras que la gripe, que comportaba un riesgo de contagio para la población blanca, mereció la sanción legal de medidas preventivas más precoces⁶.

Entre las equívocamente denominadas enfermedades tropicales, la enfermedad del sueño fue la que recibió mayor atención por la legislación sanitaria (1909, 1912, 1923)⁷. El interés de los médicos coloniales estuvo más dirigido hacia la enfermedad misma que hacia quienes la padecían. Es decir, las medidas legisladas estuvieron más inspiradas por la curiosidad científica de los cultivadores de la naciente especialidad de medicina tropical, que por un intento del gobierno colonial por dar una cobertura asistencial a la población. Es por ello que, en 1924, según una disposición de la Dirección de Sanidad se gratificaba con diez céntimos a quienes capturaran un ejemplar de moscas del género *Glossina palpalis*, mientras que la gratuidad del tratamiento para los braceros no se decretó hasta 1929⁸ o se desatendían los pacientes con meningoencefalitis epidémicas. Las masivas extracciones de sangre realizadas por Pittaluga en la expedición de 1909 (373 extracciones, 339 a indígenas) siguieron efectuándose, igualmente, en años siguientes, con un interés más bacteriológico que diagnóstico o terapéutico⁹. El análisis de sangre acabó convirtiéndose en un sistema de vigilancia de la población al hacerse obligatorio el “cer-

² NDONGO BIYOGO (1977).

³ El análisis de las tecnologías médicas desplegadas en el medio hospitalaria es objeto de una investigación aún en marcha, financiada por el MEC (Tecnología, Asistencia y prevención en la Medicina Española contemporánea, PB97-0782-C03-01).

⁴ ARNOLD (1993); VAUGHAN (1991), p. 39.

⁵ BOTEGB, 1-X-1933.

⁶ BOTEGB, 1-III-1923.

⁷ BOTEGB, 15-I-1909, 1-II-1912, 15-I-1923.

⁸ BOTEGB, 1-IV-1929.

⁹ BOTEGB, IX-1924 y 1-XII-1927. Archivo General de la Administración (AGA), Fondo de África (Afr), caja G-1928, leg. 3, Misión científica de Pittaluga 1909; AGA, Afr., caja G-167, leg. 1, Informe de la comisión del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII enviada por el Ministerio de Estado a las Posesiones españolas del Golfo de Guinea y presidida por Pittaluga, 1909.

tificado de análisis” para la expedición del pasaporte y prohibiéndose, en su defecto, la salida del país¹⁰. De la magnitud de este procedimiento da idea el conocer que, para 1932, ya se habían realizado 20.000 pasaportes, con sus extracciones consiguientes, lo que probablemente correspondía a algo más de la mitad de la población indígena. Esta intervención masiva en el cuerpo de los nativos no se produjo sin la resistencia, en ocasiones enérgica, de la población¹¹.

En términos asistenciales las medidas legislativas adoptadas fueron un claro reflejo del modelo colonial que inspiraba la intervención sanitaria en Guinea. Un proceso colonizador que el ideario africanista y regeneracionista de finales del XIX había idealmente vinculado a la transformación de las estructuras del país hacia una expansión del capitalismo, pero que chocó con los intereses proteccionistas de amplios sectores de la burguesía española metropolitana. En un modelo colonial básicamente centrado en la explotación de las riquezas naturales era fundamental, para mantener la capacidad productiva, la disponibilidad de mano de obra indígena. Los excesos para el mantenimiento de la fuerza productiva llevaron a los finqueros españoles a prácticas de migración forzada que dieron pie en 1930 al escándalo sobre el tráfico de esclavos en la colonia. No es de extrañar que en este contexto se produjera una legislación sanitaria asistencial una vez apercibido el valor productivo de los varones indígenas¹². Los trabajadores agrícolas de los territorios coloniales contaron con una cobertura asistencial más dilatada que la de la metrópoli, aunque aún desconocemos la sustantividad de tales medidas o el uso real del sistema médico colonial por la población nativa. Entre las medidas asistenciales, podemos señalar la asistencia hospitalaria gratuita para braceros indígenas de Fernando Poo (1912), la ampliación de dicha medida a los braceros de la zona continental (1922) y, finalmente, la asistencia gratuita a todos los indígenas (braceros o no) que demostraran su condición de pobres¹³.

Sobre el impacto real de estas medidas y la tendencia al abuso laboral de los propietarios resulta significativo que, en 1935, la Dirección de Sanidad aún tuviera que reiterar a los patronos el derecho de los braceros a la asistencia, dado el estado casi agónico de los ingresados en el hospital tras recibir atención, en ocasiones en rudimentarias enfermerías¹⁴. Es difícil afirmar hasta qué punto la

¹⁰ BOTEGB, 1-I-1928.

¹¹ NÁJERA ANGULO, L. (1932) *Los territorios españoles en el golfo de Guinea. Estado sanitario actual y su influencia sobre el desarrollo de la colonización*. Madrid, Publicaciones de la Sociedad Geográfica Nacional, Serie B, 7, Imprenta del P. de H. de Intendencia e Intervención Militares, pp. 49-52.

¹² Con posterioridad a la presentación de este trabajo en las Jornadas del Ateneo madrileño, hemos analizado desde una perspectiva de género la intervención sanitaria colonial. El trabajo verá la luz próximamente en un libro colectivo editado por Aurelia Martín Casares.

¹³ Para un análisis de las condiciones de explotación de la colonia y sus habitantes pueden verse: ESTEVA FABREGAT (1993), SUNDIATA (1996).

¹⁴ BOTEGB, 1-II-1935.

resistencia de los nativos al sistema médico colonial contribuía a tal retraso en la atención médica.

La medida asistencial, adoptada en 1926, sobre la obligatoriedad de transportar a los braceros enfermos o heridos en camilla, merece examinarse con algún detenimiento. Tal medida no parece inscribirse en una actitud colonial compasiva inspiradora del proyecto sanitario sino en el intento de esquivar un espectáculo percibido como enojoso a ojos de europeos. La nota aclaratoria de tal medida así lo justificaba «a fin de evitar el desagradable y lamentable espectáculo de la conducción de enfermos indígenas en angarillas u otros rudimentarios medios de transporte»¹⁵.

Un año clave en la intervención sanitaria del gobierno de la metrópoli fue 1928. Es probable que la pacificación de Marruecos (1927) y la reforma administrativa de la estructura gubernativa colonial favoreciera la legislación de otra serie de medidas de auxilio más amplias para la población indígena. Pero la necesidad de conservar la fuerza productiva fue el impulso fundamental de las medidas asistenciales. En este año se legisla la inspección sanitaria de fincas¹⁶, se obliga a la instalación de botiquines para accidentados en las fincas, o se intenta paliar la situación abusiva laboral de los braceros mejorando su ración alimenticia diaria¹⁷. Más tarde, hacia el final del periodo republicano, se intentó mitigar los efectos de los accidentes laborales mediante ciertas indemnizaciones a los afectados por incapacidad física¹⁸.

Merece la pena mencionar el decreto que, en 1928, obligó a practicar la autopsia a los indígenas muertos sin asistencia sanitaria¹⁹. Puede conjeturarse que la medida respondiera a intereses de carácter científico, o a un mayor celo o protección del estado colonial en la vigilancia de los indígenas muertos violentamente. Pero, es innegable su efecto de dominio al violentar los cuerpos de los nativos pertenecientes a grupos étnicos con otras concepciones culturales de la muerte.

Algunas medidas consideradas de carácter higiénico, aunque inspiradas por la moral sexual de la metrópoli, constituyeron eficaces tecnologías médicas de intervención colonial proyectadas a modificar los hábitos de vida cotidianos de la población indígena en cuanto a vestimenta (bando sobre la «escasa indumentaria que usan braceros al circular por la capital»²⁰, aseo personal (bando sobre limpieza de la población)²¹, o tipo de viviendas consideradas apropiadas («Aviso sobre condi-

¹⁵ *BOTEGG*, 15-XI-1926, p. 172.

¹⁶ *BOTEGG*, 1-IV-1928.

¹⁷ *BOTEGG*, 5-V-1928.

¹⁸ *BOTEGG*, 1-II-1935.

¹⁹ *BOTEGG*, 5-VIII-1928.

²⁰ *BOTEGG*, 1-VIII-1924,

²¹ *BOTEGG*, 1-XII-1923.

ciones higiénicas mínimas para toda clase de construcción en Santa Isabel»²². Es indudable que estas medidas contribuyeron, sobre todo, a construir una representación cultural de los nativos como seres incivilizados y de sexualidad exacerbada. Frente a estas regulaciones sanitarias, es probable, que otras medidas higiénicas como la conducción de aguas (1910)²³ o la desecación de pantanos (1922 y 1923 pantano de San Carlos, Fernando Poo)²⁴ tuvieran algún efecto beneficioso en la incidencia de la enfermedad palúdica²⁵.

2. LA SANIDAD EN EL MARRUECOS ESPAÑOL

Desde que se regularizó la presencia española en Marruecos con la creación del Protectorado, tras la firma del convenio hispano-francés en 1912²⁶, los asuntos sanitarios pasaron a tener una gran importancia política dentro de la estrategia intervencionista que el Estado español pretendía desarrollar en su zona. Fuertemente influenciada por la labor colonial que Francia estaba desarrollando en los territorios marroquíes colindantes, la “política de atracción” española, en clara competencia con aquélla, pretendía que la acción colonizadora resultara «a la vez simpática y beneficiosa» y se ejecutara con una «absoluta tolerancia con las costumbres del país»²⁷.

De este modo, junto al Alto Comisario de España en Marruecos, el Ministerio de Estado dispuso el nombramiento de tres Delegados especiales y encomendó al de más alto rango diplomático, que sería a su vez Secretario general, los «Servicios indígenas» que comprendían: sanidad e higiene, justicia, organización local y enseñanza²⁸. En las Instrucciones aprobadas por el Consejo de Ministros, a la par que se creaban estas nuevas figuras, se encargaba al Delegado de asuntos indígenas

²² Aviso sobre condiciones higiénicas mínimas para toda clase de construcción en Santa Isabel, *BOTEGG*, 1-V-1925.

²³ *BOTEGG*, 15-XII-1910.

²⁴ *BOTEGG*, 15-VII-1922, *BOTEGG*, 15-IV-1923.

²⁵ El análisis del impacto del paludismo en las colonias españolas africanas y en el resto del estado español será objeto de un texto de próxima publicación cuya edición estará coordinada por Esteban Rodríguez Ocaña.

²⁶ Convenio Hispano-francés de 27-XI-1912. *Boletín Oficial de la Zona de Influencia Española en Marruecos* (en adelante *BOZIEM*), IV-1913.

²⁷ R.O. 27-II-1913, *BOZIEM*, 25-IV. El Ministro de Estado al Comandante general de Ceuta. Instrucciones para el desarrollo de la acción española en Marruecos.

²⁸ El segundo Delegado se ocuparía de los Servicios de Obras públicas, agricultura, correos y telégrafos y desarrollo de los intereses materiales y el tercero de los Servicios tributarios, financieros y de estudios económicos. El cargo de Delegado para los servicios indígenas recayó en el Cónsul General, Juan Vicente Zugasti y Dickson. R.D. 27-II-1913. *BOZIEM*, 25-IV. Cinco meses más tarde, este Delegado contó con la ayuda de un Inspector de Asuntos indígenas. R.D. 24-VII-1913, *BOZIEM*, 25-VII.

la combinación de la acción española en materia sanitaria (dispensarios indígenas de Larache, Alcázar, Nador y Zoco el Had) con las dependencias del Consejo [Internacional] Sanitario de Tánger, así como la labor de inspección sanitaria en los Municipios o Juntas locales mientras éstas no reuniesen los recursos necesarios para proceder por sí solas.

El interés que el gobierno español tenía por la salud pública en la zona de influencia española quedó resumida en estas instrucciones en tres aspectos:

«1º, de la importancia fundamental que en si misma encierra; 2º, de que representa para los indígenas el signo más positivo de las ventajas de la civilización y es uno de los elementos de penetración más útiles que puede emplearse, y 3º, de los peligros que la proximidad y la frecuencia de comunicaciones engendran para España».

Todas estas razones eran suficientes para que se autorizase a este Delegado «para que se corresponda directamente con el Inspector general de Sanidad Exterior de la Península» y no a través del Alto Comisario, mandatario por el que debían pasar obligatoriamente todas las comunicaciones con el gobierno central.

El proceso de burocratización de la sanidad de la Zona estaba de acuerdo con el modelo «civilista» de colonización, también seguido por Francia, que pretendía una implantación pacífica y plenamente aceptada por los indígenas de la civilización europea a través de medios y técnicas de las que carecía este pueblo²⁹. No es casual que una de las primeras medidas tomadas por el gobierno español con motivo de la llegada del Jalifa a Tetuán, en 1913, fuese el asignar a dicho mandatario un médico español como «consejero íntimo»³⁰.

En consecuencia, los asuntos sanitarios fueron paulatinamente cobrando una mayor relevancia de acuerdo con el papel político que se les había asignado desde el principio y condicionados por el estado de guerra que caracterizaba a parte del territorio bajo protección española. De esta forma, podemos constatar a través de la legislación la evolución de las distintas estrategias en materia sanitaria planteadas por los gobiernos españoles hasta 1927 y el cambio que se produce después de la definitiva pacificación de la zona en dicho año, que culminó con la promulgación de la Instrucción general de Sanidad de la Zona en 1929, como más adelante veremos.

Hasta la definitiva pacificación de toda la Zona en 1927, la acción sanitaria en Marruecos va a tener dos características definidas. En primer lugar, la organización sanitaria tendrá una vertiente militar en las zonas bajo confrontación bélica y una vertiente civil en las zonas pacificadas. Aunque ambas vertientes estaban bajo los órdenes del Alto Comisariado, fueron tres los ministerios a los que la

²⁹ MORALES LEZCANO (1984), p. 86.

³⁰ R.O. 24-V-1913, *BOZIAM*, 25-V. El elegido fue Francisco García Belenguer, Médico primero de Sanidad Militar, y que cesó en el desempeño de su cargo de Agregado a la Agencia consular de España en Fez.

Presidencia de Consejo de Ministros encomendó los asuntos relacionados con el Protectorado español en Marruecos –el de Estado, para los asuntos políticos, y los ministerios de Guerra y Marina, para los militares–, correspondiendo este reparto también en lo concerniente a los asuntos sanitarios.

Una segunda característica en este periodo fue la monopolización de la organización sanitaria civil por parte del gobierno español a través del Alto Comisariado sin dejar que el Majzén interviniera en la misma. Así, en 1916, el Reglamento para la administración del Protectorado de España en Marruecos³¹ transfirió permanentemente las facultades del Majzén en materia sanitaria al Delegado de Asuntos indígenas, convirtiéndose éste en la única autoridad sanitaria de la Zona. En las ciudades asumirían esta función, como representantes del Delegado, los Interventores locales generales y en las cábilas los Jefes de las Mías de Policía. Al mismo tiempo, este Reglamento creó la figura de Inspector general de Sanidad con la función de asesorar al Delegado y «girar visitas de inspección a los servicios indígenas y proponer las reformas o mejoras de que los crea susceptibles».

Dos años más tarde, un Dahir y Decreto correspondiente de 24 de septiembre creaban y organizaban el Servicio Sanitario de la Zona y dotaban a ésta de una Junta central de Sanidad presidida por el Delegado de Asuntos Indígenas y una amplia representación de sanitarios españoles tanto civiles como militares³². También se organizaban las Juntas locales de Sanidad en cada una de las ciudades en las que se aceptaba una representación de los propietarios musulmanes de la localidad junto con otro hebreo y otro español³³.

En este primer periodo de «ocupación» podemos destacar la promulgación del Reglamento sobre accidentes de Trabajo en 1919 y la modificación de la constitución de la Junta Central de Sanidad con motivo de la creación de la Dirección General de Marruecos y Colonias y los cambios introducidos en el organigrama del Alto Comisariado por el Directorio Militar en 1925. La novedad más significativa fue la incorporación a la misma de «un notable musulmán» que debía ser nombra-

³¹ R.D. 24-I-1916, *BOZIEM*, 1916, pp. 157-175.

³² Junto al Presidente se encontraban: un representante de la Secretaría general y un representante del Gabinete Militar (representación civil y militar español). El Médico que tiene de asesor la Delegación de Asuntos indígenas; el Jefe de Sanidad Militar de Tetuán; un Médico designado por el Alto Comisario; el Arquitecto de la Delegación de Fomento; un Farmacéutico designado por el Alto Comisario; un Veterinario designado por ídem y un Secretario sin voto que será un funcionario de la Delegación de Asuntos indígenas.

³³ Junto a estos tres representantes las Juntas locales de Sanidad se componían de la siguiente manera: el Bajá (Presidente); el Interventor local general (Vicepresidente) y los vocales: un Representante de la autoridad militar local; el Médico director del Hospital Español en Tetuán y Larache o el Médico Director de la Enfermería Mixta en las ciudades de Alcázar y Arcila; un Médico Militar, el Médico Jefe de la Sanidad municipal; un Farmacéutico y un Veterinario designados por el Delegado de Asuntos indígenas. El Secretario lo será, sin voto, el Secretario de la Oficina de Intervención local general.

do por el Gran Visir pero a propuesta del Director de Intervención civil, ahora responsable de los asuntos sanitarios en el Protectorado y presidente de la citada Junta Central de Sanidad³⁴.

Una vez terminado el conflicto bélico con los rebeldes rifeños en 1927, se potenciaron los objetivos «civilistas» de colonización pacífica, por lo que los aspectos de organización sanitaria, profilaxis y asistencia médica a los indígenas tuvieron un gran protagonismo en los últimos años de la Dictadura de Primo de Rivera. En efecto, en diciembre de 1928, se aprobó el Reglamento sobre organización de la campaña antipalúdica y se creó la Comisión antipalúdica Central³⁵. En enero de 1929, se reorganiza la Beneficencia municipal con la promulgación de un nuevo Reglamento³⁶ y un mes más tarde se aprueban las bases para reglamentar el servicio de higiene especial (profilaxis antivenérea)³⁷. También se reglamenta el servicio y régimen interior de los Hospitales y Enfermerías civiles de la Zona³⁸ y, por último, se promulga la Instrucción general de Sanidad de la Zona en un claro intento de trasplantar el sistema sanitario español a las características propias del territorio ocupado³⁹.

Entre las novedades que aportó la Instrucción general de Sanidad de la Zona, destaca la incorporación del Presidente del Gobierno musulmán, el Gran Visir, como presidente de la Junta Central de Sanidad⁴⁰, aunque, como se reconocía en el artículo primero, los Servicios de Sanidad e Higiene públicas del Protectorado estaban bajo la inmediata dependencia de la Dirección de Intervención Civil y asesorada por la Inspección de Sanidad de la Zona. Otra de las novedades será la creación de Juntas Rurales de Sanidad en las cábilas que poseyeran un dispensario bajo la presidencia del Caid de la cábila⁴¹.

Será en este periodo, comprendido entre 1927 y 1930, cuando la estrategia colonizadora incorpore a los indígenas en las tareas sanitarias. En efecto, en 1928,

³⁴ Dahir 10-XII-1925, *BOZIEM*, 1925, pp. 222-223.

³⁵ Dahir 26-XII-1928, *BOZIEM*, 10-IV-1929.

³⁶ Enero 1929, *BOZIEM*, 1929, pp. 180-186.

³⁷ Decreto Visirial 23-II-1929, *BOZIEM*, 1929, pp. 317-318.

³⁸ Decreto Visirial 30-III-1929, *BOZIEM*, 1929, pp. 445-453.

³⁹ Dahir 22-VI-1929, *BOZIEM*, 10-VIII-1929, pp. 781-793.

⁴⁰ La composición de la Junta Central de Sanidad quedó como sigue: Presidente: el Gran Visir; Vicepresidente: el Director de Intervención Civil; Secretario: el Inspector de Sanidad de la Zona; Vocales: Un representante de la Inspección general de Intervención Militar y Tropas Jalifianas, un Representante del Estado Mayor General, los Directores de Obras Públicas y Minas, Hacienda y Colonización; el Médico-Jefe de la Inspección general de Intervención Militar y Tropas Jalifianas, el Inspector de los Servicios de Sanidad Militar del Ejército de ocupación; el Inspector de los Servicios Farmacéuticos de Sanidad Militar, el Inspector de Sanidad Pecuaria de la Zona, el Inspector de los Servicios de Veterinaria Militar y el Veterinario de la Inspección general de Intervención Militar.

⁴¹ El resto de la Junta se componía: Vicepresidente: el Interventor de la misma; Secretario: el Médico del Dispensario; Vocal: el Veterinario de la Intervención, caso de no existir veterinario lo sería el de la cábila más próxima.

un Real Decreto creaba en la Facultad de Medicina de Cádiz la enseñanza de auxiliares marroquíes de Medicina⁴² con la esperanza de que la acción sanitaria tuviera un resultado efectivo con el auxilio de los propios indígenas “como exige la psicología de la mayor parte del país”. Los estudios, estructurados en tres años de duración, darían lugar a un título que sólo tendría validez en la Zona y los candidatos elegidos debían demostrar el conocimiento del español y tener buenos antecedentes de buena conducta.

Como se reconoce en una obra de 1930⁴³, modificar las costumbres y criterios derivados en su mayor parte de preceptos religiosos debía de ser una labor lenta para que a la larga las medidas sanitarias fuesen acogidas por los indígenas sin discusión. Este era el problema que se planteaba con las mujeres musulmanas, reacias a ser examinadas por un médico cristiano. La solución fue la creación en Tetuán de un consultorio médico para mujeres y niños musulmanes compuesto por personal femenino en su totalidad. Dirigido por la médica española María del Monte, contaba con la colaboración de cuatro auxiliares musulmanas que fueron las encargadas de vacunar contra la viruela en esta localidad y, consecuentemente, sin encontrar resistencia por parte de las mujeres indígenas⁴⁴. En el consultorio se trataba todo tipo de patologías y se asistían partos a domicilio⁴⁵.

3. CONCLUSIONES

En este trabajo preliminar podemos avanzar algunas conclusiones iniciales. A través de la legislación, queda reflejada la vinculación de la intervención sanitaria española en Africa a los intereses políticos y económicos de la metrópoli en los territorios colonizados. Esta intervención, por tanto, fue consustancial al sistema colonial opresor desde el que se legisló. Es posible, sin embargo, caracterizar dos estrategias muy diferentes en los modelos sanitarios elegidos para Marruecos y Guinea.

Por una parte, la intervención en Marruecos, de acuerdo con el modelo “civilista” de colonización y la existencia de un gobierno indígena paralelo (el Majzén), la sanidad tuvo un importante papel político como medio de atracción de los indígenas a la forma de vida occidental. Este objetivo, debido al respeto que se imponía hacia la cultura árabe y al islamismo (al menos sobre el papel) tendría unas expectativas de triunfo a largo plazo (proceso civilizatorio, mediante el cual los

⁴² R.D. 3-XI-1928, *BOZIEM*, pp. 988-991.

⁴³ *SANIDAD en Marruecos (La)* (1930) Ceuta, Revista Africa, 1930, p. 13.

⁴⁴ Las cuatro auxiliares vacunadoras se organizaron en dos equipos compuesto cada uno por dos hermanas: Rahama y Yamina Bent Alí y Fátima y Erhimo Bent Mohamed. DELGADO, Eduardo (1929) La sanidad civil en el protectorado de España en Marruecos. *Medicina de los Países Cálidos*, 2, 127-136, cita de p. 134.

⁴⁵ *SANIDAD en Marruecos (La)* (1930) p. 28.

indígenas acabarían modificando sus conductas y aceptando los valores de la metrópoli a través de los postulados científicos). Además, la rivalidad con Francia, que también basó en la acción sanitaria buena parte de su política de atracción, influyó de forma notable en el papel propagandístico que la asistencia benéfica hubo de jugar en este tipo de actuaciones a las que podemos caracterizar como una “sanidad para indígenas”. La actuación sanitaria se justificó por el gran peligro que representaba la aparición de enfermedades epidémicas en los territorios ocupados muy cerca de la metrópoli y con la que existía un intenso intercambio de bienes y personas.

En Guinea, por el contrario, el modelo de colonización, caracterizado por la explotación de los territorios y el racismo hacia sus habitantes, generó unas medidas sanitarias dirigidas, sobre todo, a enfermedades de mayor interés para la metrópoli por su carácter amenazante (viruela o gripe) o por su interés científico (enfermedad del sueño). Otras disposiciones supusieron una novedad en la atención sanitaria de la época y la posibilidad de un ensayo a pequeña escala para las futuras medidas asistenciales desarrolladas en la metrópoli. Estas medidas estuvieron inspiradas por el interés en la conservación de la mano de obra productiva en un modelo colonial de explotación de las riquezas naturales y expansión de mercados. Un grueso importante de la legislación sanitaria persiguió la vigilancia y control masivo del cuerpo de los nativos, aunque es probable que, como en otros contextos coloniales ya estudiados, su impacto real fuera limitado. A través de la intervención sanitaria el discurso médico contribuyó a construir una imagen homogeneizada de los nativos guineanos, herramientas sustituibles del engranaje productivo agrícola y amenaza por su exacerbada sexualidad y crudeza física para la moral reprimida de los colonos.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

Boletín Oficial de los Territorios Españoles en el Golfo de Guinea

Boletín Oficial de la Zona de Influencia Española en Marruecos

NÁJERA ANGULO, L. (1932). *Los territorios españoles en el golfo de Guinea. Estado sanitario actual y su influencia sobre el desarrollo de la colonización*, Madrid, Publicaciones de la Sociedad Geográfica Nacional, Serie B, 7, Imprenta del P. de H. de Intendencia e Intervención Militares

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

ARNOLD, D. (1993). Medicine and colonialism. En: W. F. Bynum; R. Porter, (eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London, Routledge, vol. 2, pp. 1393-1416.

ESTEVA FABREGAT, Claudio (1993). *Política colonial y organización del trabajo en la isla de Fernando Poo: 1880-1930*, Barcelona, Universidad de Barcelona, Tesis de Doctorado.

MORALES LEZCANO, Víctor (1984). *España y el Norte de África. El Protectorado en Marruecos (1912-56)*, Madrid, UNED.

NDONGO BIYOGO, Donato (1977). *Historia y tragedia de Guinea Ecuatorial*, Madrid, Edit. Cambio 16 (Temas16).

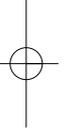
SUNDIATA, Ibrahim K. (1996). *From slaving to neoslavery. The Bight of Biafra and Fernando Poo in the Era of Abolition, 1827-1930*, Madison, The University of Wisconsin Press.

VAUGHAN, Megan (1991). *Curing their ills: colonial power and African illness*, Oxford, Polity Press.

EL CONTROL DEL PALUDISMO EN LA ESPAÑA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO VEINTE.¹

ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA
Catedrático de Historia de la Ciencia
Facultad de Medicina
Universidad de Granada

¹ Una primera versión de este trabajo se presentó en la *Trobada* «Dels miasmes viatgers a les malalties emergents. Ciència y política en el control de les epidèmies», celebrada dentro de la *IX Escola d'Estiu de Salut Pública* del Institut Menorquí d'Estudis (Maó, 24-25 de septiembre de 1998), con el título «Ciencia y política en la lucha contra el paludismo en la España del siglo XX». Trabajo realizado dentro del Proyecto DGICYT PB94-0813.



1. LA TARDANZA

Es sabido que a principios del siglo XX estaba bien establecida la hipótesis parasitaria en la etiología del paludismo, así como el papel del vector mosquito en su transmisión, gracias principalmente a los trabajos de Alphonse Laveran, conocidos desde 1880, Ronald Ross, Patrick Manson y Gian Bautista Grassi entre 1897-1899. Se ha puesto de manifiesto la sensibilidad con que en la historia del paludismo se advierten los cambios en las concepciones empleadas por la medicina moderna para caracterizar las enfermedades colectivas². Así las fiebres palúdicas fueron sucesivamente reducto de la explicación miasmática, la fisiopatológica y la etiopatológica, esta a partir de 1879, el año en que simultáneamente, distintos investigadores dijeron haber identificado otros tantos gérmenes causales del paludismo. Pues bien, dentro de la mentalidad etiopatológica que triunfa en torno a los hallazgos y técnicas microbiológicas, y de la que se señala su ruptura con la tradicional presencia del pensamiento ambientalista en la práctica preventiva, el estudio del paludismo proporciona un apoyo fundamental al desarrollo de la parasitología como una especialidad nueva, que incluye una redefinición del papel ambiental en un sentido más biológico, en particular por su interés por los animales vectores. Parasitología que se establece, a la vez, con un determinado interés profesional y político, como núcleo de una Medicina Tropical, o de los Países Cálidos (como tituló su tratado Gustavo Pittaluga: *Enfermedades de los países cálidos y parasitología general*, Madrid, 1923) sobre la que edificar los cuerpos de médicos coloniales.

La reinterpretación en términos parasitológicos, coetánea con el nacimiento de la medicina social, produjo considerable interés por el paludismo europeo y una aceleración en las medidas preventivas, que se dotaron de una característica unidad en forma de «campañas antipalúdicas». Su expresión más acabada en la Europa anterior a la Gran Guerra se produjo en Italia, mientras que en España tuvo un desarrollo mucho más lento y tardío.

Para explicar esta tardanza debe considerarse el juego de factores favorecedores y retardadores en el concierto intelectual y político. Entre los primeros, la rápida recepción de las novedades etiológicas y su incorporación al acervo científico español mediante experiencias originales. Entre los segundos, la discusión que envolvió dicha recepción teórica y el carácter predominantemente rural del padecimiento, con lo que ello implica en cuanto contexto sociopolítico. Veámoslos por separado y brevemente.

Es notoria la persistente presencia de la enfermedad palúdica en la Península Ibérica, donde era endémica en muchas zonas además de sufrirse episódicas exacerbaciones catastróficas, como la ocurrida en el último tercio del siglo XVI-

² WORBOYS (1996).

II³. La descripción de hechos clínicos, como la existencia de tercianas perniciosas (hecha por Mercado), o el empleo de la corteza del árbol de la quina como febrífugo constituyen aportaciones hispanas de relieve a la historia de este padecimiento. Compartía pues, una experiencia histórica similar a la de las restantes penínsulas mediterráneas.

Las novedades etiopatológicas llegaron puntualmente. Según la pesquisa llevada a cabo por Pittaluga en su «Ensayo de una bibliografía histórica del paludismo en España (siglos XVIII-XIX)»⁴, hacia 1890 parece aceptada la propuesta de Laveran (trabajos de J. San Martín, E. Fajarnés y L. Del Río y Lara). En 1900 se publica el primer trabajo que aplica las ideas sobre la participación anofélica, cuyo autor fue un médico británico empleado en las minas de Río Tinto⁵. La Dirección general de Sanidad, entonces ocupada por Ángel Pulido, en circular publicada en la Gaceta de Madrid el 10 de mayo de 1901, divulgó que solamente los mosquitos del género *Anopheles* eran capaces de transmitir el paludismo. A comienzos de 1902, vio la luz el primero de autoría española, obra de Francisco Huertas y Antonio Mendoza (*Estudio acerca del paludismo y su profilaxis en la provincia de Cáceres*, serie monográfica de la D.G. de Sanidad, IX, y capítulo en el libro colectivo dirigido por Pittaluga de 1903). Mas, como es de rigor, la aceptación de las nuevas doctrinas no se produjo de forma unánime ni inmediata. Personas con autoridad, como Rafael Rodríguez Méndez (en 1902 en su *Gaceta Médica catalana*) o Philip Hauser (en su *Geografía Médica de la Península Ibérica*, 1913), no asumían en su totalidad la propuesta de la mediación anofélica y subrayaron los aspectos oscuros que la hacían deudora de más investigaciones. Hauser no mencionaba una palabra sobre mosquitos entre las causas de la presencia de paludismo en España, de acuerdo con su hipótesis sobre la intervención de otro intermediario primitivo entre el ser humano y el plasmodio, mientras que subrayaba la concatenación de elementos geológicos, climáticos e hidrológicos, a la vez que sus modificaciones producto de la actividad humana como las producidas por la ganadería extensiva, la deforestación, grandes obras públicas o proliferación de trabajos mineros.

Como hemos advertido, en 1902 se comenzó a mostrar en España, mediante investigaciones en su propio territorio, la vigencia de la «ley de Grassi», esto es, la relación necesaria entre la presencia de anófeles y la existencia de la enfermedad palúdica, cuyo triunfo efectivo se hizo posible gracias al empuje que le suministró un médico italiano, Gustavo Pittaluga Fattorini (1876-1955), uno de los ayudantes del Instituto de Anatomía comparada de Grassi y miembro del equipo de higienistas que intervino en el experimento antipalúdico de Ostia, inicio de la campaña antimalárica en Italia.

³ PESET y PESET (1972); PÉREZ MOREDA (1986); DIAZ PINTADO (1988); RIERA PALMERO, (1983), (1984), (1994).

⁴ PITTALUGA (1903), pp. 239-258.

⁵ MACDONALD (1900), (1902), (1907).

Pittaluga vino a España para realizar un trabajo de campo que presentar ante el 14º Congreso internacional de Medicina que se iba a celebrar un año después en Madrid y Barcelona. Para ello viajó por Cataluña, Valencia, Baleares y Madrid, donde recogió por sí mismo, y a través de otras personas requeridas por él, testimonio de la existencia de anófeles y paludismo (*Brevi osservazioni sulla presenza del genere anopheles e considerazioni sulle forme della infezione malarica in alcune regioni della Spagna*, pp. 176-225), comenzando por el informe de Huertas y Mendoza que había sido pionero en la comprobación empírica de la doctrina italiana como ya hemos advertido. En colaboración con médicos catalanes, Pittaluga realizó un estudio general sobre el paludismo en la zona costera de la provincia de Barcelona (con Andrés Martínez Vargas, pp. 69-140) y un pequeño experimento de campaña profiláctica (con B. Pijoán y S. Salgot, médicos de ferrocarriles, pp. 155-175). Pijoán y Varela, además, escribieron un informe sobre la incidencia palúdica entre los trabajadores de la Compañía MZA, y Tarruella, Presta y Roubasta añadieron otro sobre clínica palúdica en Barcelona. Era una experiencia italiana la participación destacada de los médicos de ferrocarriles en la detección de focos palúdicos y, en general, para el suministro de datos epidemiológicos, dada la existencia de una vigilancia sanitaria sobre los empleados. Los Estudios de 1903 se completaron con la publicación de un resumen del informe, en francés, presentado al Congreso por Huertas y Pittaluga sobre etiología y profilaxis del paludismo (aplicación de la doctrina general y ejemplos españoles recogidos a lo largo de 1901-1902, aunque está firmado a enero de 1902, muchos de sus datos proceden de los trabajos por Cataluña que se produjeron a finales de ese año).

Aquel trabajo concreto, muy posiblemente planeado como prolongación de sus tareas investigadoras en Italia, se convirtió en un compromiso perdurable con nuestro país. Pittaluga se nacionalizó español en 1904, se casó inmediatamente después con una cuñada de su amigo y protector Francisco Huertas, y revalidó sus títulos de licenciado y doctor en Madrid en 1905⁶. Huertas, clínico afamado, le sirvió de introductor. Desde luego, la amistad de Santiago Ramón y Cajal, con quien colaboró en el Laboratorio de Investigaciones Biológicas entre 1904 y 1905, le sirvió para ingresar en el Instituto Nacional de Higiene, donde lideró una sección nueva, de parasitología, entre 1909 y 1924, así como en la dotación, en 1911, de la cátedra de doctorado de Parasitología en la Universidad de Madrid, que igualmente ganó y ocupó Pittaluga hasta su exilio con motivo de la guerra civil. Sin olvidar su relación con la familia real, a cuenta de sus conocimientos en Hematología; en este sentido es preciso recordar que creó la primera consulta de enfermedades de la sangre y el laboratorio de investigaciones clínicas en la Facultad de Medicina de Madrid.

Su integración dentro de la elite madrileña intelectual fue completa, participó

⁶ Sobre Pittaluga, cf. MATILLA (1987), MARTÍN GÓMEZ (1988).

en el Ateneo de Madrid, colaboró con la JAE mediante la instalación de un laboratorio en la Residencia de Estudiantes y sirviendo de consejero en materias de salud pública a José Castillejo. Pittaluga dirigió el despegue de la Escuela Nacional de Sanidad en sus primeros dos años de trabajo regular, 1930-32, pasando después a dirigir el nuevo Instituto Nacional de Sanidad hasta la guerra. En el plano internacional, desempeñó la voz de la España científica de forma regular dentro del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, en el que tomó parte desde su fundación (y del que fue reiteradamente elegido vicepresidente, entre 1932 y 1936) y en su Comisión del paludismo en particular.

Políticamente Pittaluga adoptó una posición activa y explícita, y como miembro del reformismo que lideró Melquíades Álvarez tomó parte en la Liga para la Educación Política que encabezó Ortega, con quien también colaboró en la fundación de la revista *España* (1915-1923), firmó el primer llamamiento de la Liga española de los Derechos Humanos en 1922, y fue elegido al Parlamento en dos ocasiones, en las Cortes que cerró el golpe de Estado de Primo y en las Constituyentes republicanas.

Aparentemente, las novedades finiseculares estimularon en el gobierno español una primera iniciativa pública en momentos no epidémicos, la de solicitar información a las distintas provincias sobre la endemia y sus causas, así como sugerencia de medidas a poner en práctica como profilaxis⁷. Esta noticia no se recoge en el libro de Hauser, tan amante de estas encuestas, ni tampoco en el posterior de Pittaluga de 1923. Sin embargo, la R.O. de 3 de octubre de 1901 que envía una misión de investigación a Extremadura, se justificó por la noticia de alteraciones en la salud pública en dichas provincias por causa del paludismo. Francisco Huertas Barrero (1847-1933), extremeño, consejero de Sanidad y médico de la Beneficencia provincial de Madrid, y Antonio Mendoza, director del laboratorio histoquímico del Hospital de San Juan de Dios y jefe de la sección de Bacteriología del Instituto Nacional de Higiene entregaron su informe, restringido a la provincia de Cáceres, el 18 de diciembre de 1901, y luego de recibir el visto bueno del Real Consejo de Sanidad a comienzos de 1902, fue publicado por la DGS y, retocado, de nuevo como capítulo del libro publicado con motivo del Congreso de 1903 ya mencionado. No es ocioso advertir que Huertas Barrero fue uno de los vicepresidentes del mismo, lo que puede ponerse en relación con la política de notables en que se desarrollaron las tareas sanitarias públicas al menos durante el primer tercio del siglo; que era cacereño, puesto que va a ser una constante la vinculación personal con las zonas palúdicas de algunos de los agentes médicos vinculados con su estudio; así como que era clínico, director de una sala hospitalaria, por lo que su interés primero radicaba en el diagnóstico y en el tratamiento eficaz de los casos. Es asimismo interesante observar que instalaron una casita en Santa Cruz de Alarza a

⁷ Lo dice CLEMENTE FUENTES (1992), p. 95, citando una memoria de Eusebio Mirón de 1902.

modo de consultorio y laboratorio, inaugurando también una tradición que se mantuvo en las campañas posteriores.

La memoria de Huertas y Mendoza se fijaba en las condiciones geoclimáticas que formaban el ambiente palúdico, a la vez que singularizó la presencia de los mosquitos anófeles como vectores, por lo que propuso la intervención profiláctica a través de la protección mecánica de las habitaciones y el tratamiento masivo con quinina. Todo inserto, sin embargo, en unas precisas coordenadas socioeconómicas, que podíamos denominar «la modernización del latifundismo». En efecto, la ganadería extensiva que acompañaba las grandes fincas tenía dos efectos perversos, la multiplicación de abrevaderos, que favorecía la presencia del mosquito, y la escasa utilización de mano de obra, que dado lo concentrado de la propiedad de la tierra producía una situación de depauperación generalizada. Según estos observadores, el remedio estaría en una intervención estatal que, de acuerdo con los propietarios, saneara los terrenos y favoreciera la colonización agrícola. Si el saneamiento restringiría el hábitat de los insectos vectores, la ampliación de tareas agrícolas permitiría aumentar los ingresos de la población y su mejor alimentación, incrementando «la resistencia vital» frente a la enfermedad. Por otra parte, debía disponerse el tratamiento obligatorio y enérgico de los palúdicos.

No cabe duda de que la primera explicación del atraso de la adopción de una política sanitaria contra el paludismo obedeció a que se trataba de una enfermedad campesina, que alcanzaba su máxima incidencia dentro de lo que Pascual Carrión llamó la España latifundista.

La primera consecuencia perdurable de la nueva mentalidad antipalúdica en España no ocurrió hasta después de una década y tuvo lugar en Cataluña⁸. Se trató de la creación de una filial del *Institut d'estudis catalans* como Servicio técnico de paludismo (1915), que dio lugar posteriormente a un Servicio de estudios sanitarios (1918) y al *Servei de Sanitat de la Mancomunitat de Catalunya* (1920) bajo la dirección de Pittaluga, ayudado por Luis Sayé. Desde allí se estableció una atención permanente a la cuestión del paludismo en el Delta del Ebro, así como se realizaron con éxito campañas en Salou, Almacelles y el Prat de Llobregat. En esta zona se creó un patronato local, con intervención de distintas administraciones y representantes sociales, aunque dejó de funcionar en 1925, mientras que en la región del Delta, cuando la Mancomunitat resultó desactivada por el gobierno militar, las actuaciones se mantuvieron a cuenta de la Diputación de Tarragona.

Que fueran catalanas las regiones palúdicas donde primero se organizara de manera estable una campaña sanitaria específica no hace sino confirmar la distancia que en términos de civilización industrial mantenía Cataluña respecto a la España meridional. Aun siendo una afección típicamente campesina, algunos de sus focos estaban peligrosamente cercanos a la misma ciudad de Barcelona. Por otra parte, la agricultura se convertía de forma rápida en una empresa económica de

⁸ BERNABEU (1997).

envergadura, cuyos frutos se destinaban al comercio; esta dimensión económica hacía perceptible con nitidez los peligros que acarreaban de las necesarias obras hidráulicas, así como los riesgos morbosos consecutivos al desplazamiento temporal de masas de trabajadores procedentes de otros puntos, a veces de zonas endémicas palúdicas. Todo ello, por demás, en la matriz del afianzamiento del nacionalismo, que afectaba de manera positiva los intentos de mejoras locales, y que se advierte en la integración completa del servicio dentro de la administración mancomunal. En efecto, el Servicio de Sanidad era el brazo ejecutivo de la Comisión de Sanidad, cuya presidencia coincidía con la de la *Mancomunitat*, con el auxilio del *Conseller* de Beneficencia y Sanidad, el director y subdirector del Servicio, dos vocales del *Institut d'Estudis Catalans* y dos de las organizaciones corporativas médicas (Real Academia y Academia-Laboratorio), además del anterior *Conseller*, fundador del primer servicio técnico.

El caso del Delta resulta muy demostrativo. En efecto, observaciones de médicos locales advirtieron que la extensión del cultivo consecutiva a la puesta en marcha de mayores instrumentos de irrigación se siguió, ineludiblemente, de un incremento de la incidencia palúdica. Así ocurrió a partir de 1862, cuando se puso en servicio el canal de riegos del Delta derecho, como a partir de 1912, al abrirse un nuevo canal para la zona izquierda. Entre 1861 y 1900 la extensión de los cultivos de arroz se multiplicó aproximadamente por cuatro, pasando de 1.650 a 4.093 Ha, y ascendía a más de 7.000 Ha en 1912, más de 11.000 en 1916 (con una producción valorada en más de 15 millones de pesetas) y casi las 14.000 en 1931 (que producían cerca de los 24 millones de pesetas). La intervención de la Mancomunidad se realizó en un momento en que el número de casos se había duplicado, pasando de 6.207 (1912) a 12.545 (1916) y el negocio imponía sus exigencias. En 1926, los dispensarios de la Comisión central registraron solamente 365 enfermos, y prácticamente los mismos en 1931⁹.

Aparte de la experiencia catalana, en el ámbito estatal se pretendió dar respuesta al yugo representado por el paludismo, la anquilostomiasis y el tracoma (entre otros problemas de salud humanos y de salud veterinaria) con la creación, dentro de la Dirección general de Agricultura del Ministerio de Fomento, de la Inspección general de Sanidad del Campo, entre finales de 1910 y octubre de 1918. Esta organización, de estructura regionalizada, contó con 11 inspectores, que limitaron su actuación en el terreno de la salud humana a la recogida de información a través de cuestionarios. Publicó en 1918 unos Inventarios sobre paludismo y aguas potables, como fruto más acabado, bien que más adelante Marcelino Pascua rechazaría absolutamente su utilización como referencia porque la inexactitud de su metodología los privaba de fiabilidad. La Sanidad del campo resultó un esquema burocrático, frustrado, que careció de una base técnica suficientemente moderna, y así aparece criticado por Pittaluga en 1921.

⁹ CARTAÑÁ CASTELLÁ,; CANICIO GARCÍA; FÁBREGA HUGA (1935).

2. LA LUCHA ANTIPALÚDICA EN LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

En su *Tratado de Parasitología* de 1923, Pittaluga señala tres orígenes de las medidas antipalúdicas aplicables, la experiencia italiana de 1900 a 1914, los trabajos norteamericanos en las Antillas, Panamá y el sur de EE. UU, y la experiencia militar de ambos bandos en los Balcanes durante la guerra de 1914-18. En la medida que le fue posible recurrió a todas esas fuentes. Cuando, en agosto de 1920, por fin encontró un marco específico para luchar contra la endemia palúdica, Pittaluga reforzó su liderazgo con la ayuda de Massimo Sella, responsable de lucha antipalúdica en la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, y la enfermera Bianca Marcosanti, enviada por la misma, que compartieron su experiencia con jóvenes discípulos del primero, en particular con Sadí de Buen Lozano (1893-1936), quien desempeñó la dirección efectiva de los trabajos antipalúdicos en adelante. A partir de 1922, la cooperación de la Fundación Rockefeller permitió conseguir plazas para formación de postgrado en el extranjero y, desde 1926, aportó dinero para el establecimiento de servicios móviles, dotación del Instituto de Naval Moral, que se convirtió en un centro de referencia europeo, experiencias con larvicidas, etc. La participación de Pittaluga en la organización sanitaria de la Sociedad de Naciones le permitió entrar en contacto con un amplio elenco de científicos foráneos y establecer programas de trabajo coordinados que permitieron la participación de los centros españoles en la investigación y experimentación antipalúdica puntera.

2.1. La Comisión para el Saneamiento de Comarcas Palúdicas (CSCP)

La Comisión para el Saneamiento de Comarcas Palúdicas (CSCP) creada por RD de 26 de agosto de 1920 se construyó desde una concepción liberal de la lucha. Y aunque la ausencia de los archivos de la DGS convierte en punto menos que imposible la reconstrucción cabal de lo sucedido, todo apunta a que formó parte de la operación de aproximación del reformismo al bloque dinástico en el marco de la agitación médicosocial del periodo 1917-20, puesto que se inscribe en la secuencia de la realización de la Semana Médico-Social de Santander¹⁰, presidida por el Rey, y en la que tomaron parte Marañón (entonces, en la directiva del Instituto de Medicina Social), Enrique Bardají, inspector provincial de sanidad en Badajoz, Jaime Ferrán, André Martínez Vargas y Manuel Martín Salazar. El discurso inaugural del monarca marcó como líneas principales de actuación inmediata la lucha contra la tuberculosis y contra el paludismo.

Al adjetivar de «liberal» a esta primera Comisión quiero decir que se trató de un organismo autónomo, central pero sin relación con la estructura administrativa del Estado, servido por un cuerpo técnico bajo la dirección de una serie de notables (que lo dirigían por ser quienes eran) y que buscaba la cooperación local y de las

¹⁰ RODRÍGUEZ OCAÑA (1987), pp. 36-39; PORRAS GALLO (1994); HUERTAS (1996).

fuerzas sociales. Su propuesta de intervención era persuasiva y paulatina, de manera que regularía su actuación en función de sus propios éxitos y del grado de consenso obtenido a nivel local. Desde luego, tal estructura la hacía muy parecida a una obra de beneficencia particular, con la diferencia que los patrocinadores no lo eran por su caudal económico, sino por sus conocimientos científicos. Este modelo organizativo era el preferido por Pittaluga, quien lo expuso en su memoria de 1921, titulada *El problema político de la sanidad española*, y lo reivindicó de nuevo como modelo para la Escuela Nacional de Sanidad en 1930, esta vez sin éxito. El origen de ese rechazo a la subordinación política puede rastrearse en las críticas al Estado procedentes tanto de la tradición institucionista —con su confianza en la ciencia, la ética y la educación antes que en la ley— como de los intelectuales de la izquierda burguesa, los de la Liga para la Educación Política o los columnistas de la revista *España*. Para ellos, la función pública era un compendio de errores, puesto que simbolizaba el sometimiento caciquil, la nacionalización de los vicios y la sublimación de la ignorancia. Como escribió Ortega en 1913, el desempeño de los asuntos técnicos estaba sometido a la incompetencia de los políticos y su aplicación a la incompetencia de los escalafones; en consecuencia, la única revolución necesaria era la de la competencia, y sólo con ella vendría la democracia.

Era una comisión autónoma, hasta el punto que la presidía Pittaluga, sin que tuviera cabida ningún representante de la DGS ni del Ministerio de Gobernación, salvo un administrativo que actuaba como secretario. Junto al catedrático y jefe de sección del INH Alfonso XIII se sentaban un inspector de obras públicas, procedente del Ministerio de Fomento, otro jefe de sección del Alfonso XIII, y el Inspector provincial de Sanidad de Badajoz. El personal técnico estaba formado por discípulos directos de Pittaluga, Sadí de Buen, Felipe Jiménez de Asúa y Emilio Luenzo (natural de Navalmoral de la Mata, donde su padre era médico titular), alumnos internos y ayudantes de su cátedra y del laboratorio de la Residencia y que pronto formaron la plantilla de la sección parasitológica del INH.

Su tarea se interpretó como una misión técnica, cuya función necesitaba de un apoyo exterior, el que prestó la Cruz Roja y los ayuntamientos de Talayuela, Jaráiz de la Vera y Navalmoral de la Mata. Y era así porque sus artífices sabían que había que enfrentarse a intereses locales y a resistencias populares. La raíz de esta oposición puede encontrarse en el estilo agresivo de la campaña que, en la más pura línea médico-social, iba a buscar a los enfermos sin esperar a que acudieran por sí mismos a los dispensarios y establecía una administración directa y vigilada del tratamiento.

Su queja permanente fue la escasez de medios materiales. En dos años se gastó casi la totalidad del apunte contable reservado para lucha antiepidémica en el presupuesto de la DGS y la reivindicación imperiosa con que se cerraba el informe de Sadí de Buen sobre el experimento de Talayuela (desarrollado entre noviembre de 1920 y finales de 1921) era la de más dinero para procurar la extensión de los trabajos emprendidos¹¹.

¹¹ BUEN (1922).

2.2. La Comisión Central de Trabajos Antipalúdicos (CCTAP)

El golpe de Estado de 1923 significó cambios administrativos que dejaron una impronta duradera. En el terreno que ahora nos ocupa, el RD de 14 de junio de 1924 dispuso la creación de la Comisión Central de Trabajos Antipalúdicos (llamada habitualmente Comisión central antipalúdica) dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Gobernación. En consecuencia, su presidencia recayó en el propio Ministro, la vicepresidencia en el Director general de Sanidad y la secretaría ejecutiva en el jefe de la sección de Parasitología del INH, a la sazón Sadí de Buen (el mismo que había actuado como director del trabajo de campo en la anterior CSCP). El resto de vocales eran las mismas personas que formaban la anterior Comisión, aumentadas con un delegado de la Cruz Roja, el Inspector general de Sanidad interior y un farmacéutico madrileño.

Se previó la inclusión administrativa de la CCTAP en el negociado de Instituciones sanitarias, se le asignó el Parque central de Sanidad como proveedor de material y se amplió el cuerpo técnico encomendado a Parasitología del Alfonso XIII, con cuatro médicos centrales y nueve provinciales, estos últimos formalmente también miembros de las brigadas provinciales que habían sido preparados durante la anterior etapa. Su número fue aumentando cada año con la realización de cursos teórico-prácticos de capacitación (por ejemplo, en 1925 acudieron 11 médicos pensionados)¹².

Esta vez, la previsión burocrática se adaptó al modelo plurisinodal tradicional español. Incluyó la formación de Comisiones provinciales y locales en las zonas que la CCTAP hubiera declarado como palúdicas, objeto por tanto de la campaña. La composición de estas comisiones emulaba la de la Central, con la intervención de las personalidades equivalentes (gobernador civil, presidente de Diputación, Inspector provincial de sanidad que debía actuar de secretario, etc.). la secuencia regular de acción era: 1º declaración, 2º nombramiento de comisión provincial y, 3º constitución de comisiones locales. Se admitía la posibilidad de que se formasen algunas de estas directamente, en caso de que el municipio suministrase los medios materiales para la campaña.

La CCTAP tenía la responsabilidad de estudiar, proponer y vigilar todas las medidas y sus acuerdos, como las órdenes de sus delegados técnicos, tenían capacidad ejecutiva por ser considerados representantes del Ministerio de Gobernación. A las Comisiones provinciales les incumbía aportar los medios materiales para desarrollar las acciones —salvo la quinina, que dependía de la CCTAP— y las Comisiones locales debían poner en práctica las disposiciones de la campaña.

¿Cuáles eran éstas? La organización de los Dispensarios, como centros de la misma, el suministro gratuito de quinina a los pobres trabajadores, medidas obliga-

¹² Según la *Memoria de la campaña contra el paludismo 1923-24*.

torias de saneamiento de los terrenos y atención profiláctica obligatoria a grupos de población aislados, normalmente trabajadores temporeros. Los propietarios estaban obligados a financiar la quinina empleada en estos casos, así como a realizar las medidas de saneamiento que se precisaran, en particular en arrozales, campos de lino y terrenos análogos.

Para los habitantes de las declaradas zonas palúdicas esta situación implicaba, según el reglamento de la CCTAP (de 13 de diciembre de 1924): obligación de someterse a tratamiento profiláctico o curativo, análisis de sangre, exploraciones clínicas y visitas periódicas, según dispusieran los médicos; obligación, en su caso, de llevar una cartilla sanitaria que, por ejemplo, era obligatoria para los trabajadores agrícolas temporeros que vivían en las fincas durante la época de la recolección y para o empleados en obras públicas lejos de poblado (pantanos, carreteras, ferrocarriles); prohibición de salir de casa tras la puesta de sol, salvo por motivo laboral. A cambio, los enfermos palúdicos que guardasen esta disciplina no perderían su sueldo durante el tiempo que durase su incapacidad, a juicio del servicio.

En 1924 se declararon como zonas palúdicas los partidos judiciales de Jarandilla de la Vera, Navalmoral de la Mata y Plasencia en Cáceres, Olivenza en Badajoz, Talavera la Real en Toledo y Valverde del Camino en Huelva, constituyéndose las respectivas Comisiones provinciales por RR.OO. de 1 de octubre.

La previsión legal establecía, en las comarcas arroceras, la obligación de tratar durante el mes de mayo como enfermos agudos a todos los enfermos del año anterior, y mantenerles en tratamiento profiláctico durante toda la campaña estival.

La CCTAP nació antes de la promulgación del Estatuto provincial, con una concepción bastante laxa, aunque ya amarrada al nivel superior de decisión sanitaria, la Dirección general de Sanidad. Por tanto, la estructura antipalúdica se vio afectada por la jerarquización impuesta con la creación de los Institutos provinciales de Higiene. Por RD de 16 de febrero de 1926, las comisiones provinciales se convirtieron en subcomisiones de las Juntas provinciales de Sanidad y se hicieron obligatorias de golpe en todas las provincias que sufrían la endemia, sin necesidad de declaración central expresa. Todo el personal provincial y local debía pertenecer al Instituto y además se le exigía una formación garantizada por este o por los servicios centrales.

Con esta disposición, la lucha antipalúdica se integró totalmente dentro de la administración sanitaria, perdiendo del todo ese grado formal de autonomía con que nació. Sin duda la nueva estructura facilitaba la relación más fluida con las provincias, unificaba los interlocutores y aclaraba la dependencia jerárquica. Muy poco después, a 29 de marzo de 1927, un nuevo Real Decreto-Ley reformaba la composición de la CCTAP suprimiendo del todo la vinculación personal, que se convirtió, ahora, en institucional (sin que sufriera la continuidad de las personas más significadas en su desempeño). Así, se nombraron vocales como el catedrático de Parasitología de Madrid o un Inspector de Sanidad especializado (con lo que seguían Pittaluga y Bardají), el jefe de parasitología del Alfonso XIII, el Inspector general

de Sanidad interior y un delegado de la Cruz Roja, a los que se les sumaban, entre otros, dos técnicos de la DGS, uno de los cuales debía ser el secretario (cargo que desempeñó Emilio Luengo hasta 1930, en que Pittaluga lo llevó a la ENS con la misma responsabilidad). Se creó un nuevo puesto, el de Vocal Primero, capacitado para sustituir al Vicepresidente —lo que significaba, en la práctica, actuar como director ejecutivo de la Comisión— y para el que se designó al Inspector general de Instituciones sanitarias, en aquel momento Sadí de Buen. En la misma disposición se creaba el Instituto de malariología de Navalmoral de la Mata y se le adscribía a la ENS, sin perjuicio de seguir desempeñando las funciones prácticas en la campaña antipalúdica como hasta la fecha.

A finales de 1930 se fusionaron los servicios antiparasitarios existentes, incorporando la lucha contra la anquilostomiasis a la Comisión Central antipalúdica y convirtiendo en secretario de ésta al responsable de aquéllos, Diego Hernández Pacheco, quien se mantuvo hasta 1934. Hasta entonces se vivió una práctica estabilidad en la organización antipalúdica, donde la Comisión Central ejercía la alta inspección de los servicios, programaba las tareas profilácticas generales y creaba Dispensarios del Estado, en función de las necesidades de las zonas palúdicas. Las Comisiones provinciales y locales se constituían por orden de la Central para atender al sostén económico de otros servicios o Dispensarios periféricos; en su mayoría, estaban regidos por personal adscrito funcionalmente a los Institutos provinciales de Higiene. Existieron otros servicios organizados por la Generalitat de Cataluña, el Patronato de las Hurdes, la Comisión de Riegos del Alto Aragón y las Confederaciones sindicales hidrográficas del Ebro, Guadalquivir y Guadiana, todos ellos en relación con la Comisión Central¹³. Los Dispensarios centrales estaban dirigidos por médicos antipalúdicos nombrados por la Comisión central (médicos centrales o médicos locales). Los locales permanecían todo el año en su puesto; los centrales acudían por temporadas o campañas, que no solían durar todo el año. Además se dotaban de personal subalterno (practicantes, repartidores de quinina, mozos y mozas de laboratorio, enfermeros y capataces de brigada). Un médico local adscrito a la lucha antipalúdica recibía, a finales de los años 20, una gratificación anual de 3.650 ptas. brutas, descontando el 12% del impuesto de utilidades, mientras que un médico central ganaba 8.370 por ocho meses de campaña y cuatro en Madrid y un practicante (subalterno) recibía 1.825 ptas., las mismas que un mozo repartidor¹⁴. En todos los Dispensarios existía un consultorio y un laboratorio, prestándose gratuitamente todos sus servicios. Sólo en ciertas provincias, como Cáceres, la organización provincial tuvo un protagonismo importante por sí misma, gracias a la iniciativa de su activo Inspector provincial de sanidad, Ruiz Morote, que le permitió obtener el apoyo de la Fundación Rockefeller para establecer allí el

¹³ BÉCARES (1934), pp. 42-44.

¹⁴ *Memoria...* (1928-1929), pp. 77, 91, 229, 236, 267, 300, 335.

primer plan sanitario provincial de nuevo tipo que se estableció en España y que fue modelo para la legislación republicana y del primer franquismo.

2.3. *El Servicio Técnico de Paludismo*

La reorganización ministerial que había dado lugar en abril de 1934 a la creación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión en el gabinete radical-cedista de Samper facilitó la ocasión para completar la integración de la administración antipalúdica. Se creó el Consejo Nacional de Sanidad y Asistencia Pública, para dotar a la nueva institución de «unidad de doctrina» y coordinar los múltiples servicios y juntas. Su tercera Sección de Sanidad se dedicó al paludismo y, en consecuencia, el 30 de abril de 1934 quedó suprimida la Comisión Central de Trabajos Antipalúdicos (*Gaceta*, 2 de mayo), adjudicando la campaña a un equipo o servicio técnico de la Dirección general de Sanidad: el Servicio Técnico de Paludismo (STP, en adelante). Como jefe del nuevo STP. se mantuvo a quien era secretario de la Comisión, Diego Hernández-Pacheco de la Cuesta, con las mismas atribuciones. Por su parte, la Sección de Paludismo de la Comisión Central de Sanidad del Consejo Nacional de Sanidad y Asistencia Pública permitió mantener la presencia estatal e institucional de los distintos sectores profesionales y empresariales con intereses directos en el problema palúdico, a los que se añadirían expertos elegidos.

Lo más destacable de la etapa republicana fue la adopción de un modelo organizativo de sanidad rural donde primaba la visión horizontal del trabajo sanitario. Por este motivo, muchos de los nuevos Centros primarios y secundarios de Higiene localizados en zonas endémicas incorporaron entre sus competencias mínimas y habituales las de la campaña antipalúdica; al mismo tiempo, muchos de los Dispensarios antipalúdicos se reconvirtieron a centros de higiene, suministrando la experiencia, las instalaciones y los vínculos ya probados con el público de su entorno inmediato, como los del Delta del Ebro, que lo solicitaron expresamente¹⁵. Los 33 centros primarios con que contaba la provincia de Cáceres en 1933 disponían de servicio antipalúdico, mientras que en otros 31 pueblos existía un Dispensario antipalúdico por toda dotación¹⁶.

El cambio de ministerio, quince meses después, convirtió el STP en Negociado de Paludismo, dentro de la Sección de Luchas especiales de la Subsecretaría de Sanidad (D. 25 de octubre de 1935). Se disponía así, formalmente, que todas las cuestiones de profilaxis pública dependieran de los servicios centrales de la DGS, en concreto las campañas antivenérea, antitracomatosa, antipalúdica, antileprosa y la de higiene mental se incluían en la Sección Séptima de la nueva Subdirección

¹⁵ CARTAÑÁ, CANICIO, FÁBREGA (1935).

¹⁶ *Memoria del quinquenio 1929-1933* (s.a.).

general de Sanidad, pasando a constituir un Negociado. La responsabilidad directa de la campaña pasó a manos de los Institutos provinciales, al estilo de lo preconizado por Ruiz Morote, si bien al personal técnico superior se le mantuvo en su categoría de médicos centrales de la lucha antipalúdica, disponiéndose en adelante su ingreso por concurso-oposición, con carácter preferente los que poseyeran el título de oficial sanitario, mientras que los médicos locales serían nombrados anualmente a propuesta de las Jefaturas provinciales de Sanidad. Se enfatizó la vía única para la administración sanitaria, con un sentido bastante participativo: las comisiones técnicas de los Institutos provinciales de Higiene debían preparar en septiembre de cada año un plan de campaña para el siguiente, el cual debía ser remitido y evaluado por el Negociado, antes de ser aprobado por la Subsecretaría, quien vigilaría su cumplimiento a través del Negociado.

Entre 1926 y 1936 la campaña contó con ayuda de la Fundación Rockefeller. El primer año consistió en 56.000 ptas para suplementar el sueldo de S. de Buen, que de este modo trabajó a tiempo completo, compra de un automóvil para el servicio, dotación de biblioteca en Naval Moral y contratación de personal y material para iniciar una actuación larvicida. En modo alguno ese dinero podía emplearse en medicamentos ni en pago de hospitalizaciones. Aun cuando el programa se firmó por tres años, fue prorrogado dos más y en total supuso la inversión de 189.000 ptas. En 1931 se aprobó un nuevo acuerdo por el que se desplazaría un enviado de la Fundación, el Dr. Rollo Hill, para realizar una experiencia controlada sobre los efectos de una campaña seria con larvicidas, lo que se llevó a cabo hasta 1935 en Campo Lugar y Madrigalejo, localidades cacereñas. En 1936 estaba preparándose su extensión a otras localidades, frustrada por la guerra, habiéndose recibido en esta segunda etapa unas 300.000 ptas (40.000 \$).

3. LOS CONTENIDOS DE LAS CAMPAÑAS ANTIPALÚDICAS

En 1931, un observador extranjero ponía de manifiesto que la lucha antipalúdica en España se basaba en el liderazgo científico ejercido por Pittaluga y la devoción altruista puesta en práctica por S. De Buen, quien la había transmitido a colaboradores entusiastas¹⁷. La principal característica de la misma era, a su juicio, la unidad de doctrina que se mantenía por el cuerpo técnico.

Esta doctrina puede deducirse de los informes contenidos en las Memorias de la Comisión central, o de otros de diversa procedencia. Partía del establecimiento de Dispensarios-laboratorio como centros de lucha, cuya actividad requería el preciso conocimiento de las circunstancias epidemiológicas locales, desde el estudio del reservorio palúdico, el estudio de los mosquitos vectores, el ambiente palúdico

¹⁷ Informe (1931).

y los sujetos expuestos. Para el conocimiento de lo primero se recurrió a las estadísticas oficiales de mortalidad, informes de médicos locales, historia anterior obtenida de las visitas clínicas, etc., así como hallando el índice esplénico y el índice plasmódico. La ecología del mosquito se estudiaba a partir del conocimiento de las especies existentes, su distribución, índice de infección y localización de las larvas, lo que se hacía sobre el mapa catastral o un planimétrico del Instituto geológico. El conocimiento del ambiente palúdico no se reducía a la detección de colecciones peridomésticas de agua, sino al tipo de agrupaciones humanas, modelos de vivienda, costumbres y hábitos laborales y de descanso de la población. Los sujetos expuestos se conocían a través del censo, de su distribución en poblado, caseríos, etc., existencia de cultivos de interés sanitario y encuestas específicas.

A partir de dichos conocimientos, o simultáneamente con su adquisición, se buscaba el diagnóstico y tratamiento precoz vigilado. En efecto, la preocupación central de la campaña radicó en el tratamiento de los enfermos, quedando en nivel secundario la aplicación de medidas antilarvarias. Así, en el experimento inaugural de Talayuela, entre 1920 y 1921, se actuó del siguiente modo:

- Consulta diaria y visita casa por casa de todo el pueblo
- Estudio hematológico de todos los casos de fiebre
- Tratamiento diario de los casos positivos
- Tratamiento vigilado de los enfermos de los alrededores
- Dos consultas semanales para forasteros

La quinina tenía un triple efecto y, por ende, un triple valor: por su acción terapéutica (mejoraba la vida de las personas enfermas y reducía notablemente la mortalidad), por su acción profiláctica («esterilizaba» a los portadores, al menos en ciertas etapas, lo que hacía disminuir el reservorio palúdico o «del virus» como decían todavía en los años 30) y, no menos importante, por su acción moral (su eficacia era la mejor propaganda). Pese a las draconianas disposiciones de 1924 de vigilancia y prohibiciones sobre la población rural, parece que la práctica de la campaña prefirió siempre la vía de la persuasión antes que la coerción, según el mencionado observador.

Las tareas del Dispensario, como vemos, no se acababan con el estudio y tratamiento de la población propia del lugar donde estaba instalado. En la mayoría de los casos, había que habilitar espacio y organizar las visitas de trabajadores temporeros. En determinados casos, se completaba con un servicio de consultas móviles, para atender periódicamente a núcleos de personas alejados de poblado, en fincas o en obras públicas (construcción de pantanos, líneas de ferrocarril). Para ellos había que disponer tratamientos vigilados a distancia, encargando a los capataces el reparto diario de las tomas de quinina, por ejemplo. En algunos puntos, singularmente en Naval Moral y en Talavera, de los más precoces, se instalaron sendos hospitalillos para atender los casos más graves.

Aun cuando fuese secundario, se adoptaron de forma bastante general medidas antilarvarias como la introducción de peces *gambusia*, la petrolización o el

espolvoreo con verde parís. También se realizó experimentación biológica (con los mosquitos, las larvas o los tratamientos). Las intervenciones de saneamiento fueron exclusivamente a pequeña escala, de alcance local. Esto puede explicarse en relación con las dificultades de financiación y con la no menor de aplicar acciones públicas sobre propiedades privadas de tierras de labor (de nuevo el latifundio).

Desde una perspectiva estratégica, podemos decir que el plan no varió entre 1920 y 1950. En 1935 existían unos 250 servicios dispensariales activos, 200 de ellos organizados por los Institutos provinciales, que en 1943 eran 186 y 318 en 1950. La respuesta a la grave epidemia de postguerra, en realidad la exacerbación de la endemia palúdica, en cuyo control se retrocedió veinte años por culpa del desastre de la guerra, tardó en articularse. Dos notas funcionales distinguen, sin embargo, la campaña de postguerra de la republicana: el estanco de los antipalúdicos, que se decretaron comercio de estado, comenzando por la quinina, pero también los fármacos sintéticos; y el empleo de los nuevos insecticidas clorados, que se probaron entre 1946 y 1949 (según Rico), o desde 1945 (según Clavero). También generalizaron, a partir de 1944, dos meses de tratamiento preventivo, en primavera, a los enfermos del año anterior, en la medida de las disponibilidades farmacológicas: Clavero, en 1950, decía que se aplicaba a un 40-50%.

No obstante, la actuación durante los años cuarenta mantuvo los mismos patrones de la escuela malariológica española establecidos en los 15 años anteriores a la guerra, con su acento en los Dispensarios y el diagnóstico y tratamiento masivos. Durante la campaña de postguerra se dio, aparentemente, una mayor fijación por las medidas clínicas, con abandono de las propuestas de saneamiento local y empleo de larvicidas (por experimentales o tentativas que estas hubieran sido antes). Este tipo de intervenciones, según Clavero (1950), eran demasiado costosas en tiempo, material y mano de obra, exigían mucho trabajo especializado (estudios geográficos, por ejemplo) y eran impracticables en bastantes casos por la extensión de las superficies líquidas a cubrir.

CONCLUSIÓN

Puede decirse que la experiencia antipalúdica, el trabajo médico-social llevado a cabo en sus Dispensarios, resultó fundamental en el periodo de consolidación de la Salud Pública española, que se extiende de 1926 y 1957, por lo siguiente:

1º) Es la campaña donde se reconoció primero el papel central de la formación especializada, a cuyo desarrollo se ajustó la dotación de plazas. Otra característica moderna es que dicha formación comportaba un componente básico y exquisito en laboratorio (parasitología, hematología).

2º) Las decisiones de intervención se adoptaron a partir de criterios epidemiológicos (poblacionales: situación de endemia, riesgo de epidemia: trabajos públicos, grandes empresas o latifundios) sobre los que se buscó la cooperación por parte

de autoridades y sanitarios locales. Por este motivo, fue la única iniciativa de la Sanidad central bien vista por la Fundación Rockefeller¹⁸.

3º) Fue una de las vías para integrar la formalización de resultados («al estilo norteamericano», dirá el observador extranjero mencionado en 1931), así como para establecer una rutina de recogida sistemática y de análisis de datos poblacionales, de morbilidad y mortalidad. Esto se puso de manifiesto cuando en 1944 se creó un servicio propio de estadística para servir a la campaña de postguerra.

4º) Tampoco se puede despreciar, aunque fuese a escala local, otros efectos ejemplarizantes propios de la intervención sanitaria en el medio rural, como la modificación de los estándares de construcción de viviendas, la concienciación sobre la necesidad de ampliar las intervenciones sanitarias por parte de las autoridades municipales y provinciales, la difusión del cinematógrafo (empleado para divulgación sanitaria) o el empleo de mujeres como ayudantas de laboratorio (en Naval-moral tenían fama de ser muy buenas disecando mosquitos).

La vía seguida de la estatalización no pareció quebrar los sólidos fundamentos científicos de las campañas, pues se hizo de manera que la competencia técnica se fundiera con el escalafón burocrático. De hecho, fue la primera de las «luchas médico-sociales» que se incorporó a la DGS, seguramente porque sus «patronos» lo fueron por motivos científicos primarios y no financieros, como los aristócratas y plutócratas que, por ejemplo, lideraban la lucha contra la tuberculosis.

¹⁸ RODRÍGUEZ OCAÑA (1998).

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- BÉCARES (1934). Paludismo. Legislación relacionada con la lucha antipalúdica. Su organización en España. *El Derecho sanitario español*, 11, 32-62.
- BUEN, Sadí de (1922). Trabajos de la Comisión para el Saneamiento de Comarcas palúdicas, *Anuario de la DGS*, 1921, Madrid, M^a Gobernación, pp. 422-430.
- CARTAÑÁ CASTELLÁ, P.; CANICIO GARCÍA, Y., FÁBREGA HUGA, J. (1935). Resumen de la campaña antipalúdica realizada en el delta del Ebro desde el año 1925 al 1932, ambos inclusive. *Rev. San. Hig. Púb.*, 8/2, 113-165.
- CLAVERO, Gerardo (1950). La lucha antipalúdica en España. *Rev. San Hig. Púb.*, 24, 149-177.
- Informe. La Inspección de Sanidad de Argelia y la campaña antipalúdica en España (1931). *Med. Países Cálidos*, 4, 126-129.
- Memoria de la campaña contra el paludismo, 1923-1924* (1925). Madrid, Ministerio de Gobernación.
- Memoria de la Campaña contra el paludismo, 1925-1927* (1928). Madrid, Ministerio de Gobernación.
- Memoria de la campaña contra el paludismo, 1928-1929* (1930). Madrid, Ministerio de Gobernación.
- Memoria del quinquenio 1929-1933 y trabajos del año 1933 del Instituto provincial de Higiene de Cáceres* (s.a.), Cáceres, Instituto provincial de Higiene.
- PITTALUGA, Gustavo (dir.) (1903). *Investigaciones y estudios sobre el paludismo en España. Études et recherches sur le paludisme en Espagne (1901-1903), à l'occasion du XIVe. Congrès International de Médecine Madrid-Barcelona Avril 1903*, Barcelona, Tipografía La Académica.
- PITTALUGA, G.; ALONSO PASCUAL A.; BARDAJI, E, DE BUEN E., GIL COLLADO J, LUENGO E. (1944). *Paludismo*. Madrid, Morata..
- RICO-AVELLO y RICO, Carlos (1950). La epidemia de paludismo de la postguerra. *Rev. San. Hig. Púb.*, 24, 701-737.

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

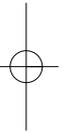
- BERNABEU, Josep (1997). Cultura, ciencia y política. La lucha antipalúdica de la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925, *Medicina e Historia*, n°73.
- CLEMENTE FUENTES, Luisa (1992). *El paludismo en la provincia de Cáceres*, Cáceres, Diputación Provincial.
- DIAZ PINTADO, Juan (1988). La crisis epidémica de 1803-1804 en la Mancha. *Asclepio*, 40, 97-135.
- HUERTAS, Rafael. Medicina y política en la crisis final de la Restauración. La

- propuesta de una Ministerio de Sanidad. En M. Nash, Rosa Ballester, eds., *Mulheres, trabalho e reprodução Atitudes sociais e politicas de protecção à vida*, Porto, 1996, 285-299.
- MACDONALD, J. (1900). Investigaciones modernas sobre el paludismo (I y II) *El Siglo Médico*, 47, 437- 438; 518-521.
- MACDONALD, J. (1907). *Investigaciones experimentales acerca del paludismo en la provincia de Huelva. Reconocimiento de la sangre palúdica. Disección de los mosquitos. Profilaxis*. Sevilla, Impr. A. Rodríguez.
- MARTÍN GÓMEZ, Silvestre (1988). *Vida y obra de D. Gustavo Pittaluga Fattorini*. Madrid, Universidad Complutense, Colección Tesis doctorales n° 395/88.
- MATILLA, Valentín (1987). *202 Biografías académicas*, Madrid, Real Academia de Medicina.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (1986). Notas para una historia del paludismo en España. *Jano*, n°. 728, 50-64.
- PESET, Mariano; PESET, José Luis (1972). *Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera*, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones.
- PORRAS GALLO, M. Isabel (1994). La lucha contra las enfermedades evitables en España y la pandemia de gripe, *Dynamis*, 14, 159-183.
- RIERA PALMERO, Juan (1983). *Estudios y documentos sobre arroz y paludismo en Valencia, siglo XVIII*. Valladolid, Universidad de Valladolid.
- RIERA PALMERO, Juan (1984). *Fiebres y paludismo en la España Ilustrada. (Félix Ibáñez y la epidemia de la Alcarria, 1784-1792)*. Valladolid, Universidad de Valladolid.
- RIERA PALMERO, Juan (1994). Work, rice and malaria in Valencia in the XVII-Ith century. *Physis*, 1994, 31 (3), 772-785.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1987). *La constitución de la medicina social como disciplina en España, 1882-1923*, Madrid, M° de Sanidad y Consumo, pp. 36-39.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1994). La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *Rev. San. Hig. Púb.*, 68 [n° monográfico II Encuentro Marcelino Pascua.], 11-28.
- WORBOYS, Michael (1996). Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From Diseases in the Tropic to Tropical Diseases. En: David Arnold (ed.), *Warm Climates and Western Medicine*, Amsterdam, Rodopi, pp. 181-207.

LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ESPAÑA EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

JORGE MOLERO MESA

Profesor Titular de Historia de la Ciencia
Facultat de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona



1. LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDAD SOCIAL

Uno de los criterios que tradicionalmente se ha tenido en cuenta para definir a ciertas enfermedades como “sociales” ha sido las repercusiones socioeconómicas, políticas o culturales derivadas, fundamentalmente, de sus altas tasas de mortalidad o morbilidad. Pero si atendemos a las causas en lugar de a las consecuencias, también es posible definir a las enfermedades sociales como aquellas que se generan a consecuencia de la propia organización social. En ambos casos, la tuberculosis responde a ambas definiciones tal y como se apuntó en el primer Congreso Nacional de Sanidad, celebrado en Madrid en 1934:

«enfermedad social es aquella que, bien por el número enorme de afectados por ella, supone un [problema] social, o bien porque las causas que la originan tienen su raíz profunda en hechos y motivos sociales,... la tuberculosis... tiene ambas cosas a la vez; enfermedad muy difundida y, por lo tanto, problema social; enfermedad que tiene su raíz profunda en causas sociales y, por tanto, enfermedad social»¹.

En efecto, durante todo el siglo XIX y la primera mitad del XX, la tuberculosis se mantuvo como la principal causa de mortalidad en todos los países occidentales. A pesar de todo, la mortalidad provocada por esta enfermedad siempre mantuvo una tendencia descendente hasta ser sustituida, en los años cincuenta del siglo pasado, por el cáncer y de las afecciones cardiocirculatorias.

En España, la contribución de la tuberculosis a la mortalidad general se mantuvo entre un 7.2 por ciento en 1901 y un 7.3 en 1930² lo que suponía, en cifras oficiales, cerca de 30.000 fallecimientos al año. No obstante, diversos autores que tuvieron en cuenta los sesgos existentes en las estadísticas elevaron esta cifra hasta las 70.000³. La morbilidad tuberculosa, ante la falta de registros, se estimaba en la época multiplicando por diez el número de fallecidos. Estos cálculos elevarían la cifra de tuberculosos por encima de 500.000.

Atendiendo a su origen, la tuberculosis mostró en nuestro país de forma clara la desigualdad humana ante la enfermedad y la muerte. Aunque con retraso, debido a la tardía incorporación de la estadística, los trabajos epidemiológicos autóctonos⁴ coincidieron en denunciar estas diferencias sobre la base de la existencia de clases sociales. Las condiciones de vida favorecedoras de la tuberculosis, consecuencia directa de este desequilibrio social, fueron estudiadas claramente a través de tres variables fundamentales: alimentación, vivienda y trabajo⁵. Uno de los medios más extendidos, para mostrar la desigual incidencia de la tuberculosis, fue la repre-

¹ ESPINOSA (1935) p. 392.

² ZURITA GONZALEZ-VIDARTE (1986) p. 51.

³ SUGRAÑES Y BARDAGI (1919) y VERDES MONTENEGRO (1902)

⁴ RODRIGUEZ OCAÑA. (1987) pp. 17-18.

⁵ MOLERO MESA (1989) 185-224.

sentación gráfica de su mortalidad según los distintos distritos y barrios de una ciudad concreta. Los resultados podemos verlos en la figura nº 1 que nos muestra un cartel propagandístico del Real Patronato en 1925. En él se percibe claramente la notable diferencia de mortalidad por tuberculosis existente entre los distritos ricos y pobres⁶.

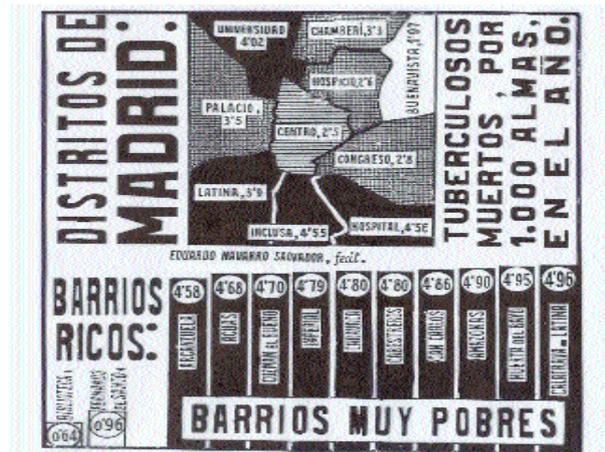


Figura 1.- Mortalidad por tuberculosis en Madrid por distritos y barrios (1925). FUENTE: Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1924 a 1925 (1925).

Otros estudios epidemiológicos más detallados demostraron la relación entre la calidad de vida y la frecuencia de esta enfermedad. Junto a los factores derivados de la vivienda insalubre (carencia de luz, agua, ventilación, calefacción), el hacinamiento justificaba para la mayoría de los autores la facilidad con la que se verificaba el contagio en estos hogares. Por el contrario, otras indagaciones otorgaron a la debilidad orgánica todo el protagonismo a la hora de desarrollarse la enfermedad. El aspecto famélico y débil del proletariado español era, según algunos autores, consecuencia directa de una alimentación deficiente, tanto en cantidad como en calidad. En otras palabras, escasa y adulterada. Además, la incorporación al mundo del trabajo en edades muy tempranas y con jornadas de doce y catorce horas contribuirían a favorecer ese deterioro orgánico. De igual modo, los hábitos populares (alcoholismo, inmoralidad, ignorancia) se señalaban cómo factores determinantes en la génesis y extensión de esta plaga que provocaba además la paulatina degeneración de la raza.

Estas premisas que acabamos de enumerar, es decir la desigualdad social como principal etiología de la tuberculosis, no eran desconocidas para el proletari-

⁶ LUCHA oficial contra la tuberculosis... (1925)

ado. A través de los estudios medicosociales y de su propia experiencia conocían que la inmensa mayoría de los casos de tisis (el 80 por ciento para algunos autores) se daban entre los miembros de su clase social. Consecuentemente, para un sector importante de la clase obrera, la solución al problema tuberculoso pasaba por la destrucción del sistema capitalista y la instauración de una sociedad más justa, donde las causas generadoras de la enfermedad estuviesen suprimidas. De esta forma, la tuberculosis no sólo afectaba a la riqueza del país sino que, además, suponía una seria amenaza para la supervivencia del sistema establecido.

2. LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

A lo largo del siglo XIX los médicos higienistas consideraban que la tuberculosis era hereditaria pero la enfermedad sólo se desarrollaba si además, confluían sobre el sujeto «predispuesto» una serie de concausas que hicieran «florecer» el «germen» tuberculoso. De esta forma, la higiene se presentaba como la única opción para evitar la propagación del mal y aumentaba su importancia al no existir ningún medio curativo eficaz. El programa profiláctico comprendía, por un lado, una serie de medidas tomadas de la higiene privada, tendentes a actuar sobre el individuo: buena alimentación, limpieza corporal, moderación de las «pasiones»; y por otro, aquellas normas de higiene pública dirigidas a modificar el medio ambiente del individuo: saneamiento de las viviendas, salubridad de las poblaciones, reglamentación higiénica de talleres y fábricas, entre otras.

El aislamiento del bacilo, en 1882, supuso la desvalorización de la multifactoriedad en la etiología de la tuberculosis. Las distintas propuestas antituberculosas que a partir de 1889 surgieron en España, fueron encaminadas a concienciar al público sobre el peligro del contagio y la forma de evitarlo. El Estado, por su parte, aunque en un principio se mostró cauto en sancionar la transmisibilidad de la tisis, elaboró, en 1901, una extensa circular dirigida a los Gobernadores civiles en la que se señalaban unas *Instrucciones populares contra la tuberculosis* que, precisamente, enumeraban las pautas «anticontagionistas» propuestas por los médicos.

Estas medidas consistían en la declaración obligatoria de la enfermedad (legislada oficialmente ese mismo año), aislar al paciente y desinfectar sus enseres y productos, además de proceder a educarlo convenientemente. La constelación etiopatogénica decimonónica (mala e insuficiente alimentación, extenuación, hacinamiento, falta de aire y de luz...) se convirtió en factores favorecedores de la enfermedad que podían ser evitados a través de la regulación higiénica de la vida del trabajador: hábitos de limpieza personal y doméstica, fomento del ahorro para elevar su nivel de vida, abandono de los vicios propiciadores (alcohol, tabaco, abuso sexual), educación en materia culinaria (hervir la leche y cocinar bien la carne), y una propaganda tendente a hacer calar en la conciencia del obrero que siguiendo estas normas se mantendría sano y, consecuentemente, alcanzaría la felicidad.

2.1. Organización

Las primeras propuestas de organización de la lucha se realizaron en nuestro país a través de la iniciativa privada y siguiendo las orientaciones surgidas en Europa a finales del siglo pasado⁷. Al igual que ocurriera en otros países, se formaron asociaciones sanitarias que buscaron el favor del Estado. Estas aspiraban, mediante financiación externa, a organizar un fuerte dispositivo profiláctico y asistencial⁸. La primera campaña fue organizada por Francisco Moliner y Nicolás en 1899 desde Valencia⁹. Sus distintas movilizaciones en pro de la construcción de sanatorios populares resultaron un verdadero fracaso al no encontrar el respaldo o financiación suficiente por parte de las autoridades. Dos asociaciones que surgieron paralelamente, y que sí tuvieron éxito, fueron la Asociación Antituberculosa Española, en Madrid, y el Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis en Barcelona. La primera fue la base del primer organismo oficial creado por el Estado español en 1906: *la Comisión Permanente de Lucha contra la Tuberculosis*. Esta Comisión estaba auxiliada en el aspecto administrativo por un Patronato de Señoras pertenecientes a la aristocracia y capitaneadas por las Reinas Victoria Eugenia y María Cristina. Su presidente fue Antonio Espina y Capó (1850-1930) y la Secretaría general estuvo ocupada, durante todo el periodo que existió dicha Comisión, por Bernabé Malo de Poveda (1844-1926)¹⁰.

Esta comisión se distinguió durante sus 17 años de existencia por su incapacidad de organizar la lucha, funcionando solamente con 100.000 pesetas de subvención estatal. Este organismo absorbió en 1907 al Patronato catalán que pasó a ser una comisión provincial más de la organización central. Su estrategia estaba basada en el establecimiento de Dispensarios, pero sólo llegó a construir tres unidades en Madrid y a subvencionar algunos centros en provincias.

La inactividad oficial hizo que surgiera en la capital del Estado una *Liga Popular Contra la Tuberculosis* que, con la instauración de una colecta callejera que se celebraba una vez al año, la «Fiesta de la Flor» o «Día de la Tuberculosis», consiguió unos ingresos superiores. Asimismo, surgieron en los años diez varias organizaciones exclusivamente femeninas cuyo objetivo fue la lucha contra esta enfermedad. La Federación Femenina contra la Tuberculosis en Barcelona y el Comité de Higiene Popular en Madrid estaban constituidos casi exclusivamente por maestras, médicas y esposas de facultativos y con una menor presencia de damas aristocráticas.

⁷ Cf. MOLERO MESA (1987) pp. 9-10.

⁸ La primera asociación se fundó en Viena por Von Schroetter en 1890 y en 1892 se creó la *Ligue ou Association Centrale Française contre la Tuberculose* y la *Pennsylvania Society for the prevention of Tuberculosis*. COURY (1972) p. 184.

⁹ MOLERO MESA (1990)

¹⁰ MOLERO MESA (1987)

La Dictadura de Primo de Rivera dio un nuevo impulso a la organización antituberculosa. Al igual que ocurriera con otros organismos, como la Cruz Roja, el *nuevo Real Patronato de Lucha antituberculosa de España*, tuvo un fuerte matiz monárquico. La nobleza, apartada de otras funciones, tomó amplias responsabilidades en la dirección de la lucha. Por su parte, los médicos que en esa época trabajaban en las instituciones oficiales se organizaron para reivindicar la remuneración de su trabajo y un mayor protagonismo organizativo, ya que responsabilizaban a la aristocracia del mal funcionamiento de la lucha. La respuesta del Patronato fue la creación de un Cuerpo Oficial de Tisiólogos, regido por un duro reglamento interno que recogía la expulsión de los miembros que se expresaran en contra de la marcha de la organización oficial.

Era tradicional en la Sanidad española el que ciertos servicios benéficos dependieran de los organismos provinciales. Hasta la promulgación del Reglamento de Sanidad provincial en octubre de 1925, no se obligó a las Diputaciones a asistir a los tuberculosos mediante instituciones especiales. No obstante, algunos años antes de la promulgación de dicho reglamento, la lucha antituberculosa tendría en estas instituciones dos exponentes de alto nivel, que contrastaría con la inactividad del resto de las provincias justo después del final de la primera Guerra Mundial. Por una parte, la Diputación de Guipúzcoa comenzó en 1907 unas gestiones encaminadas a construir un gran sanatorio que finalmente culminaría en 1920 con la inauguración de un centro dedicado a la infancia, el Sanatorio Marítimo de Gorlitz¹¹.

El otro caso que nos ocupa se refiere a la creación por la Mancomunidad de Cataluña de un servicio especial dedicado a la tuberculosis: el *Servei d'Assistència social dels tuberculosos de Catalunya* que, debido fundamentalmente a los logros de su director Lluís Sayé (1888-1975), llegaría a realizar una amplia labor en este campo. Entre sus realizaciones merece destacarse el hecho de ser de los primeros centros en incorporar enfermeras visitadoras, así como la utilización reglamentada de la BCG, habiendo sido Cataluña la primera nación, después de Francia, que adoptó esta práctica¹².

Con la instauración de la República la organización antituberculosa alcanzó su más amplio desarrollo. La principal novedad fue su estatalización, que se acompañó de un aumento considerable de los presupuestos destinados a luchar contra esta enfermedad. Las 250.000 pesetas anuales que la Dictadura dedicaba al Real Patronato se convirtieron, en 1933, en casi trece millones de pesetas, cifra que representaba un 41 por ciento del total del presupuesto sanitario. Por otra parte, la exigencia de conocimientos específicos sobre esta enfermedad a los médicos aspirantes a ocupar las vacantes asistenciales, propició de manera definitiva el reconocimiento de la Tisiología como especialidad independiente.

¹¹ ORNILLA BENITO (1972) pp. 6-8.

¹² CASASSAS I SIMO (1970) p. 344.

De esta forma, el Estado no siguió ninguna de las orientaciones que en aquel momento imperaban en Europa y Norte América y que consistían en auspiciar una Asociación privada que, en última instancia, era la encargada de gestionar e invertir los recursos estatales. Influyó en esta postura la consideración de la antigua organización como Monárquica y ligada a una tradición absolutista que la República se dispuso a desterrar. De hecho, el primer Director General de Sanidad, el socialista Marcelino Pascua, expulsó a todos los médicos del antiguo Real Patronato que no habían conseguido sus plazas por oposición (véase figura nº 2). En este periodo, los tisiólogos oficiales formarán parte del Cuerpo de Sanidad Nacional.

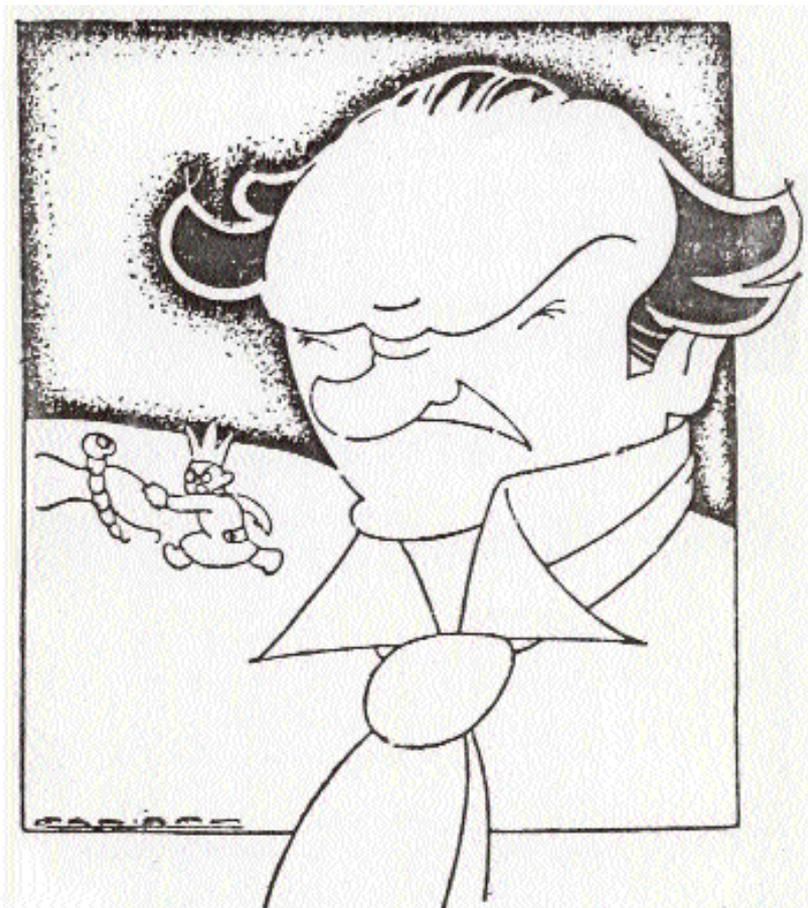


Figura 2.- Marcelino Pascua expulsando a los médicos del Real Patronato.
Fuente: *El socialista*, 29 de octubre de 1931.

2.2. Funcionamiento

Frente al afán de los poderes públicos de «sanear», imperante en siglo XIX

para evitar la enfermedad infecciosa, el carácter innovador de esta campaña en el aspecto sanitario estuvo caracterizado por: 1) tener como objetivo fundamental el prevenir la enfermedad, 2) actuar sobre la población de forma masiva, 3) tener un carácter simultáneo médico y social y 4) contribuir de forma definitiva a la creación de una nueva especialidad, la tisiología¹³.

La práctica sanitaria de la lucha estaba basada en la instauración de lo que se llamó «unidad antituberculosa». Dicha unidad estaba constituida fundamentalmente por el Dispensario, el Sanatorio y el Hospital para tuberculosos. En primer lugar, había que localizar al enfermo, tarea nada fácil pues la declaración obligatoria, instaurada en nuestro país en 1901 no se realizaba. La alternativa fue atraer espontáneamente al tuberculoso mediante un fuerte despliegue publicitario en el que se utilizaron todos los recursos disponibles en la época. El cartelismo, los «mítines sanitarios» y la educación sanitaria en las escuelas, se ampliaron posteriormente con el cinematógrafo y la radio.

Para conseguir que el enfermo acudiese al centro sanitario, la credibilidad de parte de esta propaganda se fundamentaba en que la tuberculosis podía curarse si era diagnosticada a tiempo. También el dispensario actuaba directamente mediante su labor de investigación social, como por ejemplo el reconocimiento de colectividades (colegios, cárceles) o explorando a los convivientes del enfermo.

Una vez en la institución, el sujeto era diagnosticado y clasificado dependiendo de la amplitud de sus lesiones, para imponerle, según estas, un régimen terapéutico adecuado. Si la evolución de la enfermedad estaba en su fase inicial, se le enviaba a un sanatorio para intentar su curación mediante el reposo, la sobrealimentación y el aire libre. Si sus lesiones, por el contrario, se consideraban «incurables» dado su estado avanzado, se le encamaba en los hospitales dentro de las llamadas «enfermerías». Esta labor, aparentemente clínica, tenía el valor profiláctico de aislar al enfermo de la sociedad.

Ahora bien, la imposibilidad de atender a todos los tuberculosos en estos centros de aislamiento hacía que el dispensario tomara el protagonismo que le correspondía: mediante la educación higiénica del enfermo y su familia se le imponía el régimen sanatorial en su propia casa. Al mismo tiempo se hacían las correspondientes investigaciones en la vivienda para estudiar sus posibilidades de mejora.

El dispensario fue considerado como la pieza clave de la práctica antituberculosa. Más numerosos que los sanatorios, debían estar ubicados en los barrios pobres, allí donde la tuberculosis era más frecuente. Entre sus principales funciones estaba el educar higiénicamente a los enfermos para que no transmitiesen la enfermedad y a los sanos para que aprendiesen a no contraerla. Pero educar higiénicamente a las clases populares necesitaba una estrategia definida, siendo fundamental, captar primero las simpatías del obrero asegurándose así su cooperación. Así, el

¹³ LERT (1982) p. 2075.

personal encargado de realizar las investigaciones familiares debía ser elegido entre la clase social más semejante a los enfermos, para que, consecuentemente, adquiriesen sobre la familia del tuberculoso la suficiente autoridad. De este modo se aseguraba que las normas higiénicas fuesen aplicadas con rigor. En este contexto, se entiende la transición de las «visitadoras del pobre» hasta convertirse en un cuerpo especializado de lucha antituberculosa con el nombre de Enfermeras visitadoras.

Desde que Verdes Montenegro inaugurara el primer dispensario en 1901 en Madrid, se fueron instaurando lentamente en España: en 1910, había tan sólo 13 dispensarios abiertos al público¹⁴ convirtiéndose, en 1919, en 18¹⁵. En la Dictadura, se aumentó su número, llegándose en 1928 a 33¹⁶. Entre 1931 y 1933 el Estado creó 35 nuevos dispensarios que con los ya abiertos y los dependientes de diputaciones y ayuntamientos sumaron alrededor de 66¹⁷.

Por su parte el sanatorio estaba dedicado, en su aspecto clínico, a la curación del enfermo y, en su vertiente profiláctica, al aislamiento y educación higiénica del mismo. Los sanatorios sólo debían recibir enfermos susceptibles de curación mediante el régimen higiénico-dietético (alimentación, reposo, aire libre), que se coadyuvaba mediante fármacos y recursos quirúrgicos (colapsoterapia). La popularización de estos centros y la creciente importancia dada al bacilo hizo que su evolución a partir de 1900 fuese en el sentido de dar más valor a la educación que a la terapéutica, por lo que la ubicación del sanatorio, que originalmente requería cierto clima y altura, dejó de ser problema, pasando a un segundo término¹⁸.

La construcción del sanatorio estaba en función de su estrategia curativa. Los pabellones eran alargados, con poco fondo y separados de manera que todas las habitaciones disfrutaran de las mismas condiciones de sol y aire. Además, para que pudiese efectuarse fácilmente la cura de reposo, estas habitaciones poseían una puerta que permitía a los enfermos salir a la galería sin apenas esfuerzo. La vida interna se conducía a través de una férrea disciplina y un horario rígido. A los enfermos se les entregaba una hoja con instrucciones que debían seguir a rajatabla, siendo motivo de expulsión su incumplimiento.

Los sanatorios infantiles estaban destinados a niños de 7 a 14 años que por su constitución enfermiza eran considerados como «predispuestos». Asimismo se admitía a enfermos de tuberculosis localizada (ganglionar, articular, ósea) que no fuese contagiosa. Los niños tras una estancia en la playa o en la montaña, ganaban peso y mejoraban de sus dolencias. Estos centros incorporaban también, junto al personal sanitario, maestras encargadas de su educación.

¹⁴ MALO DE POVEDA (1910) p. 67.

¹⁵ MALO DE POVEDA (1919) p. 10.

¹⁶ *LUCHA oficial contra la tuberculosis...* (1928) p. 40.

¹⁷ *SANIDAD en la República. Dos años de gestión* (1933) pp. 11-12.

¹⁸ MOLERO MESA (1993)

El hospital especial para tuberculosos fue considerado, tras el dispensario y el sanatorio, la «tercera arma» de la lucha antituberculosa. Su misión era el aislamiento de los enfermos en estado avanzado y la prestación de servicios médicos en los últimos días de su vida. La asistencia hospitalaria se realizó a través de lo que se llamó enfermería: pabellones independientes pero anexos a los hospitales generales. Algunas de estas enfermerías, incorporaban, como los sanatorios, galerías de reposo, por lo que se llegó a denominar a ciertos pabellones con características intermedias como Hospital-Sanatorio. Igualmente los hospitales generales dedicaron salas especiales para el aislamiento de estos enfermos.

Los distintos papeles que el sanatorio y el hospital debían jugar dentro de la «unidad antituberculosa» fueron evolucionando hasta igualarse en los años treinta. Por una parte, la progresiva transformación de los pabellones hospitalarios en pabellones de reposo. Y por otra, la creciente demanda de camas sanatoriales, favorecieron la unificación de las listas de espera para ambas instituciones. Este fenómeno hizo que oficialmente se reconociera como «sanatorio», no sólo a estos, sino también a las enfermerías y servicios para tuberculosos de los grandes hospitales.

Saber con seguridad el número de camas es muy difícil debido a la diversa dependencia patrimonial de los centros antituberculosos. Atendiendo a diversas fuentes, para el periodo republicano, y si consideramos que las diferencias de un año a otro no son muy significativas, podemos observar con claridad el fuerte centralismo que ejercían Madrid y Barcelona hacia el resto del Estado a la hora de distribuir los recursos asistenciales: en 1933, el 90 por ciento de las camas dedicadas a estos enfermos en Cataluña estaban localizadas en Barcelona (1.205 de 1.337). En 1935, Madrid acaparaba casi el 50 por ciento del total del Estado excepto Cataluña (1.187 de 2.500).

2.3. Fundamentos

Las diferentes campañas organizadas en todos los países occidentales comenzaron su andadura entre finales del siglo XIX y comienzos del actual, una vez que la transmisibilidad del bacilo estuvo demostrada. Ahora bien, podemos preguntarnos por qué precisamente en este periodo se orquestan todos estos movimientos profilácticos si la tuberculosis alcanzó su máxima frecuencia entre el último cuarto del siglo XVIII y mediados del XIX. Precisamente cuando la enfermedad se encuentra en regresión comienza en todo el mundo occidental la campaña antifélica. El reconocimiento de la tuberculosis como transmisible y por tanto como «evitable» fue, en efecto y como ha señalado Bryder, el detonante del movimiento¹⁹, pero a nuestro parecer el descubrimiento del bacilo por Koch no explica satisfacto-

¹⁹ BRIDER (1988) p. 2.

riamente el amplio desarrollo y la trascendencia que dicha campaña llegó a alcanzar, no sólo a comienzos de siglo sino en la segunda mitad de este.

En este sentido podemos anotar tres factores, además del estrictamente sanitario, que intervinieron en el origen y desarrollo de las campañas antituberculosas: el economicista, en el sentido de valorar como pérdida monetaria la vida del trabajador; el poblacionista, haciendo referencia a que una población sana y numerosa implicaba una eficacia nacional; y el evitar a través de esta campaña que la raza degenerara²⁰. Además, los factores políticos e ideológicos actuaron en varios sentidos. Por una parte, su valor de defensa social al actuar de nivelador de la desigualdad social. Y por otra, como instrumento de acción social, vehiculizando hacia los trabajadores una manera especial de entender la vida a través de la salud²¹.

2.3.1. Factores económico

El factor económico fue un argumento constante en el discurso antituberculoso. Siguiendo la tradición, nacida en Inglaterra, se cuantificó lo que, en términos monetarios, representaba la población de un país y, en consecuencia, las pérdidas financieras causadas por la enfermedad. Dicho cálculo se estimaba mediante la asignación de un valor en dinero a cada persona, por término medio. La vida de un obrero español a comienzos de siglo estaba valorada para algunos, en 2.100 pesetas²². Si a esto se sumaba lo que el tuberculoso dejaba de producir desde que caía enfermo y la plusvalía que además del sueldo producía su trabajo, la cifra ascendía a casi once mil pesetas, lo que representaba al año (considerando una mortalidad de 40.000) la cifra de 438 millones de pesetas que el Estado dejaba de ingresar²³.

Estos planteamientos hacían inevitable el considerar al obrero como una pieza más del engranaje de la producción y al tuberculoso como una máquina que había que reparar. En este sentido la labor del sanatorio estaría reservada a los enfermos con posibilidades de curación, justificándose su alto coste en el rendimiento que se obtenía al devolver a la sociedad a un peón recuperado para el trabajo.

Otra consideración económica fue la apuntada en las discusiones sobre la instauración del seguro de enfermedad en nuestro país, en el sentido de que la tuberculosis sería una carga insostenible para aquél.

2.3.2. Factores poblacionistas

Los factores demográficos, por su parte, venían dados no sólo por el alto

²⁰ RODRIGUEZ OCAÑA (1985) pp. 443-460.

²¹ MOLERO MESA (1999).

²² IGLESIAS Y CARRAL (1911) p. 8.

²³ VERDES MONTENEGRO (1902) p. 12.

índice de mortalidad que producía la tuberculosis sino además por rebajar, por decirlo de una forma gráfica, la «calidad» de la población. En este sentido los argumentos raciales dados por el movimiento eugenista, del que posteriormente hablaremos, también podríamos incluirlos en este apartado.

La lucha antituberculosa se justificaba por un objetivo demográfico, en el sentido de preservar el poder económico y militar de un país. En este contexto, también las campañas emprendidas en España contra la mortalidad infantil aspirarían con la “nacionalización del niño” a lograr una verdadera eficacia nacional. Este argumento podemos verlo reflejado en las distintas propuestas que se hicieron para que el ejército, formado con soldados sanos y robustos, reforzara el poder del Estado y su seguridad. Una de estas propuestas fue la de que se ampliara el cuadro de exenciones del servicio militar a aquellos reclutas que, además de ser cortos de talla (metro y medio), tuviesen un perímetro torácico disminuido (menos de 75 centímetros) y un peso inferior a 48 kilos. Los efectos de esta medida, que se aplicó en 1912, nos permite observar el nivel alimenticio de la población española dado que se tuvo que suprimir el peso de esta “tríada biológica” por el miedo del ejército a quedarse sin mozos para reclutar²⁴.

2.3.3. Factores raciales

Íntimamente ligado a estas consideraciones economicistas y demográficas se adujeron argumentos de tipo racial. Un grupo especial de higienistas se destacó por su especial empeño en denunciar la progresiva degeneración de la raza humana a través de la pervivencia de esta enfermedad. Esta tenía la propiedad de actuar sobre el organismo modificando sus componentes esenciales, lo que se traducía en alteraciones orgánicas y de la conducta. En este sentido, la degeneración moral del enfermo acompañaría a la física, que además, se perpetuaría y aumentaría a través de los enlaces matrimoniales. Consecuentemente, solicitaron que se prohibiera la unión entre tuberculosos, e incluso se llegó a aconsejar su esterilización. El afán eugenésico en nuestro país formó parte del espíritu regeneracionista de la época²⁵, ligado íntimamente con la ruina económica y la decadencia política de España, sobre todo a partir de 1898.

Este movimiento, basado en la creencia de la heredabilidad de la predisposición orgánica del mal, concedía toda la importancia al “terreno”, auspiciando con este tipo de medidas que el bacilo no germinara en cuerpos que previamente habían sido robustecidos y seleccionados. Podemos destacar la labor militante de este movimiento de Bernabé Malo de Poveda, que fue Secretario General de la Comisión Permanente de Lucha contra la Tuberculosis y director de la *Revista La Medicina Social Española*, publicación que defendió entre sus contenidos este tipo de argumentos.

²⁴ ESPINA Y CAPO (1918) pp. 270-271.

²⁵ ÁLVAREZ PELÁEZ (1985) p. 102.

2.3.4. Factores Políticos e Ideológicos

Finalmente señalaremos cómo intervinieron en este debate factores de índole político e ideológico. Ya hemos reseñado las visiones contrapuestas sobre la solución al problema tuberculoso según clase social. Las consideraciones sociales y ambientales en el origen de la tuberculosis estaban muy extendidas entre las clases populares. Por tanto, las organizaciones obreras, asumiendo el discurso de los higienistas en sus aspectos etiológicos, pretendían cambiar la sociedad en sus raíces, única vía para terminar con la miseria y su consecuente estela de enfermedad.

Las clases pudientes, por su parte, consideraban a los obreros seres incultos, inmorales, alcohólicos y estigmatizados por la tuberculosis, y por tanto, degenerados, además de subversivos. Por otra parte, la incipiente industria española, hacía que existiera una mayor interdependencia entre las distintas clases sociales. Los patronos necesitaban obreros con un grado mínimo de especialización a los que ajustar a las nuevas formas de producción.

En este contexto, la medicina social jugó un papel muy importante en el proceso de civilización, racionalización y disciplinamiento social de las clases populares.

En efecto, la medicina Social, que encontró un amplio desarrollo con la campaña antituberculosa, fue, según Labisch, un «instrumento de conversión», mediante el cual se despojó a la enfermedad de sus connotaciones políticas²⁶. Su pretendida neutralidad y científicidad la hacían más creíble que otras instituciones sociales, como la Iglesia o la justicia, muy desprestigiadas en estos años de crisis. En España, los médicos defensores de este movimiento, de estatus burgués, tuvieron como objetivo el reformismo social a través de la actuación sobre la clase proletaria, sin cuestionar el orden establecido, procurando la integración de los trabajadores a las nuevas formas de vida.

Gracias a la lucha antituberculosa, el concepto de «salud», presentado como una conquista de la civilización burguesa, llegó a convertirse en un término de gran potencialidad política, al proyectar modelos de formas de vida y conducta, modelos que, finalmente, serían asumidos por la clase obrera. Los lemas antituberculosos basados en teorías científicas y la autorresponsabilidad de los obreros calaron y modificaron las costumbres²⁷. Esto podemos verlo claramente en uno de los aspectos fundamentales de la campaña, la llamada «guerra al esputo». El escupir en cualquier parte se estimaba como una costumbre exclusiva de las clases populares y era considerada como principal causa de la transmisión de la enfermedad. Las medidas contra el esputo se aplicaron a todo el mundo, fuese tuberculoso o no. Así los métodos de coacción impuestos a los enfermos se extendían a toda la población, con tal de «modelar la masa social». La bacteriología despojó, en el contexto bur-

²⁶ Cf. LABISCH (1985)

²⁷ *Ibidem*

gués-liberal, a la enfermedad de su coartada ambiental en lo que colaboró, a corto plazo, la fuerte campaña antituberculosa²⁸.

La adopción por parte del proletariado de los patrones y normas de vida de la burguesía se hicieron, por tanto, a través del concepto de salud. Los intentos de acabar con la miseria y la incertidumbre de la duración de la propia vida mediante los Seguros sociales, aportó a los obreros un mínimo de seguridad. Los trabajadores en el proceso de civilización, de transformación del comportamiento, acabaron adoptando los patrones de conducta de la burguesía. En este contexto, se desarrolló una campaña antituberculosa contagionista basada en modificar las conductas y no las condiciones sociales. En definitiva contribuyó a colonizar a los trabajadores y a que estos asumieran el nuevo mundo industrial²⁹.

²⁸ RODRÍGUEZ OCAÑA, MOLERO MESA (1993)

²⁹ MOLERO MESA (1998) y MOLERO MESA (2001)

BIBLIOGRAFÍA

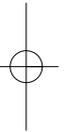
FUENTES PRIMARIAS

- ESPINA Y CAPO, Antonio (1918). Discurso en el Senado. Extracto oficial del “Diario de las Sesiones”. *Medicina Social Española*, 3, 269-274.
- ESPINOSA (1935). Intervención. En: *ACTAS del I Congreso Nacional de Sanidad. Madrid, 6-12 de mayo de 1934*. Madrid, vol. 1, p. 392.
- IGLESIAS Y CARRAL, Manuel (1911). Los dispensarios antituberculosos. Sus resultados prácticos en la preservación y curación de la tuberculosis. Madrid Suc. de J. A. García, 43 pp.
- LUCHA oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1924 a 1925* (1925). Madrid, Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, 73 pp.
- LUCHA oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1927 a 1928* (1928). Madrid, Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, 53 pp.
- MALO DE POVEDA, Bernabé (1910). Memoria del Visitador general de Dispensarios e Instituciones antituberculosas leída y aprobada en Junta de la Comisión Ejecutiva el 1 de agosto de 1910. En: *INSTITUCIONES antituberculosas*, Madrid, Publicaciones de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis, nº 4, Ministerio de la Gobernación, pp. 23-67.
- MALO DE POVEDA, Bernabé (1919). *La lucha contra la tuberculosis en España*. Madrid, Imp. “Alrededor del mundo”, 50 pp.
- SANIDAD en la República. Dos años de gestión* (1933). Madrid, Mº de la Gobernación, 70 pp.
- SUGRAÑES Y BARDAGI, F. (1919). Higiene Pública. Lucha antituberculosa. *La Medicina Ibera*, 7, nº 82, LXVII-LXVIII.
- VERDES MONTENEGRO, J. (1902). *La lucha contra la tuberculosis*. Madrid, Dirección General de Sanidad, Serie monográfica nº 1, 85 pp.

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

- ÁLVAREZ PELÁEZ, Raquel (1985). Introducción a la eugenesia española (1900-1936). *Quipu*, 2, 95-122.
- BRYDER, Linda. (1988). *Below the Magic Mountain. A Social History of Tuberculosis in Twentieth-Century Britain*. Oxford, Clarendon Press, 298 pp.
- CASASSAS I SIMO, Oriol (1970). L'obra sanitaria de la Mancomunitat de Catalunya. En: *ACTAS del I Congr s Internacional de Historia de la Medicina Catalana*, Barcelona, Scientia, vol. 4, pp. 341-344.
- COURY, Charles (1972). *Grandeur et d clin d'une maladie. La tuberculose au cours des ages*. Suresnes, Lepetit S.A., 264 pp.
- LABISCH, Alfons (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.
- LERT, F. (1982). Emergence et devenir du Système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940. *Soc. Sci. Med.*, 16, 2073-2082.
- MOLERO MESA, Jorge (1987). *Estudios Medicosociales sobre la Tuberculosis en la España de la Restauración*. Madrid, M° de Sanidad y Consumo, 377 pp.
- MOLERO MESA, Jorge (1989). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la Guerra Civil. *Dynamis*, 9, 185-224.
- MOLERO MESA, Jorge (1990). Francisco Moliner y Nicolás (1851-1915) y el inicio de la Lucha antituberculosa en España. *Asclepio*, 42, 253-280.
- MOLERO MESA, Jorge (1993). Los sanatorios para tuberculosos. *El Médico*, n° 501, 325-334.
- MOLERO MESA, Jorge (1998). Clase obrera, Medicina y Estado en la España del Siglo XX. Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889 y 1950. En: Castellanos, Jesús; Jiménez Lucena, Isabel; Ruiz Somavilla, M^a José; Gardeta, Pilar (eds). *La medicina en el siglo XX. Estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*. Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 221-228.
- MOLERO MESA, Jorge (1999). Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español. *Trabajo Social y Salud*, n° 32, 19-59.
- MOLERO MESA, Jorge (2001). "¡Dinero para la Cruz de la vida!" Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. *Historia Social*, n° 39, en prensa.
- ORNILLA BENITO, E. (1972). *Medio siglo de vida del sanatorio marino de Gorliz*. Bilbao, Ed. Elxpuru Hnos., 63 pp.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1985). Aspectos sociales de la Pediatría española anteriores a la Guerra Civil (1936-1939). En: Peset, J. L. (Ed.) *La Ciencia Moderna y el Nuevo Mundo. Actas de la I Reunión de Historia de la Ciencia y de la Técnica de los Países Ibéricos e Iberoamericanos (Madrid), 25 a 28 de septiembre de 1984*. Madrid, CSIC, pp. 443-460.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1987). *La constitución de la medicina social como disciplina en España. 1882-1923*. Madrid, Publ. Ministerio Sanidad, 280 pp.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MOLERO MESA, Jorge (1993). La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: Montiel, L. (Ed.) *La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico*. Madrid, Editorial Complutense, pp. 133-148.
- ZURITA GONZÁLEZ-VIDARTE, C. (1986). Nuestra lucha. *Enfermedades del Tórax*, 35, 47-52.



LAS ENFERMEDADES VENÉREAS: MORAL Y SEXUALIDAD EN LA MEDICINA SOCIAL ESPAÑOLA

RAMÓN CASTEJÓN BOLEA
Profesor Asociado
Facultad de Medicina
Universidad "Miguel Hernández"



INTRODUCCIÓN

Las estrategias desarrolladas para enfrentarse a las enfermedades venéreas en la España contemporánea se convirtieron en un importante apartado de la Medicina Social¹ y de la Administración Sanitaria. Las denominadas enfermedades venereosifilíticas constituyeron junto a la tuberculosis y el alcoholismo las «enfermedades sociales»² por excelencia. La valoración y percepción de estas enfermedades, las estrategias planteadas y sus realizaciones prácticas entraron a formar parte del corpus teórico y práctico de la Medicina Social.

A estas consideraciones se unían otras específicas derivadas de su modo de transmisión dominante por vía sexual. En efecto, la comprensión de este rasgo peculiar, además de conferirles su denominación de grupo, hizo que de modo general fueran fuertemente connotadas desde el punto de vista moral y muy a menudo percibidas como resultado de la transgresión de una norma sexual. De hecho, como ha señalado Roger Davidson, «la respuesta de la sociedad a las enfermedades venéreas ha demostrado ser un hilo central en esa red de discursos que han construido y regulado la sexualidad en la sociedad moderna»³.

Por ello, las respuestas sociales a las enfermedades venéreas y las políticas de Salud Pública contemporáneas en torno a este grupo de enfermedades han sido objeto de una investigación extensa⁴. En esa doble vertiente, como objeto de preocupación de la Medicina Social y la Administración Sanitaria y como parte fundamental del discurso médico acerca de la sexualidad, este trabajo pretende acercarse a las estrategias desarrolladas por la medicina española contemporánea para enfrentarse a las enfermedades venéreas.

1. EL MARCO REGLAMENTARISTA: PROSTITUCIÓN Y ENFERMEDADES VENÉREAS

Una de las principales claves de las políticas antivenéreas en la España contemporánea es la existencia de un sistema de reglamentación de la prostitución que se prolonga a lo largo de buena parte del siglo XIX y del siglo XX. En el siglo XVII, bajo el reinado de Felipe IV, se decreta la prohibición de la prostitución reglamentada⁵ tras más de dos siglos de ordenación prostibularia cerrando un largo periodo

¹ Entendemos por Medicina Social la Higiene Pública del siglo XX, tal como es definida en RODRIGUEZ (1987), p. 9.

² Ibid., pp. 23-6.

³ DAVIDSON (1997), p. 342.

⁴ Sobre las relaciones históricas entre las enfermedades venéreas y la moral, *c.f.*, por ejemplo TEMKIN (1977), pp. 472-84; FLECK (1986). Sobre el significado de las enfermedades venéreas y las respuestas sociales y médicas generadas en el siglo XIX y XX, véase especialmente: MORT (1987); EVANS (1992); DAVIDSON (1994); BRANDT (1987); CASSEL (1987); QUETEL (1990).

⁵ GUEREÑA (1998), II-XVI.

de aceptación de la organización del placer venal como un verdadero servicio social fundamentado en la protección del honor familiar y del orden social y familiar⁶. La inevitabilidad de la tentación, la irrefrenabilidad ante las exigencias del demonio de la carne, habían encontrado así un cauce para expresarse sin alterar el orden social y familiar⁷. Este periodo de cierre de las mancebías se prolongará hasta mediados del siglo XIX en que se redactan en España los primeros reglamentos que organizan a nivel municipal y provincial el sistema de “casas toleradas”.

La creciente preocupación que desde finales del siglo XVIII se detecta en muchas naciones europeas por las enfermedades venéreas debe enmarcarse en el contexto del interés de las naciones por la salud de sus poblaciones, por la salud de sus jóvenes y de sus ejércitos⁸. A estas preocupaciones no eran ajenas la presión por parte de las autoridades militares que abogaban por controlar sanitariamente a las prostitutas mediante la reglamentación. En España, conforme discurría el último tercio del siglo XIX, el discurso médico-higienista sobre la morbi-mortalidad de los infectados y sus consecuencias económicas y demográficas (con especial énfasis sobre las «generaciones venideras») fue adquiriendo tonos más dramáticos y alarmistas. Las cifras de incidencia y prevalencia de las enfermedades venéreas iban en aumento, aunque su fiabilidad fuera escasa y en casi todos los casos se utilizaran fuentes de otros países dada la inexistencia en el nuestro de registros fiables hasta ya entrado el siglo XX. Así, un higienista consideraba en 1886 que «la sífilis causaba por sí sola más estragos que todas las enfermedades contagiosa juntas»⁹. Este discurso de los médicos-higienistas incluía otras preocupaciones y ansiedades sociales. La extensión de las enfermedades venéreas se convirtió en un indicador de la ruptura de la norma sexual, de los ataques que sufría la familia y el matrimonio: «Y no es solo la Medicina la que está demandando la pronta desaparición de las enfermedades sifilíticas: lo exige también la moral, guardadora de la paz de las familias»¹⁰. Estas preocupaciones sobre la alteración del orden moral y sexual alentaban el programa moral como parte de las estrategias antivenéreas:

«Conveniente es, en consecuencia, proponerse á la regeneración de la moral pública y particularmente á la regeneración de los hombres; se deberá combatir todas las influencias deletéreas que se manifiestan en las costumbres, en

⁶ GUEREÑA (1997), p. 39; VAZQUEZ, 1997, pp. 277-317.

⁷ Agustín de Hipona en el *De Ordine* (II, IV, 2) ya establecía respecto a la fornicación con prostitutas el estatus de mal menor y de necesidad social. Los canonistas y eminentes teólogos de los siglos XIII y XIV tienden a excusar, apelando al bien común y al principio del mal menor, este comportamiento extramatrimonial. Tomás de Aquino, en *Summa Theologica* (2, 2q. 10 a 11c), siguiendo en esto un principio que puede remontarse a Aristóteles, señala la necesidad de las meretrices en las ciudades *qua mala peiora incurrantur*. Citado en VAZQUEZ (1997), pp. 298-99.

⁸ BULLOUGH (1987), pp. 192-196.

⁹ GELABERT (1886), p. 26.

¹⁰ PRATS (1861), p. 9.

las modas, en las artes, en la literatura, especialmente en los folletines de los periódicos y el teatro, [...] y por último esforzarse en ejercer la máxima influencia regeneradora en el dominio de la educación doméstica y de la instrucción pública»¹¹.

El debate contemporáneo sobre la prostitución encuentra el primer eco legislativo en la comisión de salud pública de las Cortes del Trienio Liberal que elaboró un Reglamento General de Sanidad, en el que los artículos 386 al 398 y 447 al 454 se ocupaban directamente de la regulación y penalidad en torno a la prostitución. Sin embargo este Reglamento no entraría en vigor. El debate cobraría fuerza en las páginas de la prensa médica durante la década de los 40 del siglo XIX enfrentando las posiciones partidarias de la reglamentación con las que defendían el prohibicionismo¹². Esta última postura era defendida por Pedro Felipe Monlau, el más notable higienista español del tercio central del siglo XIX, para quien, Moral e Higiene eran indisolubles¹³. Para este autor la misión del gobierno no era regular el vicio, sino educar a los hombres en la virtud y en la continencia y perseguir a la mujer que pretendiera prostituirse.

A pesar de la existencia de posiciones diferentes en cómo enfrentar el problema de la prostitución lo que era común a todos los higienistas era la construcción epidemiológica que situaba el foco de las enfermedades venéreas en la prostitución, en las prostitutas: «Todos o en su mayor parte están de conformes en que el verdadero germen y criadero de la sífilis reside en la prostitución»¹⁴. Esta idea que enlazaba las enfermedades venéreas a la prostitución y por tanto planteaba las respuestas médicas a estas enfermedades ligadas al control policial y sanitario de las prostitutas permanecerá vigente con el cambio de siglo y se adentrará durante el primer tercio del siglo XX. Como exponía el jefe de policía de la Sección de Higiene en Madrid en 1900:

«El contagio inmoral de la prostitución, y el contagio infectante de las enfermedades venéreas, son dos fenómenos patológicos correlativos que exigen medidas comunes de preservación y saneamiento. No es posible desligar la profilaxis médica de la profilaxis social. El vehículo humano de las enfermedades venéreas es la prostitución, y el verdadero peligro de esta dolencia moral, radica en la progresión de estas enfermedades»¹⁵.

En la práctica el modelo reglamentarista español tomó como referente a su homónimo francés, promocionado desde la Restauración y desarrollado bajo el esquema diseñado por el Dr. Alexandre Parent Duchayet. En España, el modelo se

¹¹ VIÑETA-BELLASERRA (1886), p. 57-8.

¹² Para una discusión más extensa sobre las distintas posiciones en torno a la prostitución entre los higienistas españoles a lo largo del siglo XIX, véase, GUEREÑA (1995), pp. 401-41.

¹³ ... MONLAU (1847), pp. 285-316.

¹⁴ ROSELLÓ (1883), p. 48.

¹⁵ ESLAVA (1900), p. 190.

mantendrá vigente exceptuando el periodo abierto por el decreto de 1935 hasta 1941, continuando hasta que el régimen franquista suprimió oficialmente las «casas toleradas» en 1956.

Desde los primeros reglamentos, el de Zaragoza de 1845 y el de Madrid de 1847¹⁶, el problema de la prostitución es abordado desde una perspectiva de orden público y sanitaria basada en la inscripción de las prostitutas en un registro, su inspección médica obligatoria con una periodicidad que variaba según los reglamentos y la hospitalización forzosa en caso de enfermedad contagiosa. Entre 1876 y 1899 las cifras de prostitutas inscritas en Madrid oscilaban entre 1.574 y 2.000. En Barcelona existían, en 1881, 1.022 inscritas; en 1884, 660 y para 1885, 688¹⁷. El modelo reglamentarista fue extendiéndose por todo el territorio español mediante iniciativas de los Gobiernos civiles y de los Ayuntamientos. En general el dispositivo reglamentarista dependía de los Gobiernos civiles si exceptuamos el periodo entre 1889 y 1892 en que dependió de los Ayuntamientos.

La prostituta, pues, se convertía en objeto de vigilancia e intervención por parte de policías y médicos. Considerada como el reservorio de la enfermedad venérea, la discriminación legal que suponían los reglamentos era justificada por un higienista encargado de los reconocimientos médicos porque «presentándose al descubierto y sin restricción, ofende la moralidad y el pudor público, ataca a la conciencia por el mal ejemplo, infringe la ley del trabajo, que no solo alcanza al hombre sino también a la mujer, y compromete la salud pública propagando enfermedades contagiosas»¹⁸. La asociación entre prostituta y enfermedad venérea quedaba manifiesta, por ejemplo, en un proyecto de reglamentación publicado en 1882 donde se consideraba circunstancia decisiva, para que una prostituta «clandestina» detenida fuera inscrita a la fuerza, el haber padecido enfermedad venérea¹⁹.

Por otra parte, el discurso abolicionista -con su protesta contra la discriminación de los reglamentos, de aplicación exclusiva a la mujer- no penetró apenas en el siglo XIX entre los médicos, y su repercusión fue también escasa en otros medios, incluidas las esferas políticas. En 1877 aparece una traducción de la obra de Josephine Butler, *Moralidad pública. Una voz en el desierto* y ese mismo año el republicano Manuel Ruiz Zorrilla figura como representante español en el primer Congreso Internacional de la Federación Abolicionista celebrado en Génova²⁰. En

¹⁶ GUEREÑA (1995), pp. 401-441. A estos siguen, sin ánimo de ser exhaustivos, los de Jerez (1855), Sevilla (1859), Alicante (1860), Santander (1862), Cádiz (1864), Valencia (1865), Barcelona (1867), Bilbao (1873), Zamora (1873), San Sebastián (1876), Avila (1881), La Coruña (1884), Granada (1884), Almería (1885), Málaga (1885), Lérida (1886), Albacete (1889), Burgos (1889), Murcia (1889), Pamplona (1889), Vigo (1889); GUEREÑA, 1994, pp. 307-14.

¹⁷ ... NAVARRO (1909), p. 113; SEREÑANA (1882), p. 190; RONQUILLO (1885), pp. 38-45.

¹⁸ MIGUEL (1877), p. 46.

¹⁹ SEREÑANA (1882).

²⁰ GUEREÑA (1994), p. 239.

1883, una representante de la International Abolitionist Federation, fundada por Josephine Butler en 1875, vino a España para crear una sección española y recabar apoyo para la abolición de la prostitución legalizada²¹. Pero no sería hasta los años 20 del siglo XX, con la fundación en Madrid en 1922, por los médicos Hernández-Sapelayo y César Juarros, de la Sociedad Española de Abolicionismo, con la propagación de la doctrina entre sindicatos y partidos de izquierda y el peso creciente de las organizaciones feministas, que comience a generalizarse en nuestro país la difusión masiva del credo que defendía el desmantelamiento del dispositivo reglamentarista²².

Al terminar el siglo XIX, España vivía una grave crisis económica, política y social. La catástrofe colonial de 1898 actuó como revulsivo de amplios estratos de la nación que se sentían frustrados. Como afirma Manuel Tuñón de Lara, la idea de que España necesitaba «regenerarse» es común a la mayoría de quienes piensan y se plantean el tema «España» en el último decenio del siglo pasado y principios del siglo XX²³. Esta aspiración tenía un importante componente sanitario, por cuanto la comparación con dichos países mostraba importantes deficiencias del lado español²⁴. Por otra parte, los movimientos migratorios y la urbanización iniciados a partir de la segunda mitad del siglo XIX²⁵, junto a los hechos sociales ocurridos en los últimos quince años del siglo XIX (aglomeraciones urbanas de origen industrial, nacimiento y desarrollo de empresas en el sector industrial y de la población asalariada que empleaban), estaban cambiando la realidad de España.

Es en este contexto histórico de preocupación por la regeneración nacional donde ve la luz en marzo de 1908 la primera norma legal de orden estatal referente a la prostitución y a las enfermedades venéreas, respondiendo a una situación «que afecta, no sólo a la existencia del individuo, sino a la conservación de la raza»²⁶. Esta primera regulación estatal de la prostitución venía a responder a lo estipulado en la Instrucción General de Sanidad de 1904, texto legal que sin rango de ley se mantuvo en vigor hasta 1944, sirviendo de marco efectivo para el desarrollo de los proyectos de modernización sanitaria²⁷. Dos elementos caracterizaron esta legislación frente a los reglamentos anteriores. De una parte, el intento de normalización de la reglamentación y del servicio de higiene de la prostitución en todo el Estado. De otra, la separación de los aspectos sanitarios propios del servicio de la «higiene especial», que quedaban en manos de la Comisión permanente de las Juntas provin-

²¹ SCANLON (1976), p. 239.

²² VAZQUEZ (1997), pp. 88-100.

²³ TUÑÓN (1977), pp. 57-78.

²⁴ RODRIGUEZ (1994), pp. 49-65.

²⁵ NADAL (1984). Madrid aumenta su población en el periodo de 1850 a 1900 de 281.000 a 539.000 habitantes, Barcelona de 178.000 a 533.000.

²⁶ SANIDAD NACIONAL (1909), pp. 118-119.

²⁷ RODRIGUEZ (1994), pp. 49-65.

ciales y municipales de Sanidad -siendo su jefe técnico respectivamente el Inspector provincial y municipal de Sanidad- y los aspectos de vigilancia y represión, que permanecían en manos gubernativas²⁸.

Esta separación de los aspectos sanitarios y de vigilancia policial era una aspiración médica y preparaba el camino a posteriores legislaciones de corte neoreglamentarista en las que el control del sistema reglamentarista quedaba definitivamente en manos de los higienistas. Los nuevos Inspectores provinciales y municipales de Sanidad, figuras consolidadas en la Instrucción General de Sanidad como responsables de la sanidad e higiene pública a nivel periférico, añadían así a estas funciones las del «Servicio de higiene de la prostitución»²⁹, quedando englobado el sistema reglamentarista en la estructura de salud pública estatal.

Para principios del siglo XX se introducen otros temas en el debate sobre las enfermedades venéreas. Las preocupaciones eugénicas³⁰ y degeneracionistas, la necesidad de una «regeneración» de la nación, plantean otras estrategias más allá del reglamentarismo. Algunos Inspectores provinciales de Sanidad propusieron ampliar la inspección sanitaria forzosa a otros grupos de población además de a las prostitutas: nodrizas, soldados y marineros, delincuentes en prisión, mendigos detenidos, obreros regimentados o contratados militarmente deberían someterse también a las revisiones obligatorias y al tratamiento obligatorio; se defiende el delito de contagio consciente y voluntario aplicado a toda la población y la puesta en marcha de estaciones de desinfección sexual en buques y cuarteles. A estas medidas se unirían otras de marcado carácter eugénico, como la prohibición del matrimonio para los que padecieran blenorragia hasta que no estuvieran perfectamente curados y para los de sífilis hasta que no pudieran transmitir la enfermedad ni a su cónyuge ni a su descendencia³¹. Otros extenderían esta medida a otras enfermedades: «Yo entiendo que tanto la Iglesia como el Estado deberían considerar como condición indispensable para contraer matrimonio la unión al expediente de un documento médico, en el cual se acredite el estado de salud o curación de ciertas enfermedades transmisibles ó legables por herencia, como el mal de la avería, tuberculosis, alcoholismo, etc.»³². Algunos se anticipan a legislaciones posteriores reclamando medidas coercitivas, como la declaración obligatoria y el tratamiento obligatorio para toda la población³³.

Sin embargo, el programa moral todavía jugaba un importante papel dentro del discurso médico sobre las enfermedades venéreas, como un catedrático de Med-

²⁸ Capítulo II (Juntas provinciales de Sanidad), art. 19 y 20; capítulo V (Inspectores provinciales de Sanidad), art. 38-9; capítulo X (Sanidad e Higiene Provincial), art. 146-7.

²⁹ De hecho, durante los primeros quince años sus funciones se limitaron a ésta y a la de Secretarios de las Juntas provinciales de Sanidad. RODRIGUEZ (1994), pp. 49-65.

³⁰ ALVAREZ (1988), pp. 179-204.

³¹ Ibid., p. 56-60.

³² LECHA (1907), p. 39.

³³ MOLLÁ (1908), pp. 385-392.

icina Legal comentaba en 1908: «No hay que dudarle, á la labor del sacerdote, del maestro, de la institutriz, hay que unir la del médico»³⁴.

2. LAS ESTRATEGIAS ASISTENCIALES: HEGEMONÍA DEL MODELO MÉDICO

Terminando la segunda década del siglo XX, las Bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venereo-sifilíticas publicadas en 1918 marcan una inflexión en las estrategias de lucha antivenérea. Constituyen el marco legal en la que ésta se va a desarrollar hasta los años 30 y pueden ser definidas como neoreglamentaristas, con un marcado control del dispositivo reglamentarista por parte de los médicos higienistas, los Inspectores provinciales y municipales de Sanidad, y los clínicos venereólogos. Aunque los aspectos policiales y de vigilancia estarán presentes en estas Bases, hay una voluntad explícita de centrarse en los aspectos sanitarios de la prostitución. Por ejemplo, el control por parte de los Inspectores de Sanidad de la designación de los médicos reconocedores de las prostitutas fue un tema que quedó reflejado en esta legislación pero que continuó generando tensiones con las autoridades gubernativas. En junio de 1918 se convocaron las primeras oposiciones para los ahora denominados «médicos de la profilaxis venérea», nombrándose 6 médicos en Madrid y 47 en Barcelona³⁵.

Junto a la estructura administrativa de los servicios antivenéreos, que integrados en las Inspecciones provinciales de Sanidad pasaban a depender entonces de la Inspección General de Sanidad (y a partir de 1922 de la reaparecida Dirección General de Sanidad), aparecen desde 1919 organismos sanitarios centrales específicamente antivenéreos. Así, en ese año se crea la Junta Permanente contra las Enfermedades Venéreas sin otras funciones que las consultivas. En 1922 se reorganiza creándose el Comité Ejecutivo de la Junta Permanente contra las Enfermedades Venéreas, con funciones de inspección y vigilancia de los servicios antivenéreos en todo el estado, pasando a denominarse en 1924 Comité Ejecutivo Antivenéreo (CEA). Este organismo contaba ya con capacidad presupuestaria y ese año distribuyó por primera vez el crédito que figuraba en los Presupuestos del Estado para la lucha antivenérea³⁶.

Desde el punto de vista asistencial, la legislación de 1918 ofreció el marco legal para el desarrollo del programa de dispensarios antivenéreos accesibles y gratuitos. Sin embargo, este programa, al igual que el resto de proyectos sanitarios, se encontraba limitado por la dimensión económica de los mismos. En 1920, el Ministerio de Gobernación asignaba en los Presupuestos del Estado 2'6 millones para

³⁴ LECHA (1908), p. 21.

³⁵ PEYRI (1934), p. 5.

³⁶ MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN (1925), p. 164.

Sanidad, pese a la inflación creciente, cuando en 1916 se habían asignado 2'5 millones de un total de gastos estatales superior a 1.460 millones³⁷. Hasta 1924 el estado no proveerá de fondos a los dispensarios antivenéreos. Ese año el crédito que figuraba en los presupuestos del estado para la lucha antivenérea era de 100.000 pesetas, adjudicándose 17.000 pesetas a los dos dispensarios de Madrid, 10.000 al sífilicomio de Barcelona (Hospital de la Magdalena) y 3.000 a cada uno de los dispensarios de capitales de provincia³⁸.

La primera consulta pública de enfermedades venéreas fue abierta en 1867 en el edificio del hospital de San Juan de Dios en Madrid, hospital tradicionalmente dedicado a enfermedades venéreas y de la piel. En respuesta a la legislación de 1918, en Barcelona se abren dos dispensarios en 1919 dependientes de la Junta provincial de Sanidad y en 1921 se abre uno en Madrid. Pero no será hasta 1924, ya en la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1929), cuando se inaugure el primer dispensario en Madrid que responde a la ideología médico-social y al discurso médico sobre la profilaxis venérea, el dispensario Azúa. En este dispensario quedaban explícitas tanto la línea de acción a desarrollar, «orientación social médico-sanitaria», como las funciones a realizar: «el tratamiento curativo de dichas afecciones, la esterilización terapéutica de los portadores de gérmenes y la función educativa y docente»; es decir, los elementos asistenciales, preventivos y educativos (dirigidos a los enfermos y a la población en general), junto a los docentes (dirigidos a los profesionales), enmarcados en una sola institución³⁹. La planta baja del edificio estaba dedicada a los hombres y la primera a mujeres, con puertas de entrada completamente diferentes y sistemas para preservar la confidencialidad de los enfermos. Durante el segundo semestre de 1924, el número de consultas realizadas de mujeres fue de 4.308 y el de hombres de 23.454. Cifras que contrastan con las del otro dispensario existente en Madrid que se dedicaba tradicionalmente a los reconocimientos de prostitutas. En este dispensario se realizaron en 1924 un total de consultas a mujeres de 25.609 (tratadas 3.582 y hospitalizadas 407) y el número de consultas de hombres se elevó a 20.844. Esta disparidad en las cifras de consultas entre los dos dispensarios muestran la desigualdad de género en el acceso a los recursos diagnósticos y terapéuticos. Una desigualdad también descrita en los centros de tratamiento para enfermedades venéreas en Gran Bretaña a finales de la primera década del siglo XX⁴⁰.

La disponibilidad de un tratamiento eficaz para la sífilis desde el descubrimiento en 1909 por Paul Ehrlich del salvarsán o 606 había abierto la puerta a una estrategia basada en el tratamiento accesible, gratuito y confidencial a los enfermos. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, la falta de recursos economi-

³⁷ RODRIGUEZ (1994), pp. 49-65.

³⁸ MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN (1925), p. 164.

³⁹ Ibid., p. 160.

⁴⁰ EVANS (1992), p. 427.

cos lastraría esta estrategia. Para 1924, había 30 dispensarios dependientes de las Inspecciones provinciales de Sanidad. La comparación con países de Europa no nos era muy favorable. En Francia en 1923 funcionaban casi 200 dispensarios y en el Reino Unido en 1920 había 190 centros de tratamiento⁴¹.

El número de dispensarios seguiría creciendo en los años siguientes. Para 1928 había alcanzado la cifra de 56⁴² aunque la variabilidad entre ellos en cuanto a recursos físicos y medios diagnósticos era muy grande. Los de Barcelona, por ejemplo, en 1929 carecían de laboratorios propios. Además muchos de ellos (17 en 1928) continuaban dedicados exclusivamente al reconocimiento y tratamiento de prostitutas. A pesar de esta permanencia de dispensarios dedicados exclusivamente al dispositivo reglamentarista, con la consiguiente persistencia de la asociación entre dispensarios antivenéreos y prostitución, lo que suponía que las mujeres que se acercaban a ellos podían ser asimiladas a la prostitución, la tendencia en Madrid a finales de los años 20 en número de consultas refleja un incremento de uso por parte de mujeres y niños. Por ejemplo, las consultas en el dispensario Azúa en el año 1929 fueron de 31.691 para las mujeres, 887 para los niños y 53.753 consultas para los hombres⁴³, cifras que comparadas con las de 1924 muestran un ascenso importante en el número de consultas realizadas a mujeres. Esta tendencia ascendente en el uso de los servicios antivenéreos por parte de las mujeres y de los niños sugiere que, al menos en algunos grandes núcleos de población, las estrategias para captar a la población y facilitar el acceso al tratamiento confidencial y gratuito estaban dando resultados. Sin embargo, esta situación no era ampliable a todas las grandes ciudades. En Barcelona, por ejemplo, no se suministró tratamiento gratuito hasta 1931.

Bertoloty, médico de los servicios antivenéreos en el dispensario Martínez Anido, recogía en un artículo de 1931⁴⁴ que todas las capitales de provincia, 52, contaban con dispensarios antivenéreos. Algunas como Madrid, Barcelona, Baleares, Murcia, Sevilla y Logroño tenían dos dispensarios. 58 dispositivos asistenciales en las capitales de provincia, a los que había de sumar 15 en los distritos rurales, alcanzando la cifra de 73. Dieciocho dispensarios de capitales de provincia contaban ya con laboratorio propio, quince utilizaban el provincial y el resto, veinticinco, los servicios municipales.

A éstos había que añadir las consultas públicas y gratuitas de las Facultades de Medicina -diez en 1931-, y en Madrid y otras ciudades las consultas establecidas por la Cruz Roja (en Madrid además del Hospital de San Juan de Dios, el del Buen Suceso y el de San José y Santa Adela, dependiente de la Cruz Roja, tenían establecidas consultas venereológicas).

⁴¹ QUETEL (1990), pp. 176-177; EVANS (1992), p. 431.

⁴² COMITÉ EJECUTIVO ANTIVENÉREO (1928), p. 12-66.

⁴³ BERTOLOTY (1931), pp. 530-50.

⁴⁴ BERTOLOTY (1931).

Durante el periodo republicano en que Marcelino Pascua estuvo al frente de la Dirección general de Sanidad (abril de 1931-1933) se crearon 31 dispensarios en localidades de diferente entidad poblacional⁴⁵, con lo cual la cifra de dispensarios en todo el estado se situaba en 104. En 1934 esta cifra había aumentado hasta 116. Sin embargo, esta tendencia ascendente se vio truncada en 1935, por una orden de 1 de julio en la que, basándose en criterios de racionalización, se suprimieron 21 dispensarios⁴⁶. De ellos, 16 habían sido creados por la República y los otros cinco eran anteriores.

El decreto de 28 de junio de 1935 había reforzado el papel de los médicos rurales como representantes de la Lucha Oficial Antivenérea en las poblaciones donde no existiesen dispensarios, facilitándoles medicación gratuita y obligándoles a asistir a cursos para unificar criterios terapéuticos y actualizar sus conocimientos. De esta forma, entendía la administración sanitaria central, era posible asegurar la asistencia y el tratamiento en núcleos más pequeños de población con una disminución de los costes. Además, el dispensario antivenéreo continuaba siendo poco atractivo para muchos enfermos.

Así lo admitían, en 1934, Bravo y Fernández de la Portilla, médicos de los dispensarios de Madrid:

«En las poblaciones pequeñas -sin excluir a las capitales de segundo y tercer orden- es más difícil conseguir que los enfermos venéreos -a excepción de las prostitutas profesionales e inscritas- acudan al Dispensario. El hecho de figurar éste como tal y en edificio propio ahuyenta a no pocos enfermos, que tienen un natural reparo de ser vistos por amigos o conocidos en un centro antivenéreo»⁴⁷.

Los Centros secundarios de Higiene rural, como reconocían estos mismos autores y expresaban sus estadísticas, estaban realizando también diagnósticos de enfermedades venéreas y participando de esa manera en la lucha antivenérea. Parece pues, que se asiste, poco antes de la Guerra Civil, a un estancamiento de la tendencia ascendente en la creación de dispensarios antivenéreos. Tres factores, al menos, explicarían esta nueva situación: a) factores económicos -no era asumible construir un dispensario en cada población-, lo cual obligaba a buscar estrategias de menor coste; b) factores relacionados con la estigmatización de estas enfermedades

⁴⁵ MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN (1933), pp. 15-16.

⁴⁶ En la parte expositiva de la Orden se decía que muchos de esos establecimientos «dan rendimiento poco estimable en comparación con su coste, lo cual redundaba en detrimento de la eficacia de la Lucha Antivenérea, porque a la subsistencia de estos Dispensarios se sacrificaba la posibilidad de dotar decorosamente otros de utilidad manifiesta, cuyas dotaciones no pueden mejorarse por la limitación de los créditos presupuestarios; siendo evidente la conveniencia de suprimir los primeros para mejorar los segundos».

⁴⁷ ... BRAVO (1934), p. 950. La cursiva es mía.

-prostitución, sexo ilícito, transgresión de la norma- y la percepción social (fundamentalmente en los núcleos urbanos más reducidos y en los rurales), que continuaba uniendo estos servicios a los antiguos y, todavía existentes, reconocimientos de prostitutas, lo que planteaba la dificultad de captar a más población; y c) la tendencia de la propia administración sanitaria a la construcción de centros sanitarios más interdependientes e integradores de diferentes patologías y actividades.

Así lo expresaban Duades Valls y Cuesta Almonacid, médicos clínicos del dispensario antivenéreo de Chamartín de la Rosa (Madrid), en el XXV aniversario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía (mayo de 1934):

«Refiriéndonos exclusivamente a la Lucha Oficial, estimamos de gran importancia que se desenvuelva al unísono de los servicios antituberculosos, puericultura, higiene prenatal, antipalúdicos, etc., por ser el modo más práctico para descubrir la sífilis ignorada, la sífilis terciaria, la heredosífilis, la lepra, etc., y sobre todo para que estos servicios profilácticos, abarcando los núcleos familiares por mediación de las enfermeras visitadoras, sean más útiles por su gran expansión, dentro de la máxima economía para la Hacienda de nuestro país»⁴⁸.

No sabemos cuál fue la tendencia durante el periodo de la Guerra Civil ni durante el franquismo de la postguerra, aunque es probable que el previsible incremento de las tasas de morbilidad de las enfermedades venéreas durante la guerra volviera a poner sobre el tapete el programa de dispensarios antivenéreos o alguna estructura de carácter más móvil dedicada a estas enfermedades⁴⁹.

Al igual que en otras de las más importantes campañas médico-sociales de la época, las campañas contra la tuberculosis y contra la mortalidad infantil, la campaña antivenérea empleó un nuevo espacio médico, llámese consultorio, dispensario o centro de higiene, que se introdujo en el tejido urbano con una agresividad desconocida y perdurable. Desde este espacio médico, la educación se convirtió en arma decisiva para la extensión de las prácticas higiénicas, para el cambio de los comportamientos populares⁵⁰. No hay que olvidar que la Higiene Pública, desde el

⁴⁸ DAUDENS (1934), p. 897.

⁴⁹ Durante la Guerra Civil, en la zona franquista, se desarrolló efectivamente un sistema de dispensarios. «El sistema seguido fue la creación de pequeños dispensarios a sugerencia del catedrático de Valladolid doctor Sáinz de Aja, para acoger a los militares infectados, los cuáles, caso de precisarlos, eran enviados a un dispensario de sector». MASSONS (1994), tomo II, pp. 499-500. Por ejemplo, durante el cerco de Madrid el ejército rebelde contaba con un dispensario en el frente del Jarama, otro en Pinto y otro en el Puente de Leganés. Los casos más complicados eran derivados al dispensario de Getafe, a cargo de Jaime Peyrí Dalmau, hijo del catedrático de Barcelona Jaime Peyrí. Cuando posteriormente este médico fue trasladado a Navalcarnero, se trasladaba dos veces por semana a Arroyomolinos, donde se encontraban 40 o 50 prostitutas marroquíes traídas expresamente para las tropas «moras» de aquel sector. Si en los reconocimientos se hallaban infectadas, eran devueltas a Marruecos.

⁵⁰ RODRIGUEZ (1993), pp. 133-48.

momento de su constitución como saber médico y social entre finales del siglo XVI-II y comienzos del XIX, tuvo una dimensión concreta como programa de moralización de los trabajadores⁵¹. Una parte importante de la propaganda antivenérea así como la acción de vigilancia y control de enfermeras visitadoras e instructoras sociales se realizará desde el dispensario antivenéreo.

El dispensario, además de recibir el apoyo del reformismo social y posibilitar una intervención más cercana sobre la población, fue apoyado unánimemente por los médicos higienistas y los clínicos venereólogos. De hecho se convirtió desde principios del siglo XX en una reivindicación de estos dos grupos de profesionales, aunque algunos clínicos venereólogos veían a los dispensarios como una competencia desleal para sus consultas privadas y pidieran que solamente se tratara gratuitamente a los pacientes realmente pobres. Para la especialidad de venereología, especialidad ligada a la dermatología, los dispensarios se convirtieron en espacios donde consolidar su saber especializado y aportaron un número importante de pacientes para su práctica y su investigación. Fueron igualmente utilizados como espacios docentes desde mediados de los años 20, coincidiendo con su desarrollo⁵².

3. LAS TENSIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS VOLUNTARISTAS Y LAS ESTRATEGIAS COERCITIVAS: EL TRIUNFO DE LA DEFENSA SOCIAL EN LOS AÑOS 30

En febrero de 1926, el dermatovenereólogo Lancha Fal presentaba a la Academia de Ciencia Médicas de Córdoba su comunicación: «Algunas consideraciones sobre profilaxis venérea». En plena Dictadura de Primo de Rivera (1923-1929), sus palabras eran: «Dos medios hay de imponer una doctrina: el apostolado y la dictadura [...] en España el apostolado viene de fracaso en fracaso, y no queda más remedio para imponer las medidas profilácticas contra las enfermedades venéreas, que una enérgica dictadura»⁵³. El camino hacia una legislación antivenérea más coercitiva para las libertades individuales en aras de la defensa del cuerpo social o, como decía Lancha Fal, «que sea una garantía para el porvenir de nuestra raza, de esta raza inmortal», venía siendo abonado durante los años de la Dictadura.

En 1928, el delito de contagio venéreo fue introducido en España con el Código Penal de la Dictadura de Primo de Rivera. Tuvo, sin embargo, una vida breve, lo que duró el Código Penal (1928-1932). Esta figura fue ampliamente uti-

⁵¹ RODRIGUEZ (1992), pp. 383-406.

⁵² SECCIÓN DE NOTICIAS (1925), p. 283. El curso incluía trabajos de laboratorio y consultas en el dispensario. El primer curso correspondió al 1923-24. Los cursos se continuaron realizando, al menos, los años 1927-28, 1928-29 y 1930-31; DAUDENS (1934), pp. 891-904.

⁵³ LANCHA (1926), pp. 507-21.

lizada en la Europa continental, a diferencia de Gran Bretaña, lo que probablemente se explique, en base a los diferentes puntos de vista sobre la sexualidad, sobre el rol del Estado en la vida diaria y sobre las libertades individuales⁵⁴. Suponía, de hecho, la criminalización de la transmisión de las enfermedades sexuales. Sin embargo, no era de fácil aplicación. Como escribía el venereólogo Bertoloty en 1934: «el delito sanitario es una ficción, por la razón fundamental de la dificultad insuperable de la prueba». Aquellos que lo defendieron creían, posiblemente, más en su capacidad disuasoria sobre los enfermos que en su eficacia para disminuir la transmisión. En última instancia, los escasos casos de denuncia que se produjeron durante su existencia, así como la falta de un apoyo médico unánime, cuestionaron su eficacia y conveniencia. De tal forma que el delito de contagio venéreo no volvió a aparecer en la legislación⁵⁵.

Las Bases para la reorganización profiláctica de la lucha antivenérea, aprobadas por R.O. de 27 de mayo de 1930 durante el gobierno intermedio de Berenguer a la caída de la Dictadura, fueron el marco legislativo para la aplicación de las medidas coercitivas. Estas Bases establecían la obligatoriedad del tratamiento, bien de manera privada o en un establecimiento público, a toda persona afecta de enfermedad venérea. Los padres o tutores de los menores quedaban obligados a asegurar el tratamiento de éstos. Los médicos debían comunicar a los enfermos en periodo de contagio que si éstos abandonaban al tratamiento, lo pondrían en conocimiento de las autoridades sanitarias a menos que tuvieran constancia que, en un plazo de cuarenta y ocho horas, lo continuaban con otro facultativo. Aquellos enfermos contagiosos que no se sometieran a tratamiento con regularidad, o aquellos cuyo tratamiento extrahospitalario durante la fase de máxima contagiosidad constituyera un peligro social, podrían ser hospitalizados forzosamente por las autoridades sanitarias. Aquellos enfermos que no cumplieran con el tratamiento forzoso podrían ser obligados a reconocerse por un médico de la «Lucha Oficial Antivenérea», y en su caso a la hospitalización forzosa. Todos los enfermos venéreos quedaban obligados, si el caso lo requería, a un examen médico periódico. Las enfermeras visitadoras quedaban encargadas de descubrir los focos de contagio y, si era posible, persuadirles para que recibieran tratamiento. Estas enfermeras tenían también funciones educativas —«ilustrar á las muchachas inexpertas y á las mujeres ignorantes acerca de los peligros de que han sido contagiadas»— y podían ser también destinadas a los «Hogares para Jóvenes abandonadas ó vergonzantes»—. Por lo tanto, estas enfermeras visitadoras combinaban la tradición educativa y caritativa de las «damas visitadoras» con el conocimiento científico especializado⁵⁶.

⁵⁴ MEYER (1991), pp. 549-64.

⁵⁵ CASTEJÓN (1997), pp. 203-218.

⁵⁶ ... En España, la función de las enfermeras visitadoras nació con los estudios de Puericultura. BERNABEU (1995), pp. 151-76.

No recogían, sin embargo, estas Bases la declaración obligatoria de enfermedad sino que el médico debía informarse de las fuentes de contagio y transmitir a las autoridades sanitarias la información que el paciente le quisiera comunicar, lo que se denominaba «declaración condicional». Se prohibía a todos los médicos el tratamiento por correspondencia y se prohibían los anuncios de supuestos métodos curativos.

Estas estrategias coercitivas respondían a la presión ejercida por los higienistas o médicos sociales y los clínicos venereólogos. En la elaboración de la R.O. colaboraron destacados miembros de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía (AEDS) y suponía la ampliación a toda la población de las medidas coercitivas para asegurar el control y el tratamiento de los enfermos. Estas estrategias suponían un cambio en la construcción epidemiológica de la enfermedad e implicaban la aceptación del hombre como «vector de contagio» entre los «reservorios» constituidos por las prostitutas y el resto de la sociedad, principalmente las «víctimas inocentes» (mujeres casadas y niños). De igual forma, se aceptaba implícitamente que el reglamentarismo no había sido capaz de contener la incidencia de enfermedades venéreas, entre otras razones, porque no era capaz de controlar a las prostitutas «clandestinas», principal fuente de contagio en la construcción epidemiológica de muchos higienistas y venereólogos.

El modelo reglamentarista había entrado, pues, en crisis y tenía sus días contados. En 1932, se frustra un proyecto de Ley abolicionista en el que participaron destacados venereólogos y el prestigioso jurista Luis Jiménez de Asúa. El proyecto generó debates en el seno del Consejo Nacional de Sanidad en torno al tratamiento obligatorio y a la declaración obligatoria de enfermedad.

La presión sobre el reglamentarismo seguía aumentando. En mayo de 1932, las abolicionistas de Madrid, con el apoyo del psiquiatra César Juarros, dedicaban una semana a la propaganda de sus ideas ante la lentitud del Ministerio de la Gobernación para decretar la abolición del reglamentarismo. La mayoría de los médicos de la Lucha Oficial Antivenérea, al menos en Madrid y las grandes ciudades, se mostraban abiertamente abolicionistas⁵⁷. El 28 de junio de 1935 vio la luz el decreto que suprimía la reglamentación en España, cerrando un periodo que se había iniciado a mediados del siglo XIX. Este nuevo marco legislativo mantenía la posibilidad de reconocimiento médico periódico cuando las autoridades sanitarias lo consideraran y la hospitalización forzosa si era necesario.

Estas estrategias coercitivas coexistieron con el desarrollo de otras de corte voluntarista que a partir de finales de los años 20, y con la llegada de la II República en 1931, encontraron un contexto político más receptivo. Al desarrollo del programa asistencial había que añadir la difusión de medios de profilaxis individual, los medios de propaganda antivenérea y la educación sexual antivenérea. El CEA declaraba en 1928:

⁵⁷ FERNÁNDEZ (1930), p. 49.

«Bien claramente hemos procurado decir que la extinción de la sífilis no es sólo un problema de ciencia, sino también de cultura [...] A la profilaxis por el tratamiento debe acompañar el empleo de la propaganda sanitaria por todo género de medios, consejos, cine, carteles, conferencias de radiotelefonía, folletos, dibujos, etc».

A tal efecto, ese año de 1928 se abre, dentro del dispensario Martínez Anido en Madrid, una oficina de propaganda sanitaria y social⁵⁸ bajo la dirección del clínico venereólogo Julio Bravo, donde se centralizaron todos los asuntos relacionados con la propaganda de la lucha antivenérea. En 1929, la oficina había editado y repartido 18.000 carteles. Anteriormente el CEA había repartido carteles al menos desde 1927. Estos primeros carteles mostraban a mujeres que, tras su ofrecimiento carnal, mostraban a la muerte en plano posterior⁵⁹. Los carteles editados a partir de 1928, cuyo texto y composición eran de Julio Bravo, planteaban una temática más amplia que los de 1927. Una visión que no se ceñía a avisar al varón de los peligros que se escondían al frecuentar prostitutas o mujeres de «conducta ligera». Las temáticas se centraban en la responsabilidad del hombre y la obligación de cuidar de la familia, la sociedad y la raza. Esta obligación quedaba reflejada en el cartel «Tu salud no es solo tuya», donde se mostraba a la esposa y al niño, las posibles víctimas inocentes de una conducta irresponsable. Los carteles insistían en la cuestión del autocontrol y de la abstención sexual del varón; nuevos valores que rompían la doble moral sexual que permitía una moral sexual diferente para cada sexo. Estos nuevos valores, que los abolicionistas defendían ardientemente, recibían el apoyo de sectores feministas:

«el médico hace mal, cuando en general se atiene exclusivamente a difundir los peligros de índole sanitaria, apartándose de aquellas nociones de responsabilidad moral que no son opuestas en nada a sus exposiciones científicas y que son necesariamente, en cambio, el complemento para que la juventud a quien van dirigidas, comprenda que hay algo más que el derecho a ser sano, que hay también el derecho a ser puro»⁶⁰.

Igualmente, en el Ejército y en la Armada las críticas a la eficacia de los métodos de profilaxis química, que habían sido obligatorios en la Armada desde 1914⁶¹ y penalizada su inobservancia, coincidieron con el auge de nuevas estrategias basadas en la disminución del contagio. Esta se fundamentaba en la capacidad

⁵⁸ Esta oficina, la primera que conocemos en España específicamente dedicada a la propaganda sanitaria, influyó probablemente en la creación en 1933, durante la Segunda República, de una sección de higiene social y propaganda en la Dirección General de Sanidad.

⁵⁹ Erika Borney ha sintetizado estas imágenes en la ecuación: mujer-vicio-enfermedad-muerte. BORNAY (1990), p. 246.

⁶⁰ CAMPOAMOR (1929), pp. 335-60.

⁶¹ ... Desde 1916, a la profilaxis individual obligatoria se añadió el castigo para los que se infectaban sin haber realizado las prácticas preventivas obligatorias. MONMENEU (1917), pp. 355-68, 493-515, 611-26.

que debía tener el varón para alejarse de la «tentación», es decir, un cambio en las concepciones sobre el irresistible impulso sexual de éste y la idea de la abstención sexual como fuente de salud.

Como parte de la campaña de propaganda antivenérea en 1928 se realiza la película *La terrible lección*, bajo la dirección de Fernando Delgado y por encargo del CEA, que constituye el primer documento cinematográfico conservado de propaganda sanitaria en España del que se tiene noticia.

La terrible lección era un documental de ficción, estructurado en cuatro actos y un epílogo. Epílogo al que podíamos denominar «Rosas sin espinas», un canto al amor limpio, legítimo y por tanto sin consecuencias mórbidas. La confluencia en la campaña antivenérea de los postulados de la Medicina Social y los avances científico-técnicos de la Venereología y de la medicina de laboratorio aparecen explícitos a lo largo de la película. Luis, el protagonista de la película, sucumbirá a las atracciones del amor ilegítimo reflejado en las relaciones esporádicas con mujeres de dudosa moralidad. Imágenes que reflejan esa construcción de la lucha antivenérea denominada «prostitución clandestina», lugar designado para estigmatizar a las mujeres sexualmente activas, principal reservorio de la enfermedad en la construcción epidemiológica de la época. Luis, enfermo, se convertirá en vector de la enfermedad y faltando a sus deberes familiares y sociales hará recaer su desgracia sobre las «víctimas inocentes»: su mujer y su hijo. Pero, si bien él pagará con su vida su error, su mujer, Lupe, y su hijo contarán con el auxilio del Estado previsor y de sus organismos de la lucha antivenérea que aliados con las armas científico-técnicas de la Medicina les devolverán la salud y la alegría.

La medicina con sus inmensos recursos técnicos hacía posible la curación de la enfermedad. Pero era necesario romper el pacto de silencio que rodeaba a las enfermedades venéreas. Es aquí donde la Medicina Social hacía sus propuestas a través de la educación sanitaria para un cambio en las relaciones entre padres e hijos: de la severidad y la inflexibilidad a la comunicación y a la comprensión, de la ocultación a la discusión abierta. El conocimiento de los peligros inherentes al sexo ilegítimo se convertía en instrumento para evitar la difusión de estas enfermedades. De esta forma, pensaban, se favorecerían unas relaciones sexuales legítimas y por tanto libres de enfermedad.

La terrible lección es un ejemplo de las respuestas médicas dentro de las estrategias voluntaristas frente a las enfermedades venéreas que incluyeron medidas educativas y de incremento de la cultura sanitaria a través de la propaganda. Sin embargo, en España, la implantación de medidas coercitivas (a partir de la legislación de 1930) dejó claro la escasa confianza de las autoridades sanitarias en estas medidas. De otra parte, la realidad de las prácticas educativas encontraba la resistencia de la derecha católica que contemplaba con recelo una pedagogía sexual implantada por un estado laico⁶² que la relegó mayoritariamente a determinadas

⁶² VÁZQUEZ (1997), p. 154.

poblaciones y espacios (militares, burdeles, dispensarios) y limitó sus contenidos fundamentalmente a alertar sobre los peligros del sexo⁶³, consolidando la moral sexual dominante y estigmatizando a las mujeres sexualmente activas, que continuaron siendo consideradas el «reservorio» de la enfermedad.

⁶³ VAZQUEZ (1997), p. 170.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- BERTOLOTY, R. (1931). La organización antivenérea en España. *Actas Españolas de Dermatología y Demografía*, 23, 30-50.
- BRAVO, J. y FERNÁNDEZ DE LA PORTILLA, J. (1934). Estado actual de la lucha antivenérea en España. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 26, 948-957.
- CAMPOAMOR, C. (1919). Protección social a las menores. *Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía*, 4, 335-60.
- COMITÉ EJECUTIVO ANTIVENÉREO (1928). *Algo de su labor en la lucha contra las enfermedades venéreas. Dispensarios y Sifilocomios*, Madrid, Imprenta Clásica Española
- DAUDENS VALLS, CUESTA ALMONACID (1934). Proyecto de organización de la enseñanza, ejercicio e instituciones dermosifiliográficas de España. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 26, 891-904.
- ESLAVA, R.G. (1900). *La prostitución en Madrid: apuntes para un estudio sociológico*, Madrid, Vicente Rico.
- FERNÁNDEZ DE LA PORTILLA, J. (1930). *La lucha antivenérea en España (diez años de experiencia)*, Madrid, Gráfica Universal.
- GELABERT, E. (1886). *De la prostitución, en sus relaciones con la Higiene, en el doble concepto de la profilaxis de la sífilis y de la reglamentación. Discurso leído en la sesión inaugural ... en 14 de enero de 1886 ... Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña*, Barcelona, Est. Tip. De los Sucesores de N. Ramirez y C.
- LANCHA FAL, R. (1926). Algunas orientaciones sobre sanidad antivenérea. *Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía*, 2, 507-21.
- LECHA y MARTÍNEZ, L. (1907). *La Avariosis (léase sífilis) como enfermedad social. Discurso leído en la Universidad de Valladolid en la solemne inauguración del curso académico de 1907 a 1908 por el Dr...*, Valladolid, Tip. y Casa Editorial Cuesta.
- LECHA y MARTÍNEZ, L. (1908). *La sífilis como causa de degeneración del individuo y de la especie*, Madrid, Imprenta de J. Sastre y C.
- MIGUEL Y VIGURI, I. (1877). *Medidas de policía médica en relación con la sífilis. Discurso leído en la Academia Médica Quirúrgica española*, Madrid, Imp. de Enrique Teodoro.
- MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN (1925). *Anuario de la Dirección General de Sanidad. 1924*, Madrid, Est. Tipográfico Sucesor de Nieto y C^a.
- MINISTERIO DE LA GOBERNACION (1933). *La Sanidad en la República. Dos años de gestión*, Madrid, Imp. Gráfica Universal.
- MOLLÁ, R. (1908). El peligro venéreo. *Revista española de Dermatología y Sifiliografía*, 10, 385-92.

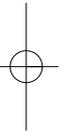
- MONLAU, P.F. (1847). *Elementos de higiene pública*, Barcelona, Imprenta de D. Pablo Riera.
- MONMENEU, J. (1917). Profilaxis venérea y sífilítica individual. *Revista General de Marina*, 25, 355-68, 493-515, 611-26.
- NAVARRO FERNÁNDEZ, A. (1909). *La prostitución en la villa de Madrid*, Madrid, Imprenta de R. Rojas.
- PEYRI, A. (1934). *La lluita antivenérea a Catalunya l'any 1934*, Barcelona, Tip. Santiago Vives.
- PRATS y BOSCH, A. (1861). *La prostitución y la sífilis*, Barcelona, Luis Tasso.
- RONQUILLO, C. (1885). Un semestre de reconocimientos. *Gaceta médica catalana*, 8, 38-45.
- ROSELLÓ y OLIVÉ, R. (1883). La sífilis y la prostitución; sus relaciones; medios de prevenir sus perniciosos efectos". En: *Actas de la sesión inaugural que la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona celebró en 30 de enero de 1883*, Barcelona, Imprenta de Jaime Jepús.
- Sanidad Nacional. Disposiciones oficiales emanadas del Ministerio de la Gobernación (Inspección General de Sanidad) durante el año 1908* (1909), Madrid, Est. Tipográfico de V. Tordesillas.
- SECCIÓN DE NOTICIAS. Hospital de la Santa Cruz de Barcelona. Curso de ampliación y especialización de estudios. Cursillo de Dermatología y Sifiliografía, a cargo del profesor Noguer Moré (1925). *Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía*, vol. 2, 283.
- SEREÑANA y PARTAGÁS, P. (1882). *La prostitución en la ciudad de Barcelona, estudiada como enfermedad social y considerada como origen de otras enfermedades dinámicas, orgánicas y morales de la población barcelonesa*, Barcelona, Imprenta de los Suc. de Ramírez y C.
- VIÑETA-BELLASERRA, J. (1886). *La sífilis como hecho social punible y como una de las causas de la degeneración de la raza humana*, Barcelona, La Academia.

BIBLIOGRAFIA CRÍTICA

- ALVAREZ PELÁEZ, R. (1988). Origen y desarrollo de la eugenesia en España. En: J. M. Sánchez Ron (ed.), *Ciencia y sociedad en España*, Madrid, El Arquero, CSIC, pp. 179-204.
- BERNABEU MESTRE, P., GASCÓN PÉREZ, E. (1995). La visitadora sanitaria (1923-1935), *Dynamis*, 15, 151-76.
- BORNEY, E. (1990). *Las hijas de Lilith*, Madrid, Ediciones Cátedra.
- BRANDT, A.M. (1987). *No Magic Bullet. A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880*, Oxford, Oxford University Press.
- BULLOUGH, V., BULLOUGH, B. (1987). *Women and Prostitution. A Social History*, Buffalo, Prometheus Books.

- CASSEL, J. (1987). *The secret plague. Venereal Disease in Canada, 1838-1939*, Toronto, University of Toronto Press.
- CASTEJÓN BOLEA, R. (1997). El delito de contagio venéreo: la penalización como instrumento jurídico de la lucha antivenérea. En: L. Montiel, I. Porras, *De la responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima*, Madrid, Doce Calles, pp. 203-218.
- DAVIDSON, R. (1994). Venereal Disease, Sexual Morality and Public Health in Interwar Scotland. *Journal of the History of Sexuality*, 5, 267-93.
- DAVIDSON, R. (1997). Venereal Disease, Public Health and Social Control: The Scottish Experience in a Comparative Perspective. *Dynamis*, 17, 341-68.
- EVANS, D. (1992). Tackling the 'Hideous Scourge': The Creation of the Venereal Disease Treatment Centres in Early Twentieth-Century Britain. *Social History of Medicine*, 5, 413-33.
- FLECK, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*, Madrid, Alianza Editorial.
- GUEREÑA, J.-L. (1994). La réglementation de la prostitution en Espagne aux XIXe-XXe siècles. En: R. Carrasco (ed.), *La prostitution en Espagne de l'époque des Rois Catholiques à la IIIe République*, Paris, Les Belles Lettres, pp. 307-14.
- GUEREÑA, J.-L. (1995). Los orígenes de la reglamentación en la España contemporánea. De la propuesta de Carrabús (1792) al Reglamento de Madrid (1847). *Dynamis*, 15, 401-41.
- GUEREÑA, J.-L. (1997). Los orígenes del reglamentarismo en España. La policía sanitaria de las mujeres públicas (Zaragoza, 1845). *Bulletin d'Histoire Contemporaine de l'Espagne*, n° 25, 39-55.
- GUEREÑA, J.-L. (1998). Médicos y prostitución. Un proyecto de reglamentación de la prostitución en 1809: La 'Exposición' de Antonio Cibát (1771-1811). *Medicina e Historia*, n° 71, II-XVI.
- MASSONS, J. M. (1994). *Historia de la Sanidad Militar Española*. Barcelona, Ediciones Pomares-Corredor, S.A., 4 Tomos.
- MEYER, G. S. (1991). Criminal punishment for the transmission of sexually transmitted diseases: lessons from syphilis. *Bulletin of History of Medicine*, n° 65, 549-64.
- MORT, F. (1987). *Dangerous Sexualities: Medico-moral Politics in England since 1830*, London, Routledge.
- NADAL, J. (1984). *La población española (Siglos XVI a XX)*. Barcelona, Ariel.
- QUETEL, C. (1990). *History of Syphilis*, Cambridge, Polity Press.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1987). *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1992). Paz, trabajo, higiene. Los enunciados acerca de la higiene industrial en la España del siglo XIX. En: Rafael Huertas, Ricardo

- Campos (eds.), *Medicina social y movimiento obrero*, Madrid, Fundación de investigaciones Marxistas, pp. 383-406.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E., MOLERO MESA, J. (1993). La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud”. En: L. Montiel (coordinador), *La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense, pp. 133-48.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1994). The making of the Spanish Public Health administration during the first third of the twentieth century. *Quaderni Internazionale di Storia della Medicina Sanitaria*, 3, 49-65.
- SCANLON, G. (1976). *La polémica feminista en la España contemporánea 1868-1974*, Madrid, Siglo XXI.
- TEMKIN, O. (1977). On the History of ‘Morality and Syphilis’. En: O. Temkin, *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, Baltimore, J. Hopkins University Press, pp. 472-84.
- TUÑÓN de LARA, M. (1977). *Medio siglo de cultura española 1885-1936*, Madrid, Tecnos.
- VAZQUEZ GARCÍA, F. (1997). Sifilofobia y abolicionismo en Sevilla. *Bulletin d’Histoire Contemporaine de l’Espagne*, nº 25, 88-100.
- VAZQUEZ GARCÍA, F., MORENO MENGÍBAR, A. (1997) *Sexo y razón. Una genealogía de la moral sexual en España (Siglos XVI-XX)*, Madrid, Akal.



LA LUCHA ANTIALCOHÓLICA EN ESPAÑA (1850-1923)*

RICARDO CAMPOS MARÍN.

Becario posdoctoral de la Comunidad de Madrid.
Dpto. de Historia de la Ciencia. Instituto de Historia.
CSIC. Madrid.

*Este trabajo se ha realizado dentro del programa de Becas Posdoctorales en la Comunidad de Madrid, financiado por la Comunidad Autónoma de Madrid.



INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XIX y primeras décadas del XX, el alcoholismo destacó entre los problemas socio-sanitarios que azotaban a los diferentes países europeos y americanos. Las bebidas alcohólicas y sus consumidores fueron objeto de durísimas campañas por parte de distintos, y muy variopintos, sectores ilustrados de las sociedades decimonónicas que no dudaron en demonizar el consumo de bebidas alcohólicas. A pesar de las diferencias entre los diversos países del ámbito europeo y americano, existieron elementos comunes en el discurso antialcohólico que muestran hasta qué punto los temores y la ansiedad que producía el excesivo consumo de bebidas alcohólicas eran compartidos por unas sociedades marcadas por las profundas transformaciones políticas, sociales, económicas y culturales que el liberalismo político y la industrialización estaban produciendo.

En líneas generales, la publicística antialcohólica y los diversos movimientos nacionales e internacionales que propició se mostró enormemente preocupada por los efectos sociales del consumo de bebidas alcohólicas, que indentificó en el aumento de la criminalidad, la locura, la indisciplina social, el absentismo laboral, la degeneración de la raza, el crecimiento desmesurado de la pobreza, etc. Desde esta perspectiva, los movimientos antialcohólicos se alimentarán principalmente de sectores sociales interesados en la eficiencia económica y la disciplina social. Esta elite ilustrada, compuesta por filántropos, empresarios, sociólogos, médicos, psiquiatras, urbanistas, higienistas, movimientos de mujeres, e incluso organizaciones obreras, consideraba que el consumo de alcohol era antitético con los ideales de progreso social y racionalismo que propugnaban. Frente a esta situación el discurso antialcohólico estará marcado por un fuerte contenido moral que, en líneas generales, contrapondrá el autocontrol del abstemio a la inmoralidad del bebedor¹. Si bien existirán matices entre los sectores abanderados del antialcoholismo, sobre el origen y las consecuencias del alcoholismo, el trasfondo moral y de disciplinamiento será común. El papel y la visión del alcoholismo por parte del movimiento obrero es muy ilustrativo a este respecto. Preocupados por el alcoholismo, pero convencidos de que sus causas estaban ligadas a la defectuosa organización social del capitalismo, acabarán por construir un discurso antialcohólico que entroncará con su análisis de la situación obrera y de la sociedad burguesa que consecuentemente buscará el abandono de las tabernas por parte del proletariado en favor de la militancia política y el encuadramiento revolucionario como sustitutivos necesarios del embrutecimiento alcohólico².

Por su parte los sectores burgueses hasta bien entrado el siglo XX identifi-

¹ Estos aspectos han sido tratados entre otros por Levine, (1978); Dumolin (1979); Dingle. (1980); Roberts (1984); Nourison (1990); Campos (1997).

² ROBERTS (1984); SERRANO (1991); URÍA (1991); CAMPOS (1992a); CAMPOS (1997); CAMPOS (1998a).

carán a los obreros, las clases populares y, en el caso de países receptores de mano de obra extranjera (Estados Unidos, Argentina, etc.) a los inmigrantes con el consumo de bebidas alcohólicas.

Este nexo entre consumo de bebidas alcohólicas y clase obrera tuvo como consecuencia la construcción del estereotipo del obrero borracho. Desde esta perspectiva el alcoholismo era una manifestación del estilo de vida salvaje e inmoral de las clases populares, hasta el punto de que podemos considerar la lucha antialcohólica como parte de una estrategia general de normativización de las conductas de dichas clases, que tenía como objetivo último la erradicación de sus vicios y su disciplinamiento y encuadramiento en el marco de la nueva organización capitalista del trabajo³.

¿Pero qué había realmente de original y de innovador en todo este discurso y práctica antialcohólica? La condena moral que suscitaban la ingesta inmoderada de bebidas etílicas, la denuncias de sus efectos sobre el orden social o la figura del trabajador borracho no eran una novedad, pero sí la magnitud de la reacción antialcohólica, los objetivos perseguidos y el proceso de medicalización y patologización de lo que hasta ese momento había sido considerado, ante todo, un vicio y un mal comportamiento. En la segunda mitad del siglo XIX se producirá una transformación terminológica en lo referente al consumo de bebidas alcohólicas que reflejará el creciente protagonismo de la medicina en la definición de los problemas derivados de dicho consumo. Se pasará de utilizar términos como borracho, borrachez, embriaguez, ebriedad, etc, que tenían una carga moral, a emplear los de alcoholismo y alcohólico de evidentes connotaciones médicas. Sin embargo, los médicos incorporaron a los nuevos parámetros científicos los prejuicios sociales y morales hacia el consumo y el consumidor de bebidas alcohólicas, lo que convertía al alcohólico en un borracho medicalizado y al alcoholismo en una plaga social más que en una enfermedad. En efecto, aunque el alcoholismo fue descrito como una nosografía diferenciada por Magnus Huss en 1849, acuñando dicho término para denominarla, y la psiquiatría francesa multiplicó sus estudios sobre esta patología a partir del trabajo del médico sueco, la imagen social preexistente del borracho quedó incorporada al discurso científico, que a su vez ahondó en el discurso moral⁴. En este sentido, la construcción del alcoholismo como enfermedad fue un proceso contradictorio que aunó en un mismo discurso la visión del fenómeno como un vicio individual, asociado a desórdenes sociales (vagancia, inmoralidad, criminalidad, tumultos, etc.), y como una patología. Patología, que por otra parte, y por influencia de los higienistas y médicos sociales, superaba con creces el diagnóstico y terapéutica individuales, para convertirse en un problema de salud pública y orden social. La dimensión del alcoholismo como enfermedad

³ LEVINE (1978); SIERRA (1985); MENENDEZ (1985); CAMPOS (1997).

⁴ Sobre el alcoholismo antes de Huss: BYNUM (1968); sobre la influencia de Huss y su la medicalización del borracho: BERNARD (1984); MENÉNDEZ (1985)

social fue fundamental para vincular éste con la clase obrera. Buena parte de la literatura médica consideraba que el consumo de bebidas etílicas estaba enraizado entre el “elemento obrero” como consecuencia de sus penosas condiciones de vida y trabajo. En este sentido, abundan los trabajos que inciden en demostrar como la vivienda, la escasa alimentación y las duras condiciones de trabajo estaban en relación directa con su afición a la bebida. A estos argumentos se sumaron los defendidos por los degeneracionistas franceses, para quienes el alcoholismo se transmitía por la herencia y era una de las principales causas de degeneración de la especie humana. Aunque la herencia biológica relacionada con el concepto de degeneración comenzara a ser considerada como una de las principales causas individuales del alcoholismo, sus consecuencias afectaban a la sociedad. Toda la población corría el riesgo, gracias a la invisibilidad de la herencia, de convertirse en alcohólica. Las medidas a tomar, una vez más y a pesar de la aparente biologización del alcoholismo, debían ser de carácter educativo y moral. Además, en la tradición del degeneracionismo la población obrera era considerada como la población degenerada por excelencia⁵.

Por tanto, los escritos médicos incorporaron elementos que, a pesar de su justificación científica, se alejaban del estricto campo de los juicios clínicos para convertirse en un análisis de los comportamientos sociales y en cobertura de estrategias de intervención social, que convergieron con otros reformistas interesados por las consecuencias sociales y morales del alcoholismo.

El resultado de este planteamiento compartido por la generalidad de los movimientos antialcohólicos fue, sin embargo, muy diferente según los contextos nacionales. El caso de Estados Unidos es modélico en cuanto a la cristalización política del movimiento. La «ley seca» de 1917, fruto de un amplio consenso sociopolítico, es sin duda la plasmación más radical de la utopía antialcohólica. En un grado de menor dureza, pero también de marcado carácter represivo y recaudador, está el caso de Bélgica con su ley de 1919, que sin llegar a la prohibición de la producción, distribución y venta de las bebidas alcohólicas, articulará un sistema lleno de impedimentos, al menos sobre el papel, para consumirlas. Ambos países contaron con movimientos antialcohólicos muy fuertes y suficientemente enraizados en sus respectivas sociedades como para poder incidir en la legislación⁶. Los países escandinavos también fueron «ejemplares» en este sentido.

El caso español, para aproximarnos ya al objeto de las siguientes páginas, fue un ejemplo en un sentido contrario. La lucha antialcohólica en España tuvo un importante desfase entre los fuertes planteamientos discursivos y teóricos de sus inspiradores y el raquitismo de los medios y resultados que obtuvieron. Nunca existió un movimiento antialcohólico estructurado en sociedades de temperancia o prohibicionistas, más allá de las endebles Sociedad Española contra el alcoholismo y

⁵ DUMOLIN (1979); HUERTAS (1987); NOURRISON (1989); CAMPOS (1997); CAMPOS (2000)

⁶ GUSFIELD, (1963); LEVINE (1978); EPSTEIN (1981); CAMPOS (1992A).

Liga Antialcohólica Española, ni una ley específica que regulase los aspectos relacionados con las bebidas alcohólicas. Lo máximo que se alcanzó fue a regular, a propuesta del PSOE, el cierre de las tabernas los domingos dentro de un marco más amplio: la ley del descanso dominical de 1904.

Pero la escasez de resultados prácticos no significa que el antialcoholismo no tuviera efectos en la sociedad española. En el caso español el nivel discursivo tuvo un alcance importante porque convirtió claramente la lucha antialcohólica en una lucha contra los comportamientos de las clases populares y formó parte de una política más amplia de normalización de las mismas, que vehiculó principalmente el higienismo. En buena medida esa retórica antialcohólica de las elites españolas nos dan una idea muy clara de la recreación y percepción de la clase obrera y de las angustias que producía su creciente presencia y participación en la vida social y política.

1. LA MEDICINA ESPAÑOLA ANTE EL ALCOHOLISMO

En los primeros tratados de higiene industrial escritos por médicos españoles se abordó el alcoholismo desde una perspectiva exclusivamente moral. Autores como Salarich y Monlau, observadores e intérpretes de la industrialización en Cataluña, consideraron el consumo de bebidas alcohólicas como el principal vicio de los trabajadores, atribuyendo sus causas a su innata inmoralidad y naturaleza viciosa⁷. En este sentido, Salarich describió la embriaguez como un hecho cotidiano en la vida del obrero y destacó como causas de su extensión una serie de factores sociales y morales. Así, el mal ejemplo que recibían los niños en el hogar y la fábrica, los hábitos de juerga y desorden del obrero, la ociosidad del domingo, el absentismo laboral de los lunes, la proliferación de cafés eran, a su juicio, las causas principales de la embriaguez. Lo que verdaderamente le interesaba era destacar los aspectos inmorales y el desorden social que acarrea el consumo de alcohol:

«esta intemperancia no solamente se opone a los ahorros, a la buena educación de los hijos y a la felicidad de la familia, sino que le sumerge en una indigencia extrema. La borrachera hace al obrero perezoso, jugador, quereloso y turbulento; le degrada y embrutece; destruye sus buenas costumbres; escandaliza a la sociedad y le impele al crimen. La borrachera es la causa principal de las riñas, de muchos delitos y de casi todos los desórdenes que cometen los obreros»⁸

Este juicio emitido en 1858, sería machaconamente repetido hasta bien entrado el siglo XX por numerosos médicos higienistas, entre los que se implantó una

⁷ MONLAU (1856); SALARICH (1858). SALARICH (1858).

⁸ GINÉ (1876)

corriente mayoritaria que consideraba que el consumo de alcohol era la primera causa de la miseria obrera y no a la inversa, como defendían otros sectores de la sociedad, en especial los vinculados al movimiento obrero.

Una cuestión interesante es la tardía aparición del término alcoholismo en los escritos de los médicos españoles. Acuñado en 1849, no parece haberse divulgado en España hasta su utilización por Giné y Partagás en 1876 en su *Tratado teórico práctico de frenopatología*, en el que dedicaba un capítulo a la locura alcohólica o alcoholismo⁹. Los términos más utilizados fueron borrachera, borrachez, embriaguez e incluso asqueroso vicio, lo que muestra tanto el desconocimiento de la medicina española de los trabajos más innovadores sobre alcoholismo, como la falta de conciencia de que el consumo de bebidas alcohólicas pudiera constituir una patología.

Ahora bien, a partir del último cuarto del siglo XIX, el mejor conocimiento de las obras sobre alcoholismo publicadas en el extranjero y la irrupción en nuestro país del degeneracionismo, provocaron un cambio terminológico y conceptual entre los médicos españoles: la utilización del término alcoholismo y su consideración como patología. De hecho, se comienza a definir el alcoholismo como enfermedad social al vincularlo con las transformaciones socio-económicas de la industrialización y las duras condiciones de vida y trabajo de los obreros¹⁰. Factores como la mala alimentación, la vivienda insalubre, la fatiga producidas por las largas jornadas de trabajo y sus lamentables condiciones, la carencia de alternativas de ocio y la desesperación que provocaba la miseria, se apuntarán como causas sociales del alcoholismo.

Pero junto a esta concepción del alcoholismo como enfermedad social existía otra que lo entroncaba con las plagas sociales. Esta mentalidad, muy arraigada entre los higienistas, asimilaba el término enfermedad social a las alteraciones del orden económico, político o moral de la sociedad, con lo que la enfermedad se aproximaba a los conceptos de vicio o plaga, incorporando una visión moral a la patología. Desde esta concepción, fue habitual incluir al alcoholismo entre los extravíos sociales o defectos de la organización social, junto al pauperismo, la prostitución, la criminalidad, la locura, la vagancia etc, etc. Por otra parte, los médicos veían en el alcoholismo más una causa de enfermedad, un hábito morboso que una patología en sí misma. Un aspecto clarificador a este respecto fue la atención que le prestaron como causa de la tuberculosis, vinculando la lucha antituberculosa a la antialcohólica.

Las implicaciones del alcoholismo como causa de enfermedad y factor de degeneración de la especie se tradujo en una importante preocupación por los perjuicios económicos que producía a la riqueza nacional. Los costes en hospitales, en pérdidas de jornadas de trabajo y en accidentes laborales fueron argumentos de peso

⁹ RODRÍGUEZ (1987)

¹⁰ SIERRA (1985); SIERRA (1994); CAMPOS (1997)

para condenar y combatir el alcoholismo. En esta línea, algunos médicos propusieron en la Conferencia de Seguros Sociales, celebrada en 1917, la exclusión o el gravamen de las enfermedades nacidas de hábitos morbosos como el alcoholismo, alegando que los alcohólicos podían resultar ruinosos para las sociedades de seguros por su mayor riesgo a contraer enfermedades¹¹.

Este género de argumentos se reforzó con la divulgación del degeneracionismo en España durante la década de 1890, llegando a convertirse en la principal obsesión de los propagandistas antialcohólicos. En este sentido, centraron su atención en las relaciones entre alcoholismo y degeneración, subrayando el papel del heredoalcoholismo como fuente de prácticamente todos los males individuales y sociales. La publicación en Francia¹², desde el decenio de 1880, de numerosas obras y artículos en las que se estudiaba minuciosamente el heredoalcoholismo desde la perspectiva degeneracionista, empezó a repercutir en España unos años después, convirtiéndose en poco tiempo en uno de los argumentos principales de la lucha antialcohólica. Así, en 1896 R. Cervera Barat se refería a las «leyes de la herencia en el alcoholismo» con el objeto de demostrar que «los estragos del alcoholismo se van acumulando de una generación a otra, hasta que se extinguen por completo las familias». A lo largo de tres generaciones, R. Cervera establecía y clasificaba en tres grupos (debilidad de la inteligencia, locura moral e impulsivos) una serie de desarreglos mentales heredados a partir del alcoholismo. «Estos herederos -explicaba- padecen infinidad de transtornos y desarreglos de la mente, cuyos múltiples efectos los sintetiza la ciencia en una palabra: la degeneración mental»¹³.

La aceptación de la «herencia polimorfa», mediante la cual las patologías mentales podrían ir transformándose y agravándose de generación en generación hasta llegar al agotamiento y desaparición de la estirpe, fue general entre los médicos que abordaron el alcoholismo. Este se transmitía por vía hereditaria, aumentando la degeneración de los descendientes que presentaban toda clase de alteraciones del sistema nervioso. El resultado era que los descendientes del alcohólico acababan formando «un verdadero museo patológico» donde podían estudiarse toda clase de monstruosidades de índole moral, físico e intelectual, sobre todo cuando el padre y la madre abusan de los espírituosos. La especie, la raza, en definitiva la patria, pagaban los excesos individuales por obra y gracia de una herencia que se metamorfoseaba dando lugar a una prole patológica. Asimismo, la degeneración alcohólica tenía su correlato en las estrechas relaciones con la locura y la criminalidad, dos de las manifestaciones más peligrosas del alcohólico.

El tono y la idea general de los textos médicos españoles sobre el tema resultan similares; los autores repetían, apoyados principalmente en los tratados franceses, un mismo discurso con el que alertar tanto a la profesión médica como a la

¹² MOREL (1857); LEGRAIN (1890).

¹³ CERVERA (1896).

opinión pública de los peligros que el abuso de bebidas alcohólicas entrañaba para la supervivencia de la especie. No obstante, el determinismo biológico del degeneracionismo no impidió a la medicina española llamar la atención sobre las consecuencias sociales del alcoholismo, proponiendo medidas de carácter educativo y moral dirigidas a corregir la tendencia al vicio de la población obrera, que, por otra parte, era considerada en la tradición degeneracionista como el segmento de población degenerado por excelencia.

La confusión entre los términos vicio y enfermedad para referirse al alcoholismo también se incardinó en los aspectos clínicos del etilismo crónico. La mayor parte de los médicos españoles estaban de acuerdo en definir el alcoholismo como un proceso de intoxicación originado por el consumo voluntario de bebidas alcohólicas. El que el individuo se alcoholizara de forma voluntaria es fundamental para comprender que el alcoholismo, como concepto médico, incorporase valoraciones ético-morales, y que el alcohólico fuera considerado un vicioso antes que un enfermo. Un aspecto que contribuyó de forma importante a mantener la confusa definición del alcoholismo fue la división de los síntomas clínicos de la intoxicación etílica en dos períodos: alcoholismo agudo y alcoholismo crónico. Huss describió la diferencia que existía entre los efectos físicos y psíquicos que producía el alcohol en el organismo según el grado de intoxicación, distinguiendo entre una primera fase o alcoholismo agudo, pasajera y equivalente a la borrachera, y una segunda fase, el alcoholismo crónico, que constituía la verdadera patología. Estas ideas fueron aparentemente bien comprendidas por los médicos españoles, aunque no siempre se admitió que el alcoholismo crónico fuera una enfermedad. El hecho de que fuera el producto de una ingestión continuada de bebidas alcohólicas era para muchos tratadistas sinónimo de vicio, de hábito, mientras que el alcoholismo agudo no era más que un accidente. De alguna manera, el alcoholismo agudo se equiparaba a la embriaguez, mientras que el crónico lo era con la borrachez, o inclinación habitual a tomar inmoderadamente bebidas alcohólicas¹⁴.

Frente a este estado de cosas, el Dr. Artes, publicó un folleto titulado Borrachos cuyo objetivo era clarificar la ambigüedad del concepto de alcoholismo y la confusión semántica del término borracho. A su juicio, el alcoholismo sólo era considerado como una enfermedad si, a consecuencia del hábito de beber, se adquirían afecciones del sistema nervioso central, tales como el *delirium tremens* y la dipsomanía, a pesar de que estas afecciones eran únicamente las consecuencias mórbidas del alcoholismo. Los estrechos márgenes a los que quedaba reducido el alcoholismo-enfermedad y la despreocupación médica por estudiarlo como causa eficiente de esos estados era la razón por la que se consideraba que no era materia médica sino un «vicio cuya corrección compete a los moralistas y legisladores»¹⁵.

Un elemento, íntimamente unido al problema de la voluntariedad de la

¹⁴ CAMPOS (1998b)

¹⁵ ARTES (1914)

ingestión del alcohol, que también contribuyó a mantener la indeterminación del alcoholismo entre el vicio y la enfermedad, fue la costumbre o hábito de ingerir bebidas alcohólicas. Ya se ha señalado cómo a través de la herencia biológica el individuo heredaba bien los estigmas, los efectos psico-físicos del alcoholismo, bien la predisposición o inclinación a ingerir alcohol. Sin embargo, esta inclinación también podía ser adquirida. El individuo podía comenzar a beber por múltiples motivos, la mayor parte de ellos relacionados con el entorno en el que vivía, desarrollando una pasión por las bebidas etílicas a medida que aumentaba su capacidad de tolerancia que irremisiblemente habría de conducirle al alcoholismo crónico. Esta interpretación moralista del proceso de alcoholización del bebedor, no era más que una forma de señalar una cuestión que los propagandistas antialcohólicos de nuestro país no alcanzaron a definir con nitidez: la adicción. Esa «violenta inclinación» de ingerir alcohol iba acompañada, a la larga, de la pérdida de voluntad y comportaba el abuso incurable del mismo, con lo que el individuo podía caer en la locura o en la dipsomanía. Clasificada entre las enajenaciones mentales, la dipsomanía era una patología que se caracterizaba por accesos de locura que empujaban al dipsómano a ingerir sin control todo género de bebidas alcohólicas. Su principal diferencia con el alcoholismo (entendido como vicio) era que el dipsómano carecía de voluntad y razón, mientras que el alcohólico bebía por placer y vicio. «El dipsómano es un loco que bebe porque está enajenado, mientras el alcohólico es un ser degradado que se enajena» escribía un tratadista de la época¹⁶.

2. EL ALCOHOLISMO DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL

La condena del alcoholismo como una plaga social estaba relacionada con la censura a los hábitos y costumbres de las clases populares. En general todo el discurso antialcohólico se centraba en señalar las carencias morales y los vicios de dichas clases, haciendo hincapié en su tendencia a la bebida:

«Una de las clases sociales y precisamente la más numerosa y útil, en la que el alcohol hace sentir con mayor intensidad sus perniciosos efectos disminuyendo por una parte sus energías, y extendiendo por otra, en más su inmoralidad y la miseria, es la clase trabajadora, toda vez que la taberna, recinto maléfico que con tanto placer frecuenta, consume la casi totalidad de los jornales, y que la embriaguez a la que muchos obreros se entregan, origina perturbaciones fisiológicas y del sentido moral, las enfermedades, las degeneraciones y los malos hábitos»¹⁷.

¹⁶ UBEDA (1901)

¹⁷ GIL (1899), p.42

Un ejemplo de lo arraigada que estaba la idea de que la clase trabajadora y las bebidas alcohólicas estaban estrechamente relacionadas nos la da el cuestionario que preparó la Comisión de Reformas Sociales para recoger información sobre el estado de la clase trabajadora. Así la pregunta 41 decía: «Bebida: Uso y abuso de la misma; su consumo en los establecimientos públicos o en el seno del hogar, cantidad calculada que invierten los obreros en bebidas, distinguiendo sus clases y las saludables de las nocivas». Pregunta ésta que daba por sentado la vinculación entre las clases trabajadoras y las bebidas alcohólicas y que fue objeto de diversas respuestas y apreciaciones por parte de los informantes. No obstante, otras preguntas del mismo cuestionario, como las referentes a la cultura moral de los obreros (52, 54, 55), también dieron pie al análisis del consumo de bebidas alcohólicas y contribuyeron a identificar la embriaguez como un vicio típicamente obrero. Identificación que queda tanto más de manifiesto en las palabras de protesta pronunciadas por J. Serna, representante de la sociedad de trabajadores de la madera *La Unión*, de tendencia socialista, al responder oralmente al cuestionario:

«En cuanto a bebida, para nosotros el agua de Lozoya es la más común; y si no, vamos a ver en una taberna de cualquier barrio de esos donde nosotros vivimos, como el barranco de Embajadores o Chamberí, qué gasto de vino se hace allí, comparado con el derroche que hay en el Veloz club, en casa Lhardy o en cualquier fonda por el estilo. Yo creo que si los señores de la Comisión hubiesen estudiado esto detenidamente, lo habrían redactado en otra forma, no en esa, que parece un insulto a las clases trabajadoras»¹⁸.

El obrero, desde la imagen dibujada por la burguesía como perverso, vicioso y borracho, era incapaz de administrar correctamente su salario y tenía tendencia a derrocharlo, lo que le convertía en el responsable de la situación de miseria en la que vivía. La miseria y la enfermedad no eran cuestiones relacionadas con la injusta organización socioeconómica que generaba terribles desigualdades, sino un mero problema de conducta, hábitos y falta de higiene y moral. En este sentido, el consumo de bebidas alcohólicas era para la mayor parte de higienistas, filántropos, empresarios, etc, la causa primordial de la miseria en la que vivía sumergida la clase obrera:

«pero sí diremos aquí que, sino en todos, en buen número de casos si el obrero destinara a la alimentación lo que destina a líquidos alcohólicos, su estado general sería mucho mejor; su salud, su vigor físico, su aptitud par el trabajo y el tiempo que podría destinar a éste serían mayores, el producto que de esa mayor actividad rectamente utilizada, obtendría sería también mayor y su estado material y moral por añadiría, mejoraría indudablemente»¹⁹

La pérdida de poder adquisitivo, de salud y por tanto de trabajo, la destruc-

¹⁸ *Reformas Sociales. Tomo I*, p. 161.

¹⁹ UBEDA (1901), p. 97.

ción de la familia y el hogar eran algunas de las consecuencias inmediatas que acarrea el consumo de alcohol. En este sentido, todo el horror que el alcohol y la intemperancia popular producían en las buenas conciencias burguesas quedaba sintetizado en la taberna. Lugar maldito y de transgresión, vilipendiado y denostado por higienistas y reformadores sociales, la taberna concretaba y desarrollaba en un universo perfectamente definido la inmoralidad y la imprevisión atribuidas al obrero. Todos los factores de corrupción social se daban cita en su interior; la ingestión de alcohol, las alteraciones del orden público (borracheras, peleas, crímenes), el juego, la blasfemia, el despilfarro del salario, el deterioro de la salud física y moral, y llegado el caso incluso se impartían lecciones de socialismo. ¡Demasiado horror para una burguesía empeñada en sacar adelante su proyecto de organización social y en imponer sus pautas de conducta a la totalidad de la sociedad!

Lo que de verdad atemorizaba a los propagandistas antialcohólicos era que la taberna era demasiado polifacética y constituía un lugar privilegiado para que se desarrollasen manifestaciones diversas de la sociabilidad de las clases populares. Temor que reflejaban perfectamente las palabras del Dr Vega Arango:

«Sepárese a los obreros de la odiosa taberna, déseles una instrucción capaz de moralizarles, y que les ponga a cubierto de las disolventes doctrinas con que a diario se explota su sencilla ignorancia por elementos enemigos del orden social. Pónganse a su alcance, no periódicos y otras publicaciones que les perviertan y envenenen el espíritu, sino cartillas higiénicas que les enseñen a cuidar de la salud de su cuerpo, tan necesaria para ganar el pan con su honrado trabajo, y les den la voz de alarma contra el maldito alcoholismo, que es el formidable obstáculo de toda regeneración»²⁰

Ahora bien, a nuestro juicio, la taberna superaba con creces la mera cuestión del alcohol y de la inmoralidad denunciada por los reformadores burgueses. El problema era más profundo y tenía que ver con la sociabilidad de las clases populares y la necesidad de encontrar sus propios espacios de ocio en un entorno urbano e industrial, que a pesar de su contradictorio crecimiento en España, al menos en las grandes ciudades estaba produciendo importantes transformaciones en las formas de relacionarse las clases populares y más específicamente la clase obrera. En este contexto, la taberna sería, sin duda, el espacio que ofrecía “la imagen fuerte del tiempo libre urbano y popular”²¹, el lugar por excelencia de la sociabilidad informal. La taberna cumpliría una variedad de funciones que abarcaría desde la satisfacción de necesidades inmediatas, como beber, comer, hasta el ocio de las clases populares.

²⁰ VEGA. (1905), p. 30.

²¹ RALLE (1989), p. 182.

3. LOS PILARES DE LA LUCHA ANTIALCOHÓLICA

La construcción de la imagen del obrero borracho tenía además una gran utilidad para los propósitos moralizadores y «domesticadores» de la burguesía. La existencia de un demonio, el alcohol, al que se le podían achacar todos los males que padecía el trabajador y en general las clases populares, y del que emanaban inmensos peligros para el orden social, abrió la posibilidad de diseñar una estrategia global para erradicar sus vicios con el objeto de disciplinarle en el marco de la organización capitalista del trabajo. La lucha antialcohólica se convirtió así en un inmenso programa de intervención en la vida de las clases populares y de encuadramiento social²².

En primer lugar, es de destacar el empeño en solucionar la cuestión de las viviendas obreras, considerada como «una de las bases de toda renovación social y un elemento indispensable a la moralidad y a la higiene pública»²³. Es indudable, y así lo demuestran ininidad de testimonios, que las condiciones higiénicas de la vivienda popular en los centros urbanos preocupó e interesó a los higienistas y a los filántropos. En buena medida el fundamento de sus propuestas sobre la vivienda esta dirigido a disciplinar a esas «muchedumbres» que se amontonaban en las ciudades y centros industriales, con el fin de garantizar la paz social y la defensa de la sociedad. En este sentido, la salud moral de la clase obrera era fundamental. La promiscuidad sexual de la familia hacinada en un cuchitril o la posibilidad de que el obrero, ante un panorama doméstico desolador, sintiera la necesidad de buscar diversión y tranquilidad en la taberna, en la que se entregaría a la inmoralidad y al alcoholismo, era algo que estaba presente.

¿Cómo poner coto a semejantes peligros?. La respuesta, aunque compleja por los múltiples matices y discusiones que ofreció, estuvo encaminada a cumplir dos objetivos complementarios: la construcción de casas salubres para obreros y la familiarización de su vida en un sentido estrictamente burgués con el objeto de desmovilizarle. La táctica utilizada para intentar llevar a cabo tal estrategia fue sencilla: se trataba “de facilitar a la clase productora, un hueco de capacidad suficiente, al que podemos llamar molde, dentro del cual se perfecciona el obrero y su familia.” Para ello los esfuerzos de los higienistas, arquitectos, reformadores sociales, etc., se centraron en la conversión del obrero en propietario y en destacar la misión social de la mujer en el hogar como transmisora, tanto de los valores higiénicos y morales que se deseaban imponer, como su papel de madre y esposa capaz y aglutinadora de la vida familiar²⁴.

En segundo lugar, y directamente relacionado con el primero, se apostaba por inculcar al obrero el hábito del ahorro. A través de éste, fuente de virtudes sin

²² SIERRA (1985); SIERRA (1990); CAMPOS (1997)

²³ ALBO (1905).

²⁴ CAMPOS (1994)

número, se pretendía modelar un obrero previsor, morigerado en sus costumbres y sano. En definitiva se trataba, entre otras cosas no menos inocentes, de tener siempre a disposición una mano de obra encuadrada en la disciplina social y alejada del vicio y de las tentaciones de revuelta. El papel moralizador y regenerador del ahorro era enorme:

Lo habéis visto como nosotros; lo reconoce todo Madrid; su Caja de Ahorros ha ejercido visiblemente una influencia favorable en la suerte de las clases trabajadoras de la capital... Devuelve la dignidad de hombres a seres abyectos, desgraciados; convierte mendigos en artesanos y moraliza la numerosa e importante clase de servicio doméstico. El informe más seguro, la mejor cartilla, la mejor cédula de vecindad, es la libreta de la caja de ahorros. El sirviente infiel o vicioso no ahorra, juega y disipa»²⁵

Incluso podía llegar a tener un cierto poder milagroso a la hora de resolver los graves problemas sociales que sacudían a la sociedad:

«He aquí, pues, un consumo que absorbe gran parte del salario del humilde trabajador, y que, casi por completo, puede suprimirse con ventaja para su salud moral y material. Lo que las clases populares dedican al consumo alcohólico, debiera emplearse en mejorar su alimentación y en fomentar su ahorro. Alguien ha calculado que si lo que el jornalero gasta en la taberna lo empleara en formar un capital colectivo de previsión en pocos años la crisis obrera estaría conjurada(...)»²⁶

4. LA POSICIÓN DEL PARTIDO SOCIALISTA

Es lógico que una fuerza política que tenía como objetivos prioritarios el mejoramiento material y espiritual de la clase obrera y su emancipación revolucionaria, prestase atención a las causas sociales del alcoholismo. El trasfondo de la lucha antialcohólica del PSOE estuvo, sin duda, ligado a su ideario político. No obstante, el análisis de los textos socialistas sobre alcoholismo nos muestra que en su guerra al alcohol existió un cierto desplazamiento de criterios a la hora de identificar y jerarquizar el origen social del problema. En este sentido, a grandes rasgos, convivieron dos enfoques del fenómeno alcohólico que, si bien en un primer momento eran excluyentes entre sí, en los albores del siglo XX se complementarían. En los primeros años de vida del PSOE, los socialistas abordaron el alcoholismo como un problema determinado por la injusta organización socioeconómica del sistema capitalista, cuya solución vinculaban a la definitiva derrota de éste²⁷. La miseria y la falta de expectativas del proletariado eran, a su juicio, las principales

²⁵ PARDO (1869), p. 36.

²⁶ SANZ (1895), p. 95.

²⁷ CAMPOS (1998^a)

causas del problema. Las condiciones de trabajo, las lamentables condiciones de la vivienda obrera, la inexistencia de una vida familiar, la mala alimentación, en definitiva, la miseria, desmoralizaban al obrero que optaba por beber como forma de huir de una realidad hostil. Este planteamiento eximía a los obreros de cualquier responsabilidad individual en su conducta hacia la bebida y remitía la solución del alcoholismo al cambio de sistema económico y social. La lucha antialcohólica no era, por tanto, una cuestión que debiera merecer una especial consideración en el seno del Partido.

Sin embargo, en torno al cambio de siglo, esta posición variará sustancialmente conforme el Partido socialista abogue por las reformas sociales como medio de mejorar las condiciones de vida del obrero. En este contexto, se producirá una relectura de las causas sociales del alcoholismo y se introducirán elementos tendientes a responsabilizar al obrero de su afición por la bebida, lo que permitirá desarrollar una cruzada moral contra el alcohol. Desde esta nueva perspectiva, en 1899 el líder socialista asturiano M. Lavín reconocía que “los obreros, generalmente, son amigos de las bebidas y [en] ser precisamente borrachos es lo cierto que gastan buenas cantidades, relativamente, que ningún beneficio les producen”. Es verdad que a continuación señalaba que “la inclinación a la taberna no es porque los obreros sean viciosos y sí porque el ambiente que los rodea no les produce otro placer sino es al lado de una botella y de una baraja.” Pero al referirse al ambiente no hablaba sólo de la miseria sino de la ignorancia en que la burguesía tenía sumida a la clase obrera, impidiéndola mejorar su condición moral y empujándola al embrutecimiento alcohólico.

Su intención, no era justificar la afición del obrero hacia la bebida, sino advertir de los peligros que el alcoholismo entrañaba para su salud y la vida de su familia: «En las tabernas se embrutecen más y gastan más de lo que quieren muchas veces, dejando a sus hijos y esposas abandonados. De la taberna, salen también las cuestiones que llevan a unos al hospital o cementerio y a otros al presidio»²⁸.

Ante tal situación, los socialistas abogarán por declarar la guerra al alcohol y la taberna y centrar sus esfuerzos en aumentar la cultura de los trabajadores, como demuestran las diferentes actividades organizadas en las Casas del Pueblo.

Con todo, la miseria seguirá siendo un factor importante en la causalidad del alcoholismo, si bien la relación entre ambos fenómenos no será unívoca y se tomarán en consideración otras cuestiones que tendrán profundas consecuencias en los planteamientos antialcohólicos del PSOE. Bajo esta perspectiva, el alcoholismo y la taberna dejaron de ser exclusivamente un indicador de la miseria y desesperación del proletariado para convertirse en peligrosos enemigos de la clase obrera y del socialismo a los que había que combatir de manera inmediata dentro del sistema capitalista como condición para realizar la revolución socialista.

²⁸ LAVIN (1899)

La idea de que el alcohol impedía a los obreros tomar conciencia de sus problemas y luchar contra el régimen que los explotaba se convertirá en la justificación de la lucha antialcohólica propugnada por el PSOE, que ante todo será considerada una obra revolucionaria.

En este nuevo contexto, se producirá un desplazamiento en el análisis de las causas del alcoholismo desde la miseria a la ignorancia del obrero. Pero este análisis no se limitaba sólo a incidir en la ignorancia en que la burguesía tenía sumida a la clase obrera. Las críticas también se dirigían a la falta de voluntad de los obreros, que preferían perder el tiempo emborrachándose en la taberna en lugar de asociarse y trabajar por su liberación.

Así, se fue asimilando la idea de que el obrero borracho, alejado del Centro Obrero, era un traidor a su propia clase y proclive al crimen.

Pero los argumentos antialcohólicos iban más allá de las cuestiones relacionadas con la organización del Partido. Siguiendo esta línea argumental pronto se pasará a advertir a los obreros de las terribles consecuencias individuales y colectivas que el alcoholismo entrañaba para su salud y moral, llegándose en ocasiones a confundirlas con las causas, lo que incidirá en responsabilizar al obrero de su propia situación y resaltar su falta de voluntad²⁹.

Sin embargo, las andanadas contra el alcoholismo no bastaban para cambiar la conducta de los trabajadores hacia la bebida. Los socialistas eran conscientes de que los obreros no tenían muchas opciones de ocio al margen de la taberna. De ahí, que su lucha antialcohólica se estructurara en torno a una oferta de ocio en la que primaba la educación. Esta estrategia educativa, que buscaba la elevación cultural y moral del obrero y que tenía en la organización obrera su principal agente, se concretó en la construcción de espacios propios de sociabilidad³¹. El Centro Obrero, y más tarde la Casa del Pueblo, respondían a la necesidad ideológica y política de crear un espacio en el que desarrollar una sociabilidad militante claramente diferenciada de los peligros que entrañaban la taberna y el alcohol. En este sentido, las Casas del Pueblo eran importantes instrumentos de moralización, y ofrecían un abanico de actividades dirigidas a educar y entretener a los obreros de manera saludable. La apertura de bibliotecas, la fundación de orfeones, las representaciones de teatro, los cursos de conferencias educativas, la organización de excursiones culturales, la apertura de escuelas etc, formaban parte de la oferta alternativa de las Casas del Pueblo frente a la taberna³¹.

²⁹ CAMPOS (1997); CAMPOS (1998^a)

³⁰ Sobre la contraposición entre sociabilidad informal y sociabilidad militante véanse: MAURICE (1989), pp.133-143; RALLE (1989), pp. 161-199; SALAÛIN (1987), pp. 309-333; SALAÛIN (1989) pp. 337-353; SERRANO (1991), pp. 371-389; URÍA: (1991), pp.53-72; GUEREÑA (1991), pp. 147-164.

³¹ Sobre las Casas del Pueblo y su papel educador: GUEREÑA, (1991) pp. 645-692; SERRANO (1989); TIANA (1992).

Frente a estas manifestaciones del ocio popular se alzaba el poder educativo del socialismo, que a medida que penetraba en las conciencias obreras morigeraba sus costumbres y les apartaba de los comportamientos inhumanos y salvajes. En definitiva, el PSOE articuló una campaña antialcohólica dirigida a los obreros en general y a sus militantes en particular con el objeto de apartarles de la taberna y la bebida a favor de una clase obrera sana, conscientes de sus deberes históricos y revolucionaria que debía encontrar en la instrucción, en la férrea moral socialista y en la Casa del Pueblo sus parámetros de actuación política. Esta campaña se completó con la demanda a las autoridades políticas de medidas antialcohólicas como el cierre dominical de las tabernas.

5. EL CIERRE DOMINICAL DE LAS TABERNAS

La lucha antialcohólica fue, en la España de la Restauración, más una enorme declaración de buenas intenciones que una estrategia de política sanitaria dirigida directamente a intervenir sobre un problema de Salud Pública. De hecho, las sociedades de temperancia, los asilos para bebedores o las legislaciones antialcohólicas no tuvieron el éxito o la profusión que se observa en otros países. Por lo que se refiere a las sociedades antialcohólicas hemos localizado la existencia de dos sociedades de este tipo que tuvieron una vida mediocre y escasa influencia. La primera, de carácter semioficial, La Sociedad Española contra el alcoholismo, nació en el seno de la sección española de la Asociación Internacional para la Protección Legal de los Trabajadores en julio de 1911. Sus objetivos, según el artículo 2 de sus estatutos, eran «cooperar al movimiento universal contra el alcoholismo, y muy especialmente proponer a los Poderes públicos españoles la adopción de medidas para combatir los abusos en la bebida, organizar y estimular el oportuno estado de opinión, ilustrando al público sobre los desastrosos efectos de la embriaguez y el alcoholismo y sobre las maneras eficaces de combatirlos». Entre sus miembros se encontraban políticos de primera línea como J. Canalejas, E. Dato o J. de la Cierva, así como diversos médicos e higienistas, sociólogos o representantes del PSOE³². En sus memorias no aparecen menciones al desarrollo de las actividades de dicha sociedad, todo lo cual nos hace suponer que su labor fue efímera. La segunda, La Liga Antialcohólica Española, fundada en Castellón en 1911, tenía carácter privado y su objetivo principal, en consonancia, con los principios del *Prohibition Party* de Estados Unidos que compartía, era conseguir el mayor número de socios dispuestos a abstenerse completamente de consumir cualquier tipo de bebidas alcohólicas y obtener de las autoridades españolas su prohibición. Tenía como órgano de prensa el periódico *El Abstemio*, que se repartía gratuitamente, y su presidente

³² CAMPOS (1997)

era el Dr. Rafael Rodríguez, Méndez catedrático de higiene de la Universidad de Barcelona³³.

Con todo, es de notar las constantes iniciativas –que raramente pasarán del plano teórico– con que médicos y sociólogos reclaman insistentemente medidas destinadas a luchar contra la amenaza que para la sociedad supone el alcoholismo. Incomprensión de los políticos y barreras culturales fueron causas del lamento de los higienistas.

No faltaron los informes, propuestas y teorizaciones sobre cómo combatir el alcoholismo en nuestro país desde diferentes planteamientos, que fueron desde la educación de la infancia y la juventud o la pretensión de moralizar las costumbres de la población, hasta los más represivos como la supresión de las tabernas o la limitación de la libertad de funcionamiento de los despachos de bebidas alcohólicas.

En el plano legislativo la medida práctica más importante que se adoptó en España fue el intento de cierre de las tabernas. En efecto, el 19 de agosto de 1904 el gobierno, previo informe del Instituto de Reformas Sociales, publicó el Reglamento para la aplicación de la Ley de 3 de Marzo sobre el Descanso Dominical en el que se especificaba que las tabernas, cafés, casas de comidas, etc., debían cerrar los domingos. La medida había sido solicitada con fuerza por los representantes del PSOE en el Instituto, quienes consideraban desde postulados moralizadores, aunque revolucionarios, que el alcoholismo era un enemigo fundamental de la clase obrera al paralizar su capacidad revolucionaria y rebajar su moral. El socialismo, según los líderes socialistas, precisaba de obreros sanos, responsables, morales y revolucionarios para conseguir sus objetivos de construir una nueva sociedad.

La puesta en marcha de tal medida originó un duro pulso entre el gobierno, conservador, y los taberneros y gremios de vendedores de vino, que sistemáticamente se opusieron al cierre, llegando incluso a la desobediencia civil. Por su parte, el gobierno conservador intentó en la medida de sus posibilidades aplicar con rigurosidad la ley, mientras el PSOE lanzaba a su vez una campaña pública con Pablo Iglesias a la cabeza contra los taberneros y por el cumplimiento de la ley. Precisamente éste se dirigió a sus seguidores en un mitin celebrado en el otoño de 1904 en Madrid con las siguientes palabras: «por encima de la de los intereses de los taberneros está la moral y la salud de los obreros y la tranquilidad y alegría de muchos hogares proletarios y la educación, la cultura y las buenas costumbres de la clase obrera»³⁴.

La pugna entre taberneros, gobierno y socialistas se prolongó en el tiempo, pero vivió su período más intenso entre 1904 y 1908, sin que finalmente se llegara a una solución definitiva del conflicto, y en cierto modo la disposición legislativa quedase desfigurada e incumplida, mostrando así a flor de piel que frente a un

³³ USO, (1996), p. 50.

³⁴ Por el descanso dominical, *El Socialista* 7-X-1904.

discurso antialcohólico de una elite reformista en la que ya entonces estaban incluidos ciertos elementos del movimiento obrero, chocaba frontalmente con una de las piedras angulares del sistema: la libertad de comercio.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- ALBO Y MARTI, R. (1905). *La obra del hogar. (casas para obreros). Discurso leído en la sesión pública celebrada por dicha obra el 18 de diciembre de 1904 en el salón San Jorge de la Diputación Provincial de Barcelona*, Barcelona, La hormiga de oro.
- ARTES, P.(1914). *Borrachos. Etiología, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento*, Alicante, Papelería, Librería, y Tipografía San José.
- CERVERA BARAT ,R. (1896). *Alcoholismo y civilización*, Valencia, Imp. de A. Cortés.
- GIL MAESTRE, M. (1899). *La embriaguez y el alcoholismo bajo sus aspectos fisiológico, social y jurídico*, Madrid.
- GINÉ y PARTAGÁS, J. (1876). *Tratado Teórico-Práctico de Freno-patología o Estudio de las enfermedades mentales fundado en la clínica y la fisiología de los centros nerviosos*, Madrid, Moya y Plaza.
- LAVIN, M (1989). Los mineros asturianos. IX, *La Aurora Social*, 23-XII-1899
- LEGRAIN, P.M. (1895). *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, París.
- MONLAU, F.(1856), *Higiene industrial. ¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favor de las clases obreras?* En: A. Jutglar (1984) (ed.), *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*, Barcelona, Anthropos.
- MOREL B.A. (1857). *Traité des dégéréscences physiques, intellectuels et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, Paris, Baillie-Ballière.
- PARDO PIMENTEL, M. (1869), *Las Cajas de Ahorros. Datos y observaciones sobre las de París y Madrid*, Madrid
- Por el descanso dominical, *El Socialista* 7-X-1904.
- REFORMAS SOCIALES. *Tomo I Información oral practicada en virtud de la Real Orden de 5 de diciembre de 1883*, Madrid. (La edición utilizada es la que realizó Santiago Castillo en 1985).
- SALARICH J. (1858). *Higiene del tejedor. O sean, medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón*. Vich: SolerHermanos.
- SANZ y ESCARTIN, E. (1895). *El individuo y la reforma social*, Madrid.
- UBEDA Y CORREAL J.(1901). *El alcoholismo: sus efectos en el individuo y en su descendencia; su influencia desmoralizadora en la sociedad y en la familia. Consejos para combatirlo y desterrarlo*, Madrid, Imprenta de la Administración Militar.

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

- BERNARD H. (1984). Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIX^e siècle. (autour de Magnus Huss). *Histoire, économie et société*; 4:609- 628.
- BYNUM, W.(1968). Chronic alcoholism in the first half of the 19th century. *Bulletin of the History of medicine*; 42, 160-165
- CAMPOS MARIN, R. (1992). *Socialismo Marxista e Higiene Pública: La lucha antialcohólica en la II Internacional (1890-1914/1919)*, Madrid, FIM.
- (1994) Casas para obreros. Un aspecto de la lucha antialcohólica en España durante la Restauración. *Dynamis*; 14, 111-130.
 - (1997) *Alcoholismo, Medicina y Sociedad en España (1876-1923)*. Madrid, CSIC.
 - (1998a). El obrero abstemio. Salud, moral y política en el discurso antialcohólico del socialismo español a principios de siglo. *Historia social*, 3, 27-43.
 - (1998b). Alcoholism and medicine in Spain in the second half of the nineteenth century, *History of Psychiatry* 9, 201-215.
- CAMPOS MARÍN, R; MARTÍNEZ PÉREZ, J; HUERTAS, R (2000), *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC.
- DINGLE. A. E. (1980). *The campaign for prohibition in Victorian England: The United Kingdom Alliance, 1872-1895*. New Brunswick, NJ Rutgers University Press.
- DUMOLIN F. *Le débat sur l'alcoolisme après la Commune (1871-1887)*. Memoria de -Licenciatura. Université de Paris X. Nanterre. Inédita.
- EPSTEIN, B.L.(1981). *The Politics of Domesticity: Women, Evangelism, and Temperance in Nineteenth-Century America*, Middletown.
- GUEREÑA, J-L. (1991). "Las Casas del Pueblo y la educación obrera a principios del siglo XX", *Hispania*, LI/2, 178, 645-692.
- GUSFIELD, J. (1963). *Symbolic crusade: status, politique and the american temperance movement*, Urbana.
- HUERTAS R.(1987). *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid, CSIC.
- LEVINE, HG. (1978). *Demon of the Middle class: self control, liquor and the ideology of temperance in 19th Century America*. Berkeley: University of California Press.
- MAURICE, J. (1989). Propuestas para una historia de la sociabilidad en la España Contemporánea", *Estudios de Historia Social*, 50-51, 133-143
- MENÉNDEZ, E.L.(1985). Saber "médico" y saber "popular": el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización, *Estudios Sociológicos del Colegio de México.*; 3(8); 253-279.
- NOURRISON D. (1990). *Le buveur du XIX siècle*, París, Albin Michel.
- RALLE, M. (1989), La sociabilidad obrera en la sociedad de la Restauración (1875-1910), *Estudios de Historia Social*, 50-51, III-IV.

- ROBERTS J. S. (1984). *Drink, Temperance and the Working Class in Ninetenth-Century in Germany*, Boston, George Allen & Unwin.
- RODRIGUEZ OCAÑA E. (1987). El concepto social de enfermedad. En: Agustín Albarracín (ed.). *Historia de la enfermedad*, Madrid, Saned, pp. 341-349.
- SALAÜIN, S. (1987), “El cuplé (1900-1936). Ensayo de etnohistoria cultural”, *Estudios de Historia Social, I-II*, 309-333.
- (1989), “El Género ínfimo: Mini-culture et culture des masses. En: J.-L. Guereña y A. Tiana (eds.), *Clases populares, cultura, educación. Siglos XIX-XX. Coloquio Hispano-Francés.(Casa de Velázquez, Madrid, 15-17 junio de 1987)*, Madrid, pp. 337-353.
- SERRANO, C. (1989), “Cultura Popular/Cultura Obrera en España alrededor de 1900”, *Historia Social, 4*, 21-31.
- Le vin du prolétaire. Alcool et sociabilité ouvrière en Espagne a la fin du XIX siècle. En: R. Carrasco (ed.), *Solidarités et sociabilités en Espagne (XVI-XX siècles)*. Besançon: Annales de l’Université de Besançon; 1991. pp 371-389
- SIERRA ALVAREZ J.(1985). ¿El minero borracho? Alcoholismo y disciplinas industriales en Asturias, *Cuadernos del Norte, 29*, 58-63.
- (1990), *El obrero soñado. Ensayo sobre el paternalismo industrial. (Asturias, 1890-1917)*, Madrid, Siglo XXI.
- (1994), Rough Characters. Mineros, alcohol y violencia en el Linares de finales del siglo XIX. *Historia Social, 19*, 77-96.
- TIANA FERRER, A.(1992), *Maestros, misioneros y militantes. La educación de la clase obrera madrileña, 1898-1917*, Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia.
- URIA J. (1991). La taberna en Asturias a principios del siglo XX. Notas para su estudio. *Historia Contemporánea; 5*: 53-72.
- USO, J.C. (1996), *Drogas y cultura de masas. (España 1855-1995)*, Madrid, Taurus.
- VEGA ARANGO, M. (1905), *Breves consideraciones médico-filosóficas sobre el alcoholismo*, Madrid.

HIGIENE MENTAL Y REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA (1921-1936)*

RAFAEL HUERTAS GARCÍA-ALEJO

Investigador Científico

Dpto. Historia de la Ciencia Instituto de Historia.
CSIC. Madrid

*Trabajo realizado en el marco del proyecto de Investigación PB98-0659 financiado por la DGES-Ministerio de Educación y Cultura.



INTRODUCCIÓN

Como es de sobra conocido, los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica –de superación del modelo manicomial– no tuvieron lugar en España hasta la tercera década del presente siglo. Intentos y experiencias, tan heroicos como efímeros, que suponen no solo importantes antecedentes históricos sino innegables puntos de referencia para quienes, con posterioridad, han desarrollado un pensamiento crítico y alternativo a un modelo de asistencia psiquiátrica que, todavía en 1980, era considerada, incluso desde instancias oficiales, «preferentemente benéfica, custodial, defensiva de la sociedad y segregada de la Asistencia Sanitaria General (...) Hasta el momento actual se ha dedicado muy escasa consideración a aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y epidemiológicos, en contraste con la creciente morbilidad psiquiátrica»¹.

La larga tradición de psiquiatría asilar en nuestro país, que llega al siglo XX, con un escaso desarrollo legislativo y con una evidente falta de sensibilidad social y política hacia este tipo de cuestiones, no puede hacernos olvidar dos experiencias de transformación de la asistencia psiquiátrica desarrolladas durante el primer tercio de este siglo; una, en la Cataluña de los años veinte por iniciativa de la Mancomunitat de Diputacions de Cataluña (1914-1924); otra, la reforma psiquiátrica iniciada por la Segunda República que llegó a modificar de manera ostensible la obsoleta legislación decimonónica y sentó las bases para una transformación en profundidad del viejo modelo custodial.

No deja de resultar esclarecedor el hecho de que ambas iniciativas de reforma fueran cercenadas por sendas dictaduras militares. La disolución de la Mancomunitat en 1924 por Primo de Rivera imposibilitó el desarrollo de las propuestas planteadas e, igualmente, la dictadura franquista frustró las posibilidades y esperanzas republicanas. Dos momentos claves en la historia de la asistencia psiquiátrica en nuestro país que han llegado a ser definidos como verdaderas «rupturas» con «aquel pensamiento y aquellas prácticas que, precisamente, por poner el acento en la dimensión social de la Psiquiatría hacen de ésta una disciplina comprometida críticamente con la realidad»².

Pensamiento y prácticas de indudable atractivo que han sido objeto de estudio desde diversas perspectivas. Josep M^a Comelles ha abordado el caso catalán con especial lucidez al relacionar la política asistencial con el nacionalismo y con los compromisos corporativos de los psiquiatras catalanes³, mientras que José Antonio Espino ha estudiado lo que quiso ser la reforma psiquiátrica republicana basándose

¹La cita corresponde a un “Informe técnico” firmado por los Dres. Sanz, Navarro, Soria y Santo Domingo y elaborado a instancias de la Dirección General de Sanidad. Tomado de RENDUELES (1980), p. 131. PRIVADO

²GARCIA (1992), p. 181.

³COMELLES (1988).

fundamentalmente en sus primeros textos legislativos⁴. Por mi parte, y en un intento de completar las susodichas aportaciones, me he centrado en el análisis de las teorizaciones sobre el nuevo «modelo» que tales iniciativas plantearon, prestando especial atención al papel que la higiene mental jugó en estos intentos de transformación del dispositivo asistencial psiquiátrico en España. El presente trabajo es una versión revisada y actualizada de dos aportaciones previas sobre dicha problemática⁵.

1. LOS PRINCIPIOS DOCTRINALES DE LA HIGIENE MENTAL

Las ideas sobre Higiene Mental en nuestro país fueron tributarias, aunque con matizaciones importantes, de dos focos considerados fundamentales en el nacimiento y desarrollo del movimiento pro-Higiene Mental en el mundo, por un lado, el que partiendo de la obra y los esfuerzos de Clifford W. Beers tiene lugar en Estados Unidos a comienzos del presente siglo⁶, con la creación de las primeras sociedades de Higiene Mental y, por otro, el que, encabezado por Edouard Toulouse en Francia, dio lugar no solo a la fundación de la Liga de Higiene Mental francesa sino al inicio de reformas asistenciales en el continente europeo basadas en las «puertas abiertas»⁷; ambos autores -Beers y Toulouse- son, sin duda, los más citados por los teóricos españoles aunque su discurso no llega a ser una transposición mimética de las propuestas extranjeras. Los objetivos globales del movimiento de Higiene Mental, formulados por Henry B. Favill en 1909, y cifrados en «ante todo organizar la asistencia post-manicomial del enfermo mental, después educar al pueblo sobre lo que es la enfermedad y el enfermo mental y finalmente atacar el problema legislativo para modificar y orientar científicamente su asistencia»⁸, son asumidos por la mayoría de nuestros psiquiatras pero adaptando las propuestas concretas a las especiales condiciones que la realidad asistencial y social española imponía.

Sin duda, una de las elaboraciones más serias y precoces que plantearon en España la necesidad de la reforma psiquiátrica apuntando algunos de los elementos básicos sobre la que ésta debía apuntalarse, fue un artículo de José M^a Sacristán titulado «Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España» y publicado en los prestigiosos *Archivos de Neurobiología* en 1921⁹. En dicho artículo

⁴ ESPINO (1980); ESPINO (1987).

⁵ HUERTAS (1995); HUERTAS, (1998).

⁶ Una visión general del movimiento de Higiene Mental a comienzos del siglo XX en Estados Unidos puede encontrarse en ROSEN (1968), pp. 263-328. También WINTERS (1969).

⁷ Sobre los servicios de puertas abiertas en Francia, puede verse HUERTAS (1989) y (1992).

⁸ Este “Programa” de lo que debería perseguir la Higiene Mental es recogido por SACRISTÁN (1939), p. 339.

⁹ La importancia de esta revista como punto de referencia indiscutido de todo el movimiento psiquiátrico español de preguerra ha sido puesto de manifiesto por varios autores. Véanse MARTINEZ PARDO (1978); MONASTERIO (1987) y GUTIERREZ (1987).

puede apreciarse, por primera vez, un talante integrador en el que la preocupación por el deterioro de los asilos no impide la consideración de otros aspectos de la intervención psiquiátrica hasta entonces olvidados o relegados: «no es solo el estado de nuestros manicomios lo que exige una urgente reforma, sino todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica en su más amplio concepto. El problema es, por lo tanto, más complejo y ocupa, dentro de las cuestiones sanitarias nacionales, uno de los primeros lugares por su enorme trascendencia social»¹⁰.

Desde este planteamiento, y desde el convencimiento de que «en España el Estado ha desatendido siempre sus más elementales deberes psiquiátricos»¹¹ —entre los que incluye no solo la asistencia, sino también la profilaxis, la eugenesia, la psiquiatría aplicada a la enseñanza, etc.—, lanza una primera premisa básica a la que debe supeditarse cualquier propuesta concreta de reforma: «el Estado es el único que debe ocuparse de un modo inmediato de la asistencia a sus enfermos mentales»¹².

A partir de esta premisa básica se pretende superar el viejo manicomio decimonónico, medicalizando convenientemente los asilos y estableciendo estructuras de prevención y de seguimiento del paciente dado «oportunamente de alta». Elementos provenientes de la Salud Pública empezarán a propugnarse en el marco de la asistencia psiquiátrica, de modo que a los servicios «libres» o de «puertas abiertas», a los dispensarios psiquiátricos y a la atención domiciliaria con fines preventivos, se añadirán las propuestas de creación de Ligas de Higiene Mental, dada la «urgente necesidad de elevar el nivel de la cultura psiquiátrica, popularizar las normas terapéuticas y los éxitos curativos, disipar las leyendas de secuestro y tortura que pesan sobre los servicios de alienados dando más fácil entrada en ellos a la mirada y crítica populares»¹³.

No entraré, por no ser el objetivo de este ensayo, en los avatares por los que pasó la creación de la Liga de Higiene Mental en España que, aunque repetidamente citada en múltiples trabajos, sigue constituyendo una laguna historiográfica importante digna de un estudio monográfico pormenorizado¹⁴. Apuntaré, sin embargo, que la Liga de Higiene Mental se creó en España por Real Orden de 25 de enero de 1927 con el objetivo de «estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual»¹⁵. Hasta 1930, momento en que la Liga se constituye oficialmente, desarrolló sus actividades en el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y entre 1927 hasta 1935 organizó sistemáticamente Reuniones

¹⁰ SACRISTÁN (1921), p. 1

¹¹ SACRISTÁN (1921), p. 1.

¹² SACRISTÁN (1921), p. 1-2.

¹³ TORRAS (1923), p. 25.

¹⁴ Sobre la fundación de la misma puede verse LÁZARO (1998).

¹⁵ La Orden apareció en la Gaceta del 27 de enero de 1927 y el texto citado pertenece al artículo 1º.

y Semanas de Higiene Mental destinadas a la divulgación de los problemas psiquiátricos con el objetivo fundamental de popularizar los conceptos y, sobre todo, la necesidad de una reforma psiquiátrica en profundidad¹⁶.

En el marco de estos intentos de popularización del saber psiquiátrico destinado a hacer llegar al gran público distintos aspectos de la profilaxis mental y del tratamiento social de los pacientes mentales, merece la pena destacar, a modo de ejemplo singular, un pequeño libro del prestigioso Tomás Busquet, titulado *La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular*, publicado en 1928, en el que se explica de manera sencilla las causas de las enfermedades mentales –herencia y alcoholismo fundamentalmente– y los modos de prevenirlas, haciendo especial hincapié en el reconocimiento médico prenupcial, la pedagogía, la educación sexual, etc. Dedicar un capítulo completo a orientar a las familias en las que existan enfermos mentales sobre las posibilidades de tratamiento y sobre las instituciones destinadas a tal fin, abogando por la fundación de dispensarios psiquiátricos y clínicas mentales adecuadamente instaladas, insistiendo, asimismo, en la conveniencia de crear y fomentar patronatos y ligas de higiene mental, encargadas de «instruir al pueblo sobre los peligros de toda clase que lleva consigo el no intentar tratar precozmente a los enfermos mentales»¹⁷.

Las elaboraciones acerca de cómo debe orientarse la profilaxis mental en la España de los años veinte son abundantes y a veces muy prolijas¹⁸, pero básicamente se centran en cuatro puntos fundamentales que son bien resumidos, ya en el año 23, por Oscar Torras en uno de sus trabajos sobre el dispositivo asistencial psiquiátrico. En primer lugar, la lucha contra la herencia morbosa y, consecuentemente, la aplicación de medidas eugénicas que impidan la perpetuación de las patologías hereditarias¹⁹; labor ésta que aunque «incumbe principalmente a la higiene general, es deber del Psiquiatra procurar su más exacto cumplimiento en el terreno mental»²⁰.

En segundo lugar, cuando esta profilaxis hereditaria no haya sido factible, se hace necesario diagnosticar la predisposición a la enfermedad mental; diagnóstico que todavía pretende hacerse, siguiendo una tradición somaticista muy arraigada en psiquiatría desde el último tercio del siglo XIX, mediante la identificación de los estigmas de la herencia tanto físicos como morales. Esta búsqueda de estigmas, junto a más novedosos modos de diagnóstico basados en investigaciones y reacciones psico-fisiológicas, deberán ser llevados a cabo mediante la penetración de los téc-

¹⁶ Sobre el particular, puede verse SAFORCADA (1926); BERTOLIN (1993); LÁZARO (2000).

¹⁷ BUSQUET (1928).

¹⁸ Citaré, a modo de ejemplo, SACRISTÁN (1921); (1930); RODRIGUEZ ARIAS, (1929); (1932).

¹⁹ Sobre el movimiento eugénico en España, véanse los trabajos de ÁLVAREZ PELÁEZ, (1985); (1987) y (1988).

²⁰ TORRAS, (1923b), p.23.

nicos en el medio social o, dicho de otro modo, mediante un tipo de actuación psiquiátrica que no se limitaría a tratar patologías declaradas sino que tendría como objetivo “atacar al lobo en su misma guarida, e inclinar hacia la consulta médica las individualidades morbosas, sin esperar su acto de presencia, para asegurar posteriormente en cada caso la aplicación de medidas profilácticas”²¹.

En tercer lugar, si estas medidas de detección y actuación sobre el “predisuesto” fallan y la enfermedad mental hace su aparición, el tratamiento adecuado y precoz en instituciones pertinentes se impone, para, finalmente, en último lugar y como elemento considerado de muy especial importancia en la profilaxis mental, se contempla la readaptación social del convaleciente, al que «hay que rodear (...) de ciertos cuidados higiénicos principalmente de índole mental y asegurarle la adopción de medidas profilácticas para evitar la recaída», concluyendo que «nunca [fue] más interesante el papel del higienista que para impedir las repeticiones de accesos morbosos, tan frecuentes en la práctica psiquiátrica»²².

2. LA PROFILAXIS MENTAL Y LA ESTRUCTURA ASISTENCIAL

Este nuevo modelo de actuación precisaba una red de establecimientos que permitieran cumplir los mencionados objetivos preventivos. Prácticamente todos los autores de la época se muestran de acuerdo con estas premisas y coinciden en una organización de la asistencia en tres niveles diferentes: el hospital psiquiátrico, el asilo-colonia y el dispositivo extra-manicomial; de modo que, junto a la reorganización de los servicios manicomiales, se imponía la necesidad de crear organismos nuevos dirigidos a la profilaxis de los trastornos mentales; a saber: los servicios «libres», los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia. Revisemos, brevemente, el discurso los citados niveles asistenciales.

2.1. La reorganización de la asistencia manicomial

José M^a Sacristán, en su ya mencionado artículo, toma como modelo a seguir, la reforma propugnada en Alemania por Kolb, destacando no solo los cambios legislativos necesarios para que se facilite tanto el ingreso como la salida de los pacientes de los establecimientos psiquiátricos, sino la total y absoluta medicalización de éstos, de manera que «el manicomio no debe diferenciarse en lo más mínimo de un hospital»; reclamando además, para los enfermos dados de alta, un sistema de «protección legal que les proporcione asistencia pública, aconseje, atienda sus reclamaciones y les socorra»²³.

²¹ TORRAS (1923a), p. 23.

²² TORRAS, (1923a), p. 24.

²³ SACRISTÁN (1921), p. 10.

La diferenciación entre pacientes agudos y crónicos dio lugar a la propuesta de un desdoblamiento institucional: los hospitales o clínicas psiquiátricas, destinados a pacientes que presentaran una patología mental francamente curable, y los asilos-colonias, que albergarían a los enfermos crónicos y a los curables a muy largo plazo. Como se ve, el concepto de curabilidad, tan controvertido en psiquiatría, se retoma con fuerza para justificar la vocación terapéutica de nuestros especialistas. Tomás Busquet, buen conocedor de la organización asistencial en Europa²⁴, llega a asegurar que «en las clínicas modernas se obtienen, corrientemente, el 40, 50 y 60 por 100 de curaciones de la masa total de enfermos ingresados. En cambio en nuestros manicomios actuales obtenemos solamente un 8 por 100 escaso de las curaciones»²⁵.

En definitiva se trataba de despojar la práctica manicomial del carácter de “prestación especial” que mantuvo durante todo el XIX y aproximar al enfermo mental a la medicina ordinaria, creando para él hospitales similares a los destinados a las enfermedades «comunes». Tendencia que, aunque iniciada más precozmente, cristaliza en Francia en estos mismos años, siendo Edouard Toulouse uno de sus principales paladines, cuando manifiesta la necesidad de «transformar el asilo en un verdadero hospital, el Hospital Psiquiátrico, un centro médico equipado como los establecimientos hospitalarios modernos, donde las técnicas de laboratorio ayuden al esfuerzo del clínico»²⁶. Idea que está presente también en la propuesta de Lafora sobre «lo que debe ser un manicomio provincial», en el que prevé la existencia de un «departamento de laboratorios»²⁷.

En esta misma línea de pensamiento, son de destacar los trabajos de Oscar Torras, subdirector del Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona en los años veinte, y uno de los principales teóricos del nuevo paradigma asistencial. Los artículos que sobre la organización de la asistencia a los enfermos mentales publicó en la revista *Psiquiatría* a lo largo de los años 1923 y 1924, constituyen un pequeño tratado en esta materia.

O. Torras coincide, una vez más, en que «el alienado es un enfermo que debe ser tratado como tal»²⁸, en instituciones especializadas y con vocación terapéutica; alerta sobre el peligro de las estancias prolongadas hasta el punto de afirmar que el aislamiento,

«necesario por su monotonía y efectos sedantes cuando la calma psíquica se impone, es perjudicial, precisamente por [los] mismo efectos, cuando se hacen otra vez indispensables los estimulantes del funcionamiento mental. La prolongación excesiva del reposo psíquico reduce definitivamente las

²⁴ BUSQUET, (1927).

²⁵ BUSQUET, (1925), p. 7.

²⁶ TOULOUSE (1930), p. 1. Sobre este autor, véase CAMPOS (1997). Sobre la reforma de la asistencia psiquiátrica en la Francia de finales del siglo XIX y primer tercio del XX podrá verse CAMPOS (e.p.)

²⁷ LAFORA (1931), p. 299.

energías mentales y vuelve al enfermo poco apto al trabajo y a la vida de relación; predispone a la demencia progresiva de forma apática»²⁹

Esta aceptación del manicomio, en sí mismo, como posible determinante de la cronificación del paciente mental le hace formular uno de los principios fundamentales de la nueva concepción asistencial: «El ambiente manicomial debe tener su empleo limitado al tiempo preciso de su acción peculiar psicoterápica»³⁰.

Limitar la estancia en el hospital psiquiátrico, dando las oportunas altas o derivando a los crónicos a un asilo-colonia, era un paso imprescindible para evitar el hacinamiento de los internados, rentabilizar mejor sus recursos y conseguir una mayor eficacia médica. De este modo, el hospital psiquiátrico adquiere una finalidad exclusivamente terapéutica, debiendo estar, según T. Busquet, «especialmente organizado para la curación del psicópata alienado o para proporcionar a los psicópatas curables todos los recursos terapéuticos aconsejables por las ciencias»³¹.

Por el contrario, el asilo-colonia «tiene como finalidad primordial la retención fuera de la sociedad, de los locos incurables o curables a largo plazo, para que no perjudiquen ni perturben con sus actos. No por esto han de descuidar estos establecimientos de crónicos ninguno de los recursos curativos; ya que crónico no es, de ninguna manera, sinónimo de incurable». Estas nuevas instituciones deberían ser construidas en el campo, disponer de grandes extensiones de terreno cultivable y carecer de muros, rejas, etc., porque «los individuos alienados estiman su libertad como cualquier individuo sano»³².

2.2. Los Servicios “libres” o de “puertas abiertas”

La vieja tradición del open-door escocés y, sobre todo, experiencias francesas como las del Hospital Henri Rouselle de París o la de Fleury-les-Aubres, son elogiadas por algunos autores españoles que ven en los servicios de «puertas abiertas» la manera de superar las estrictas formalidades legales exigidas para la admisión de pacientes en los manicomios. Así, para Oscar Torras, «debe entenderse por servicios libres psiquiátricos los destinados al tratamiento y asistencia apropiados de los enfermos mentales, en locales o establecimientos especiales, donde el ingreso y salida no están supeditadas a normas legales, sino a la voluntad del paciente y a las necesidades terapéuticas»³³.

Hay que tener en cuenta que los servicios de alienados en España seguían sujetos, en los años veinte de este siglo, al Real Decreto de Mayo de 1885 que, al

²⁹ TORRAS (1924), p. 9.

³⁰ TORRAS (1924), p. 11.

³¹ BUSQUET (1925), p. 12.

³² BUSQUET (1925), p. 12.

³³ TORRAS (1923c), pp. 23-24.

exigir que todos los ingresos psiquiátricos estuvieran precedidos de un expediente administrativo, no admitía ni la reclusión voluntaria, ni a instancia de parte, con el beneplácito del interesado, elementos éstos que venían a constituir el fundamento de los servicios libres.

Prácticamente todos los psiquiatras de la época con vocación reformadora insisten en los impedimentos legales con que han de enfrentarse y denuncian la unilateralidad de la ley española como uno de sus principales defectos, al concebirse desde «un punto de vista estrictamente jurídico y no médico»³⁴. Se aboga, pues, por una reforma profunda de la legislación que permita al médico llevar a cabo su quehacer profesional sin demasiados encorsetamientos legales, esto es, ofrecían la posibilidad de ingresar o de dar de alta a sus pacientes de una manera ágil y en función de criterios médicos y no administrativos³⁵. Los servicios «libres», una vez aceptados por la normativa legal, permitirían evitar el internamiento, diagnosticando precozmente y tratando de manera ambulatoria o mediante hospitalización breve, a «casi todas las psicopatías en los comienzos de su evolución o en el curso de la misma, mientras no demuestren tendencias antisociales o se nieguen en absoluto y en forma violenta a toda intervención terapéutica»³⁶. No se descarta, obviamente, que estos servicios libres puedan ser en algunos casos «antesala de los manicomios», pero se insiste en la viabilidad de la prevención del internamiento, evitando que muchos pacientes sean sometidos a procedimiento legal para poder ser tratados psiquiátricamente.

Los llamados servicios libres son entendidos, pues, como organismos receptivos a los que acudirían los enfermos en momentos de necesidad y siempre para evitar un mal mayor, el de la reclusión manicomial. Otras estructuras asistenciales de contenido profiláctico debían sumarse al esfuerzo por prestar una atención psiquiátrica integral.

2.3. *El dispensario*

Los Dispensarios psiquiátricos, organizados a semejanza de los antitubercu-

³⁴ SACRISTAN (1923), p. 5. Insiste este autor en que “El manicomio no es, como dice la Real orden de 26 de noviembre de 1903, que aclara lo preceptuado en el art. 5º de la de 1885, ‘un sistema duro y represivo’, sino un hospital o clínica médica donde el enfermo debe ser atendido como tal. Jamás debe considerarse el manicomio como un reformatorio penitenciario”.

³⁵ Este es un problema común a otras legislaciones psiquiátricas. Robert Castel, por ejemplo, refiriéndose al caso francés indica cómo “de un día para otro se convierte uno en alienado por el hecho de ser internado en un establecimiento especial; de un día para otro se deja de serlo al salir. No hay ningún medio para disociar el estado psíquico del enfermo de la situación administrativo-legal que determina el internamiento. De ahí derivan ruinosas consecuencias para lograr un programa sanitario coherente: actividades como la prevención o la post-cura, cada vez más esenciales, no tienen estatuto propiamente médico porque no encuentran sitio en este funcionamiento dicotómico” [CASTEL (1980), p. 261].

³⁶ TORRAS (1923c), p. 27.

losos, y secundados por una institución de asistencia social, no trabajarían ya «a la demanda», sino penetrando en el medio social individualmente «para hacer llegar hasta el mismo enfermo o predispuesto, en su mismo ambiente, los consejos médicos higiénico-terapéuticos, y viceversa, conducir a los necesitados hasta las dispensarios para establecer contacto con la ciencia médica»³⁷. La figura clave de esta tarea, al igual que en otras labores preventivas, es la enfermera visitadora; la enfermera del servicio social de asistencia psiquiátrica –se insistirá–

«penetra hábilmente en el seno de las colectividades y de la familia, para dictar normas higiénicas y vigilar su realización; en el ejercicio de su cometido le es fácil convertirse en guardiana de la salud que se ha recobrado afanosamente y que aun pelagra; su especial preparación profesional da al médico absoluta garantía de éxito, proporcionándole su actuación, antes o en la aparición de los primeros síntomas morbosos de repetición»³⁸.

En este mismo sentido se expresa Lafora cuando describe, como una de las funciones primordiales del Dispensario psiquiátrico,

“organizar un servicio social de visitadoras a domicilio para investigar los datos sobre circunstancias ambientales, herencia, antecedentes personales de los enfermos psicópatas que consultan, como así también seguir después su curso y tratamiento y comprobar si atienden las indicaciones del médico psiquiatra, e incitarles a repetir las consultas, si es preciso. Facilitar la vuelta al trabajo o la colocación de los psicópatas e interesar por ellos a sus familias»³⁹.

De este modo, el dispensario y el servicio social se plantean como estructuras coordinadas con los servicios libres e, incluso, con los establecimientos de reclusión, siendo su función primordial la «vigilancia especializada» y, sobre todo, el seguimiento y la atención post-cura de los pacientes dados de alta o, dicho con palabras del momento: «proteger a los enfermos recién curados o mejorados (...) guiándoles en su nuevo camino hacia la reintegración social, camino muchas veces lleno de peligros y escollos, que sin un solícito consejero puede llevar inopinadamente en direcciones diametralmente opuestas a la de la búsqueda rehabilitación»⁴⁰; reclamándose para todo ello, una vez más, medios económicos, mayor capacitación técnica de los profesionales y colaboración social para poder procurar ocupación o trabajo a los convalecientes, imprescindible, además del apoyo médico, moral y psicológico, para conseguir la prevención de las recaídas.

Como se ve, propuestas de un nuevo modelo de atención al enfermo mental que exigía modificaciones importantes de la organización sanitaria pública. En este

³⁷ TORRAS (1923b), p. 25.

³⁸ TORRAS (1923b), p. 29.

³⁹ LAFORA (1928), p. 374.

⁴⁰ TORRAS (1923b), p. 26.

sentido, Lafora llega a afirmar categóricamente que «corresponde (...) al Ministerio de Gobernación, que está encargado actualmente de la Sanidad general, o al futuro Ministerio de Sanidad, la organización de los llamados Dispensarios psiquiátricos o Preventorios psiquiátricos urbanos»⁴¹.

El psiquiatra madrileño da, pues, un paso más con respecto a las formulaciones más teóricas de los catalanes al plantear no tanto los principios doctrinales de la profilaxis mental sino la forma de organización de la misma. Se ratifica en que los Dispensarios psiquiátricos deben funcionar de manera similar a los antituberculosos, antivenéreos o anticancerosos, delegando en las Diputaciones o Ayuntamientos dicha organización, pero conservando siempre «la tutela de alta Inspección sobre los mismos en toda la Nación»⁴². Habrá que esperar, una vez más, a la II República para que algunas de estas propuestas fuesen consideradas por el poder legislativo. Recogido en el Decreto del año 31, se pone en marcha en Madrid, con carácter de centro piloto, el primer Dispensario de Higiene Mental, al que más tarde –como complemento del mismo y mediante Orden del 16 de abril de 1932– se le añade el primer Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica. Su modo de funcionamiento, eminentemente preventivo, estaba inspirado en las premisas ya comentadas con anterioridad –no en vano los redactores del Anteproyecto del Decreto fueron Lafora, Escala y Sacristán–, siendo su función específica «el estudio de los procesos iniciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves iniciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves y las curas de reposo en servicio abierto en los enfermos neuróticos pobres»⁴³.

Una última aportación de interés al tema que nos ocupa es la comunicación que sobre «Normas para la organización de Dispensarios de Higiene Mental en los centros terciarios de Sanidad» presentó Juan Pedro Gutiérrez Higuera al Primer Congreso Nacional de Sanidad del año 34. Tomando como punto de partida algunos problemas surgidos en el proceso de puesta en funcionamiento del Dispensario de Higiene Mental de Jaén⁴⁴, el autor delimita lo que, a su juicio, deben ser las funciones de dichos establecimientos y termina proponiendo algunos criterios para la organización de los mismos. En consonancia con las ideas del momento, insiste en que

«su objetivo genuino [el del Dispensario] es organizar la profilaxis y asistencia extramural de las afecciones psíquicas; para conseguirlo tratará de crear o incrementar un ambiente de comprensión y de interés hacia estas cuestiones, procurando la elevación de la cultura médico-psiquiátrica, elaborando

⁴¹ LAFORA, (1928), p. 373.

⁴² LAFORA, (1928), p. 373. Sobre las discusiones acerca de la creación de un Ministerio de Sanidad en España, puede verse HUERTAS (1993).

⁴³ Circular de la Dirección General de Sanidad al director del Manicomio de Leganés. Tomado de ESPINO (1980), p. 88.

⁴⁴ Este Dispensario, fundado en 1931, permaneció en un primer momento anejo al departamento psiquiátrico del hospital de la ciudad para acoplarse más tarde al Instituto provincial de Higiene.

una correcta estadística, actuando, con sus consejos, en la familia, la escuela, el taller; contribuyendo a la lucha contra los tóxicos y la sífilis; postulando la mejora de las condiciones higiénicas del trabajo; iniciando el consejo pre-matrimonial y realizando, en fin, una intensa labor clínica para el diagnóstico y tratamiento precoces de los procesos psíquicos, a cuyo objeto aconsejará internamientos oportunos y los facilitará, con su intervención y relaciones, en los Centros hospitalarios»⁴⁵

Para tal labor, y teniendo en cuenta las dificultades de poner en práctica los principios de la Higiene Mental en el medio rural⁴⁶, Gutiérrez Higuera se muestra partidario de que sea la Sanidad Nacional el organismo responsable de la misma, ya que

los establecimientos psiquiátricos, en los pocos sitios donde existen, en condiciones adecuadas para emprender una tarea de esta índole, necesitarían para irradiar hacia los núcleos rurales su influencia, organizar todo un montaje burocrático y de intercambio científico, del cual disponen ya los Institutos de Higiene merced a los centros primarios y secundarios; además de esta limitación de horizonte, de este aislamiento en que se encuentran los hospitales, hay que contar con la impopularidad, o por lo menos recelo, con que suelen ser mirados, y, últimamente, con la imposibilidad en que se encuentran, por motivos de personal, para establecer contacto con el exterior, realizando un servicio social digno de aquel nombre»⁴⁷

Se insiste, además, en que «el Dispensario de Higiene mental debe ser uno más en la serie de los acoplados a los Centros terciarios de Sanidad, beneficiándose de las colaboraciones técnicas y burocráticas de estos Institutos»⁴⁸. Clara apuesta, como puede verse, de despojar la práctica psiquiátrica, al menos en su vertiente preventiva, del carácter de «prestación especial» que tradicionalmente había ostentado. Opción que no siempre resultó fácil de articular, pues, como ha demostrado Ricardo Campos, los psiquiatras de los años veinte y treinta siguieron teniendo serias dificultades teóricas y prácticas para prescindir del concepto de peligrosidad social a la hora de definir la enfermedad mental y su intervención sobre ella⁴⁹

⁴⁵GUTIERREZ HIGUERAS (1935), p. 125.

⁴⁶ GUTIERREZ HIGUERAS (1935), p. 125. De hecho se insiste en que ni las experiencias extranjeras, ni las aportadas por los Dispensarios de Madrid y Barcelona son utilizables para una esfera de acción dispersa como la existente en el medio rural. Se cita expresamente el Dispensario de Plasencia como pionero -junto al de Jaén- en el esfuerzo de organización de la Higiene Mental en el ámbito no urbano.

⁴⁷ GUTIERREZ HIGUERAS (1935), p. 125. De hecho se insiste en que ni las experiencias extranjeras, ni las aportadas por los Dispensarios de Madrid y Barcelona son utilizables para una esfera de acción dispersa como la existente en el medio rural. Se cita expresamente el Dispensario de Plasencia como pionero -junto al de Jaén- en el esfuerzo de organización de la Higiene Mental en el ámbito no urbano.

⁴⁸ GUTIERREZ HIGUERAS (1935), p. 125

⁴⁹ Véase CAMPOS (1997).

3. LA SANCION LEGISLATIVA DEL NUEVO MODELO

Como ya he indicado con anterioridad, en el Real Decreto de 1885 por el que se rigió la asistencia psiquiátrica española hasta la época republicana, predominaba un talante burocrático-judicial que en la práctica traducía dos escollos fundamentales; por un lado, la existencia de trabas administrativas y legales que complicaban enormemente el ingreso de los pacientes en los manicomios, y, por otro, una vez aceptada la locura, las pocas posibilidades de que el internado pudiera ser dado de alta y salir de la institución. Antonio Espino ha señalado, en este sentido, la «sorprendente contradicción entre el carácter febrilmente ordenancista del camino del supuesto demente hacia el establecimiento de reclusión y la ausencia completa de cualquier disposición acerca del funcionamiento de dichos establecimientos respecto a los internados»⁵⁰.

Como ya sabemos, la parcial experiencia renovadora iniciada por la Mancomunitat de Diputaciones catalanas quedó frustrada por la Dictadura de Primo que, no solo abolió la Mancomunitat, sino que potenció el modelo manicomial propiciando la expansión y agrandamiento de establecimientos pertenecientes a órdenes religiosas (Ciempozuelos, Mondragón, Palencia, San Baudilio de Llobregat, etc.), financiados por donaciones particulares o por las aportaciones de la Diputaciones Provinciales⁵¹.

Será, como ya he indicado, el Decreto de 3 de julio de 1931 el punto de partida de lo que pretendió ser una «transformación íntegra de la legislación vigente»⁵². El objetivo fundamental de dicho decreto era regular tanto la admisión como la salida de enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos. Se pretende con ello superar las dificultades que imponía la legislación anterior ofreciendo tres posibilidades de ingreso: por propia voluntad, por indicación médica y por orden gubernativa o judicial, dictándose normas precisas sobre cómo debía ser la actuación administrativa de los facultativos en cada caso (artículos 8º al 26º). De igual modo, se regulan las diversas formas de dar de alta a los pacientes, así como los permisos temporales y las formalidades del reingreso (artículos 27º al 34º).

En coherencia con esta mayor agilidad en los ingresos y en las altas, el Decreto establece, por primera vez en la historia de la psiquiatría española, la adopción de un nuevo modelo asistencial que incorpora, aunque con matices, las premisas teóricas que venían formulándose desde hacía una década. El artículo 4º especifica textualmente que

«Todo Establecimiento psiquiátrico público urbano, deberá, a ser posible, tener un carácter 'mixto' con un servicio 'abierto' y otro 'cerrado'.

⁵⁰ ESPINO (1987), p. 224.

⁵¹ GONZALEZ DURO (1980), pp. 117-129.

⁵² La frase pertenece a la exposición de motivos del Decreto, que fue publicado en la Gaceta del 7 de julio de 1931.

a) Se entiende por 'servicio abierto' el dedicado a la existencia de los enfermos neuróticos o psíquicos que ingresen voluntariamente, con arreglo al artículo 9º del presente Decreto, y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el artículo 10º, y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.

b) Se entiende por 'servicio cerrado' el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica, o de orden gubernativa o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales.

En casos especiales, el Ministerio de Gobernación, previo informe de la Dirección General de Sanidad, podrá autorizar el funcionamiento de Clínicas y Hospitales psiquiátricos oficiales, emplazados en centros urbanos con un carácter exclusivamente 'abierto'; es decir, no sujetos a la legislación especial para la asistencia del enfermo psíquico, sino al Reglamento general de asistencia hospitalaria»

De igual modo, en el artículo 5º se establece que «Las Diputaciones que cuenten con Hospital psiquiátrico fuera de los centros urbanos organizarán en las capitales un dispensario psiquiátrico (consultorio), que funcionará, por lo menos tres veces por semana».

No cabe duda de que este Decreto del 31 supuso un importantísimo avance no solo en cuanto a la regulación de los ingresos y las salidas de los enfermos de los establecimientos psiquiátricos, sino también en la aceptación de un nuevo modelo asistencial que rompía con la consideración del manicomio como único lugar de tratamiento para desplazar el eje de la atención psiquiátrica hacia los aspectos profilácticos. A partir entonces, se irá constituyendo toda una estructura técnico-administrativa encargada de todas las actuaciones psiquiátricas llevada a cabo en el territorio nacional, dependientes de la Dirección General de Sanidad. Dicha estructura descansará sobre dos pilares básicos: el Consejo Superior Psiquiátrico, con funciones asesoras, de programación y de inspección, y la Sección Central de Psiquiatría e Higiene Mental que, con las respectivas Secciones Provinciales, tendrá una labor de dirección y ejecución directa.

Su labor se traducirá, en el plano legislativo, en el Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional, donde se regula la existencia de tres grupos de enfermos psíquicos: los sometidos a tratamiento ambulatorio en los dispensarios de higiene mental; los sometidos a tratamiento activo en los hospitales psiquiátricos y los pacientes crónicos tratados en las colonias agrícolas psiquiátricas (artículo 2º). Se prevé, asimismo, la existencia en cada capital de provincia de un dispensario de higiene mental, capaz de asegurar el diagnóstico y tratamiento precoces, la distribución hospitalaria y la vigilancia y asistencia postmanicomial; así como «difundir las normas de higiene mental, divulgando por cuantos medios estén a su alcance la profilaxis de las enfermedades de este grupo» (artículo 2º).

Vemos, pues, como la traducción legislativa de lo que fueron las concepciones teóricas de un nuevo modelo de atención psiquiátrica tuvo lugar en la España republicana en un espacio temporal muy corto y con la precocidad que caracterizó

tantas iniciativas transformadoras en aquel momento tan fecundo como incierto. El Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional fue presentado al Congreso de los Diputados por Federico Salmón, Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, el 31 de Mayo de 1935, que el 15 de noviembre del mismo año dio su conformidad la Comisión permanente de Trabajo. Es de notar que en un artículo transitorio se especificaba que «Esta ley comenzará a regir a los tres meses de su publicación en la 'Gaceta de Madrid', debiendo dos meses antes estar redactado el oportuno reglamento, para cuya elaboración se autoriza al Ministro del ramo a que designa una Comisión encargada de proponerle en dicho plazo». Es evidente que el 18 de julio de 1936 de echó encima sin que las reformas republicanas pudieran llevarse a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- BUSQUET, Tomás (1925). Organización técnica de los servicios provinciales de dementes. *Psiquiatría* 4 (1), 1-19.
- (1927). *La asistencia a los psicópatas en Suiza, Alemania y Francia. Plan de organización de los servicios en la provincia de Barcelona*, Barcelona, Diputación Provincial.
 - (1928). *La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene Mental Popular*, Barcelona, Librería Catalonia.
- GUTIERREZ HIGUERAS, J.P. (1935). Normas para la organización de Dispensarios de Higiene Mental en los Centros terciarios de Sanidad. *Primer Congreso Nacional de Sanidad, Madrid 6-12 de mayo de 1934*, Madrid, tomo II, pp. 124-128.
- LAFORA, Gonzalo Rodríguez (1928). Organización del dispensario psiquiátrico para grandes y pequeñas urbes. *El Siglo Médico*, 82, 373-376.
- RODRIGUEZ ARIAS, Belarmino (1929). La cruzada pro-Higiene Mental en España. *Revista Médica Barcelonesa*, 11, 193-195.
- (1932). La Higiene Mental en Catalunya. *Revista Médica Barcelonesa*, 18, 425-427.
- SACRISTAN, José María (1921). Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España. *Archivos de Neurobiología*, 2, 1-15.
- SACRISTAN, José M^a., GERMAIN, José y RODRIGUEZ ARIAS, Belarmino (1939). *Psiquiatría Práctica e Higiene Mental (Impresiones de un viaje a los Estados Unidos)*. *Archivos de Neurobiología*, 10, 327-415.
- SAFORCADA, Manuel, MIRA, Emilio y RODRIGUEZ ARIAS, Belarmino (1926). Asociación Española de neuropsiquiatras.- Proyecto de creación de la Liga de Higiene Mental. *Archivos de Neurobiología* 6, 163-178
- TORRAS, Oscar (1923a). Las modernas orientaciones de la asistencia a los enfermos mentales. *Psiquiatría*, 2 (1), 21-27.
- (1923b). Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia. *Psiquiatría*, 2, (4), 22-29.
 - (1923c). Los servicios libres psiquiátricos. *Psiquiatría* 2 (3), 20-29 (pp. 23-24).

BILIOGRAFÍA CRÍTICA

- ÁLVAREZ PELÁEZ, Raquel (1985). Introducción al estudio de la eugenesia española (1900-1936). *Quipu*, 2 (1), 95-122.
- (1987). Herencia, sexo y eugenesia. En HUERTAS, ROMERO, ALVEREZ. (eds.), pp. 205-218
 - (1988). Eugenesia y control social. *Asclepio*, 40 (2), 29-80.
- BERTOLIN, José Manuel (1993). Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la

- España contemporánea del periodo de 'entresiglos'. *Asclepio*, 45 (1), 189-215.
- CAMPOS, Ricardo (1997). Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio*, 49, 39-57.
- (1997). La gestión de la desigualdad: La utopía biocrática de Edouard Toulouse. En: Rafael Huertas y Carmen Ortiz (eds.), *Ciencia y fascismo*, Aranjuez, Doce Calles, pp. 25-40.
- (e.p.). De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940). *Frenia*.
- CASTEL, Robert (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta.
- COMELLES, José M^a (1988). *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, PPU.
- ESPINO, José Antonio (1980). La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social*. 14, 59-106.
- (1987). La reforma psiquiátrica de la II República. En: Rafael Huertas, Ana Isabel Romero y Raquel Álvarez (eds.), *Perspectivas psiquiátricas*, Madrid, CSIC, pp. 221-230.
- GARCIA, Ramón (1992). El estado actual de la cuestión psiquiátrica en España. En: Fernando Álvarez.Uría (ed.), *Marginación e Inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*, Madrid, Endymión, pp. 173-190.
- GONZALEZ DURO, Enrique (1980). Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España. En: Manuel González Chávez (ed.), *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, Madrid, Mayoría, pp. 117-129.
- GUTIERREZ, Diego (1987). *Archivos de Neurobiología* en su segunda época. En: Rafael Huertas, Ana Isabel Romero y Raquel Alvarez (eds.), *Perspectivas psiquiátricas*, Madrid, CSIC, pp. 243-255.
- HUERTAS, Rafael (1989). Edouard Toulouse y el servicio psiquiátrico de "puertas abiertas". *Asclepio*, 41 (1), 261-280.
- (1992). *Del Manicomio a la Salud Mental. Para una historia de la psiquiatría pública*, Madrid, FISss.
- (1993). El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad en la España del primer tercio del siglo XX. Discurso ideológico e iniciativas políticas. *Asclepio*, 45 (1), 89-122.
- (1995). El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *Dynamis*, 15, 193-210.
- (1998). Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic. *History of Psychiatry*. 9, 51-64.
- LÁZARO, José (1998). La fundación de la Liga Española de Higiene Mental. En: Jesús Castellanos et al. (eds.), *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, Sociedad y Estado*, Málaga, Universidad de Málaga/Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 213-220.

- (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (19124-1999). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, 397-515.
- MARTINEZ PARDO, F. (1978). *La neuropsiquiatría española vista a través de Archivos de Neurobiología*, Madrid, Suplemento de *Archivos de Neurobiología*.
- MONASTERIO, Fernanda. (1987). Lafora y los *Archivos de Neurobiología*. En: Rafael Huertas, Ana Isabel Romero y Raquel Alvarez (eds.), *Perspectivas psiquiátricas*, Madrid, CSIC, pp. 231-242.
- RENDUELES, Guillermo (1980). La psiquiatría asilar española. En: Manuel González Chávez (ed.), *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, Madrid, Mayoría, pp. 131-149.
- ROSEN, George (1968). *Madness in Society*, Londres, Routledge.
- WINTERS, E. (1969). Adolf Meyer and Clifford Beers, 1907-1910. *Bulletin History of Medicine*, 43, 414-443.



LA HIGIENE INFANTIL

ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA
Catedrático de Historia de la Ciencia
Facultad de Medicina
Universidad de Granada



INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos centrales de la acción preventivo-social en el siglo XX fue la lucha contra la mortalidad infantil. Como hemos señalado en un capítulo anterior, esa serie de programas de intervención médica que formaron lo que se denominó *Medicina Social*, se dirigieron a la población sana y tuvieron un explícito componente de educación de masas. En el campo de la medicina de los niños, la faceta médico-social de la misma se llamó *Puericultura*. Se trató del campo científico que pretendió el dominio técnico de la relación madre-hijo, que debía sustraerse a la costumbre para ser regulada por la técnica experta. Su definición más clásica, la de Caron (1865), según cita de Rafael García-Duarte Salcedo (1934), era «la ciencia de criar higiénica y fisiológicamente a los niños». En las décadas finales del Ochocientos tuvo un contenido casi exclusivo de consejo femenino, que comenzaba con el reconocimiento de la capacidad de contraer matrimonio, seguía por el cuidado del embarazo y la atención al parto y terminaba en «la higiene de la infancia propiamente dicha, y de una manera especialísima la que se refiere a la lactancia»¹. Su versión madura, no obstante, subrayaba los rasgos médico-sociales, conceptuándose como el complemento preventivo de la pediatría: «[Puericultura es] la acción médica y social necesaria para la defensa de la natalidad, disminución de la mortalidad y, por tanto, el progreso demográfico de las naciones [...]»², de modo que «La Higiene es a la Patología lo que la Puericultura a la Pediatría»³.

La Puericultura nació en España al socaire de una reflexión sobre la decadencia nacional, enmarcada en coordenadas de preocupación poblacionista y atraso económico y militar, donde cobraban valor las categorías de etiología social y valor económico de la salud y desde las cuales la figura de los profesionales (médicos pediatras y puericultores) cobraba una dimensión preceptiva, en tanto que guías de la comunidad, caracteres todos del movimiento médico-social⁴. Como éste, mantuvo una posición de primacía del derecho público sobre la vida de los individuos, en función del cual podían establecerse principios coercitivos para modificar los comportamientos que implicaban peligro sanitario, no en vano «el recién nacido, si bien pertenece a la familia por lazos de sangre, pertenece también a la patria»⁵.

Lo que podemos denominar esfuerzo público contra la mortalidad infantil en España durante el siglo XX recorrió cuatro fases. La inicial, hasta la República, se caracterizó por el predominio de la acción benéfica dispersa, es decir la multipli-

¹ VIDAL SOLARES (1903), p. 3.

² SARABIA y PARDO (1913).

³ GARCÍA-DUARTE SALCEDO (1934), p. 94.

⁴ Véase RODRIGUEZ OCAÑA (1985), RODRIGUEZ OCAÑA (1987), RODRÍGUEZ OCAÑA y MOLERO MESA(1993), MEDINA DOMÉNECH y RODRÍGUEZ OCAÑA (1994), BALLESTER y BALAGUER (1995), RODRÍGUEZ OCAÑA (1996).

⁵ AGUIRRE BARRIO (1885), p. 250.

cación de iniciativas locales puericultoras, de ámbito urbano, sin coordinación entre sí. Con la República se configuró como objetivo de la Sanidad estatal, iniciándose la dotación del Servicio de Higiene Infantil, enfocado hacia el mundo rural, mientras que en las ciudades comenzó a extenderse la institución de la previsión social con el Seguro de Maternidad y su Obra Maternal e Infantil. Entre 1940 y 1958 tuvo lugar la mayor concentración de esfuerzos en las mismas vías abiertas por la República, el desarrollo de la preocupación por el campo a cargo de la Sanidad estatal, con el apoyo de la Sección Femenina del partido único (Movimiento Nacional), y la consolidación de los Seguros sociales sanitarios, con la aparición del Seguro Obligatorio, en el que se incluyó el de maternidad. La acción benéfica siguió siendo relevante, aunque a través de una nueva organización centralizada, Auxilio Social, también organización del Movimiento. En esta etapa, la Puericultura fue la única actuación preventiva que se ejecutó de forma regular dentro del Seguro (el de Maternidad, hasta 1948; Seguro de Enfermedad en adelante). Durante la última etapa, hasta el fin del franquismo, la relevancia social de la acción antimortalidad *como tal* se difumina paulatinamente; la desaparición oficial de la Puericultura del Seguro de Enfermedad restringe al ámbito de la sanidad gubernamental sus cometidos, que se concentran en la capacitación de personal femenino con distintos niveles de profesionalización, desde las enfermeras y matronas puericultoras a las cursillistas del Servicio Social; la medicina da por conseguidos sus objetivos, en la extensión a todo el cuerpo social de sus normas y principios sanitarios, convertidos prácticamente en materia de buenas costumbres.

En este capítulo se analizan los dos primeros periodos; sobre los restantes, todavía poco estudiados en profundidad, puede verse un trabajo mío anterior (Rodríguez Ocaña, 1999).

1. LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS COMO PROBLEMA

El núcleo en torno al cual se articularon las propuestas de intervención fue la mortalidad infantil, en particular la de los menores de dos años, cuya elevada cuantía alcanzó consideración de lacra social y de rémora para el progreso de España. En 1890, ante la Real Academia de Medicina de Barcelona, su socio de número y médico de la Casa provincial de Maternidad y expósitos José Cabot Rovira expuso un «estudio médico-social» sobre ello; para él, la mortalidad infantil se constituía en problema social, dado el «número desconsolador» de fallecimientos en todas las clases sociales⁶. Unos años después, el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía (Madrid, abril de 1898), dentro de la sección dedicada al estudio de la Higiene infantil y escolar, recibió ocho comunicaciones españolas acerca de las

⁶CABOT ROVIRA (1890).

causas y remedios de la mortalidad de los niños⁷. La mitad de esos trabajos incluían acercamientos cuantitativos, en coincidencia con una línea creciente de publicaciones demográfico-sanitarias, consolidadas a partir de 1900 y que procedían de la explotación de las cifras del Registro Civil en capitales de provincias. Este particular género literario-médico estableció un foco de atención continuado sobre el fenómeno de la mortalidad infantil que culminó con los conocidos trabajos de Marcelino Pascua (1934) y Antonio Arbelo Curbelo (1962). Un acercamiento demográfico preciso sobre la mortalidad infantil española del siglo XX se encuentra en Gómez Redondo (1992), mientras que Cohen Anselem (1996) hace una notable revisión de datos y análisis del periodo XIX-XX. Sírvanos un dato esgrimido por este último para establecer el marco de referencia cuantitativo: al comenzar el siglo XX, uno de cada cinco nacidos en España no llegaba a cumplir un año y casi dos no alcanzaban cinco, mientras que las tasas españolas de mortalidad de niños menores de cinco años eran de magnitud doble de las del país europeo que las tenía más bajas (Suecia).

La base de esta preocupación era un razonamiento económico, pues los niños que desaparecían prematuramente infligían, por su número, «incalculables pérdidas al año para la economía nacional»⁸, las que, en 1920, Martínez Vargas cifraba en más de 114 millones de pesetas. La dimensión poblacionista de las medidas puericultoras se transmitía, también, en los objetivos colectivos asumidos por sus promotores. La defensa de la higiene de la infancia, decía Gómez Herrero, retomando una vieja frase del político conservador Antonio Maura, no sólo proporcionaba bienes individuales, sino colectivos «coadyuvando al bien patrio para el que son precisos no sólo ciudadanos inteligentes, sino también sanos y vigorosos»⁹. Insistiendo en lo mismo, el catedrático de Pediatría de la Universidad de Granada, Rafael García-Duarte Salcedo, socialista, escribió que «la verdadera fortaleza de una nación estriba en la cantidad y calidad de sus ciudadanos»¹⁰. Uno de los primeros preceptos de puericultura incluidos en la *Cartilla de Vulgarización* que se repartía a las asistentes a las conferencias de la Escuela de Maternología de Madrid, entre 1918 y 1930, tenía la siguiente redacción: «La prosperidad de un país y el bienestar de sus ciudadanos está en razón directa del mayor número y de la mejor salud de los seres que lo constituyen»¹¹.

El auge totalitario consecutivo a la guerra civil mantuvo, reforzada, la misma línea de pensamiento. Es muy conocida la consigna de postguerra: «El Caudillo

⁷ Firmadas, respectivamente, por Bernabé Malo Ecija, Manuel Iglesias Díaz, David Ferrer Mytayna, Pedro Laín Sorrosal, Santiago de la Iglesia, Dionisio García Alonso, José M. Doncel y Francisco Medel Asensi. Véase SALCEDO y GINESTAL (ed.) (1900).

⁸ NAVARRO SALVADOR (1915).

⁹ GÓMEZ HERRERO (1926), p. 58.

¹⁰ GARCÍA-DUARTE SALCEDO (1927), p. 211.

¹¹ GÓMEZ HERRERO (1926), p. 127.

quiere 40 millones de españoles»¹², por lo que toda madre debía saber «Que el Estado español, guiado por su Caudillo, quiere y procurará muchos hijos sanos y fuertes»¹³. La ley de Sanidad infantil y maternal, de 1941, como la de Protección a la Infancia de 1904, se justificaron a partir de la conciencia del problema demográfico. Del mismo modo, el Decreto de 1923 por el que se iniciaba el Subsidio de Maternidad y el propio Seguro de Maternidad, puesto en marcha a partir de 1º de octubre de 1931, se explicaron en términos paralelos de tutela a la mujer y prevención de la mortalidad infantil.

2. LA DELIMITACIÓN DE LAS CAUSAS DE LA ELEVADA MORTALIDAD

A finales del siglo XIX, la principal responsabilidad en la muerte de los niños se atribuía a la compleja situación formada por la insalubridad de las viviendas, los malos hábitos alimenticios y la falta de cuidados (consecutivos al trabajo materno), todos fenómenos relacionados con la situación de miseria o pauperismo. Sobre este esquema etiológico de corte multifactorial se insertó sin problemas, al menos en una primera instancia, la novedad bacteriológica, como muestra el estudio de Cabot (1890): la mortalidad de los niños se sustentaría sobre su debilidad natural, congénita (producto de la herencia morbosa) o adquirida (resultante de las condiciones de vida e higiene) y la actuación de los «gérmenes del contagio», definidos por este autor con sentido muy integrador de las distintas perspectivas etiológicas del momento, como:

«agentes patógenos animados, cuyo cultivo favorecen en grado superlativo la insalubridad de las habitaciones, la impureza del subsuelo, los gases pútridos procedentes de las letrinas y tuberías de desagüe [...] agentes que se transmiten por el aire, *in situ* y a grandes distancias, por las mucosidades expectoradas, por los alimentos impregnados, etc. [...] por intermedio del aire, de las personas y de los objetos que han estado en relación con [los enfermos]»¹⁴

Pero, de esa compleja matriz, la medicina de los niños destacó particularmente un aspecto, el referido a la alimentación.

No cabe duda que, a tenor de los registros estadísticos, la diarrea y enfermedades digestivas en general —inmediatamente ligadas a trastornos alimenticios— constituían uno de los principales capítulos de la mortalidad infantil. En la década de 1880, se tomaba de otros países la presunción de que ese tipo de causas

¹² Impartida por Franco en la entrevista que le hizo Manuel Aznar y reproducida en varios periódicos a finales de 1938. GARCÍA NIETO, DONEZAR (1975), p. 49.

¹³ INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN (1941), p. 7.

¹⁴ CABOT (1890), p. 64.

eran las más importantes¹⁵. Extendida en nuestro país la explotación y análisis de los asientos del Registro civil, las cifras no daban la razón; así, en Bilbao, a caballo entre los dos siglos, las enfermedades digestivas explicaban un 15% de los fallecimientos, tanto entre los menores de 1 año como en los menores de 5 años, siendo mucho más relevantes las enfermedades respiratorias y las infectocontagiosas¹⁶. En Valencia, por la misma época, la mayor carga recaía en las enfermedades respiratorias¹⁷. Sin embargo, a comienzos de siglo se argumentaba en Barcelona que el manejo del destete causaba tantas víctimas como todas las demás causas higiénicas¹⁸. Ni siquiera las cifras de Madrid correspondientes al trienio 1900-1902, presentadas por Ulecia, justificaban dicha prioridad, que, sin embargo, este autor resaltaba a través de un argumento *ad hoc*, a saber: que en muchos casos la enfermedad respiratoria o nerviosa diagnosticada como causa de muerte asentó sobre un trastorno gástrico primitivo o una falta de régimen alimenticio. Eso le permitía concluir «que las enfermedades que deben figurar *en primer término* como factor principalísimo en la espantosa mortalidad infantil, son las del *aparato digestivo* y, entre estas en primera línea, la *gastro enteritis* o diarrea infantil»¹⁹.

Existió, pues, una fijación con los síndromes diarreicos, de los que se hacía responsable en primer lugar a una mala alimentación. No podemos pasar por alto que los trastornos alimenticios suponían «el más terrible de los azotes de la infancia» entre la clase acomodada, aquella donde no se podía explicar la elevada mortalidad aduciendo los riesgos inherentes a la miseria familiar. Las modalidades y pautas alimenticias (lactancia humana, materna o por ama de cría, lactancia artificial, lactancia mixta), cobraron un significado médico a la luz de la preocupación por la mortalidad infantil, y, en particular, tras la discusión sobre las nodrizas celebrada en la Academia de Medicina de París entre 1866 y 1870, el fomento de la lactancia materna se propugnó como el primer medio de lucha contra la mortalidad infantil²⁰.

La posición central de la alimentación de los lactantes en la preocupación médica obedeció a ciertos estímulos científicos y otros socioculturales. Por un lado, la Pediatría se alejaba de la Medicina general a través del desarrollo de la fisiopa-

¹⁵ AGUIRRE (1885), pp. 10-11, citaba cifras belgas de Meynne para justificar su afirmación inicial del predominio de este tipo de trastornos en la primera infancia.

¹⁶ Las cifras que aportan tanto Gumersindo GÓMEZ (1896), p. 200, —periodo 1878-1887— como GARCÍA DE ANCOS (1903), p. 71 —periodo 1897-1901—, son bastante similares (para menores de 5 años, respiratorias, 28,2 y 28,6%; infecciosas, 24,9 y 35,5%), con aumento de muertes debidas a enfermedades infectocontagiosas en el segundo periodo a expensas de la disminución de las causadas por causa nerviosa (cerebroespinal).

¹⁷ MARTÍNEZ VARGAS (1902).

¹⁸ Según COLL (1900), citado por COHEN ANSELEM (1996), p. 133.

¹⁹ ULECIA CARDONA (1903a), p. 21, subrayado en el original. Las cifras que daba eran: 5.093 casos de enfermedad infecciosa, 3.499 de enfermedad nerviosa, 4.877 de respiratorias (de ellas, 3.500 de bronquitis aguda), 2.814 de digestivas (diarrea) y 3.463 para otras (p. 16 y gráfica adjunta).

²⁰ ROLLET-ECHALIER (1990), pp. 21-108.

tología digestiva: «El niño, a su nacimiento, y durante largos meses siguientes, puede ser considerado como un tubo digestivo servido por órganos, y todavía ese tubo es imperfecto y en vías de formación»²¹. Por otro lado, el modelo burgués de vida familiar incluía la definición de un rol femenino subordinado, de modo que la crianza directa de los hijos se juzgaba «una institución divina, un deber sagrado»²². Sin embargo, como se advirtió mucho más adelante, por los pediatras preocupados por construir una «patología nacional», la alta mortalidad infantil en las zonas rurales del Sur de España, por ejemplo, donde la lactancia materna era de recurso universal, obligaba a volver a pensar en otros factores etiológicos adjuntos al régimen alimenticio. Otro motivo de base social para prestar una atención privilegiada a estos problemas se encontraba en la inserción de la mujer en el mercado de trabajo; siendo la clase proletaria la que suministraba las mayores proporciones de víctimas, la ocupación laboral extradoméstica aparecía como una causa objetiva de mortalidad infantil que había de asumirse, ante la inevitabilidad económica de su supresión, mediante el intento de regulación técnica, puericultora, de ese alejamiento físico madre-hijo²³. Si bien se reconocía que el mejor sistema de alimentación de los recién nacidos era la lactancia materna prolongada, el conocimiento del mundo real llevó a plantear que era preferible el empleo reglado de la lactancia artificial, pues «no siendo posible prescindir de ella, resulta más práctico dar reglas para que se use bien que no empeñarnos en proscribirla»²⁴.

Recordemos que Francia había aprobado, en 1874, la Ley Roussel, sobre vigilancia e higiene de las nodrizas y en 1892, Paul Strauss, Pierre Budin, Théophile Roussel y Henri de Rothschild, fundaron la «Liga contra la mortalidad infantil», para promocionar un tipo de dispensarios médico-sociales específicamente centrados sobre la gestión de la alimentación de los recién nacidos, los llamados Gotas de Leche y Consultorios de Lactantes.

Si los «errores de la alimentación» resultaban la principal amenaza para la supervivencia infantil, la responsabilidad principal en combatirlos se adjudicó al ámbito familiar, a la vez que la Medicina de los niños se dotaba de una misión civilizadora por excelencia, sustituir las pautas tradicionales del cuidado infantil, fuente de muerte, por normas científicas, de cuyo cumplimiento se seguiría la desaparición de «las muertes evitables». Así lo formuló el pediatra Andrés Martínez Vargas en 1903: «Mueren muchos niños por miseria; pero es infinitamente mayor el número de niños muertos por una alimentación excesiva o prematura o irregular.

²¹ Cita de Dujardin Beaumetz en AGUIRRE BARRIO (1885), p. 144.

²² COMENGE (1900), p. 493. Cf. las ponencias de Josefina CUESTA y Pilar FOLGUERA, en GARCÍA NIETO, M. C. (ed.), 1986; EHRENREICH y ENGLISH, 1990; NASH, 1993; ORTIZ, 1993; APPLE, 1995; FUENTES CABALLERO, 1996.

²³ Un comentario muy detallado de este problema se encuentra en COHEN ANSELEM (1996), en particular pp. 133-137.

²⁴ AGUIRRE BARRIO (1885), p.208.

El día que las madres sacrifiquen su vanidad o capricho y alimenten a sus hijos cual dispone la fisiología, será mucho menor el número de víctimas»²⁵.

Desde la Medicina de la Infancia se articuló una tecnología de intervención regida por el lema «reglamentar y vigilar todo cuanto se pueda»²⁶. Esta tecnificación de la relación maternofilial coadyuvaba a la creación de una mitología de lo femenino como género sometido a condicionantes «biológicos», a la vez que implicaba la exigencia de una confianza y obediencia totales en el médico a partir de la culpabilización de las mujeres. No se privaron de decirlo de forma expresa y cruda: «la muerte de los niños es debida a faltas de sus madres»²⁷.

3. LA CAMPAÑA PUERICULTORA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL

En España se implantaron, según el modelo francés, instituciones puericultoras de base benéfica o filantrópica, como Gotas de Leche (la primera, al parecer, fundada en Barcelona en 1902 por Felipe Cardenal, Ignacio Girona y Soler Fajarnés)²⁸ y Consultorios para lactantes, casi todos incluyendo un servicio de esterilización y reparto de leche [a semejanza del primero organizado en Madrid, en 1904, por Rafael Ulecia y Cardona (1850-1912)]. Algunos de ellos evolucionaron desde anteriores Consultas benéficas para niños enfermos, donde se auxiliaba a las madres con «bonos de sopa, caldo, leche y harinas y piezas de ropa», como se hacía en 1894 en el Hospital de Niños Pobres de Barcelona, fundado por el médico de origen cubano Francisco Vidal Solares (1854-1922)²⁹. Entre 1902 y 1912 se abrieron en toda España alrededor de 34 Consultorios o Gotas de Leche³⁰, todos, salvo 6, en capitales de provincia, a veces varios en la misma ciudad (casos de Madrid, Barcelona y Bilbao, con tres centros, o Valencia, Zaragoza y Sevilla, con dos) y hacia 1924 las había «en casi todas las capitales y algunos pueblos»³¹. A título de comparación, sólo en 1907 existían en Francia cerca de 500, que en 1933 fueron más de 4.500, mientras en Alemania pasaron de 73, en 1907, a 782, en 1915, o en Bélgica funcionaban no menos de 900 consultorios de lactantes de titularidad pública en 1924³².

²⁵ Reseña a L'igiene del bambino, de Luigi Concetti, *La Medicina de los Niños*, 1903, 4, 345-347 (cita de p. 346). O, según un médico bilbaíno de la misma época (ROBLES, 1905), la obligación del médico de niños no sería otra que remediar las imprudencias que cometían las madres.

²⁶ AGUIRRE BARRIO (1885), p. 240.

²⁷ GONZÁLEZ REVILLA (1923), pp. 69-70. El autor era un médico que confesaba 40 años de práctica. Sobre la culpabilización de las madres como estrategia, cf. BADINTER (1981).

²⁸ Según ULECIA Y CARDONA (1903b).

²⁹ HOSPITAL (1894).

³⁰ ULECIA (1912)a.

³¹ GARELLY (1924).

³² Cifras de Alemania, en GROTHJAHN (1968).; restantes en ROLLET-ECHALIER (1990), pp. 387 y 392.

Los centros puericultores nacieron con afán de combinar el socorro benéfico y la educación higiénica, por lo que se advierte con facilidad su sentido misionero. Por ejemplo, la noticia de la apertura de un Consultorio infantil de la Facultad de Medicina de Barcelona, el 3 de octubre de 1904, subrayaba que su función era la de servir de «Escuela de Madres»³³. Durante la discusión sobre alimentación de la infancia, mantenida en varias sesiones de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao en 1905, Carmelo Gil enfatizó la prioridad educativa que debía cumplir la Gota de Leche municipal, por delante del propio suministro de este alimento³⁴. Pero la conciencia preceptiva de la Puericultura se extendió más allá de la relación directa o inmediata del médico con las familias. Por ejemplo, en 1934 se decía en reunión de la Sociedad Catalana de Pediatría que «[en] las llamadas obras de beneficencia, que antes eran consideradas como obras de ayuda material [...] en la actualidad destaca más la lucha contra la ignorancia que contra la miseria»³⁵.

La instalación de dichos centros tuvo distintos patrocinadores. Unos, seguramente los más, fueron mantenidos por los ayuntamientos, otros por la caridad privada, o por las Juntas Provinciales de Protección a la Infancia (creadas por la Ley de 1904), aunque no fue infrecuente la colaboración de unos y otras. Aunque un patrocinio diferente no afectó, en general, las grandes líneas de trabajo de los Consultorios, sí es cierto que influía en los requisitos de admisión o normas de funcionamiento de los centros puericultores.

Para caracterizar de forma sintética la primera etapa de la organización puericultora en España hablaríamos de «beneficencia y autonomía institucional», a través de obras urbanas, cada una con sus peculiaridades fundacionales, con predominio de la presencia municipal, algunas con más atención enfocada en los lactantes que en las madres (caso de las lactancias municipales de Madrid o Bilbao) y otras donde ambos colectivos recibían atenciones parejas (en Barcelona, por ejemplo, tanto las instituciones municipales como las privadas).

En los primeros Consultorios y Gotas de Leche se concretaron unas funciones que se mantendrían constantes en toda la organización puericultora, por lo que conviene repasarlas someramente. Se resumían en las siguientes: vigilancia de la lactancia normal en bebés sanos, cuya alimentación maternal completaba o sustituía de ser necesario, y dirección científica de la lactancia artificial para reducir en lo posible sus inconvenientes, en particular la diarrea. Para ello debían acudir los niños con sus madres, quienes tenían la obligación de inscribirse y registrar el peso de su hijo con una frecuencia que dependía de la edad; por ejemplo, los menores de seis meses debían acudir cada semana. Los datos del pesado periódico se anotaban en un Libro-registro y en la ficha de la madre. Reunidos un cierto número de niños,

³³ *La Medicina de los Niños*, 1904, 5, 258.

³⁴ ACADEMIA de Ciencias Médicas de Bilbao ... (1906), pp.49-50.

³⁵ Palabras de Torrelló Cendra en la sesión de 26 de abril, *Archivos Españoles de Pediatría*, 1934, 18, 543.

iniciaba el médico la consulta colectiva, entablando un diálogo con las madres. Estas le referían todo lo que le había ocurrido al niño durante la semana (que resultaba anotado en otro libro especial) y el médico replicaba, en voz alta, a cada una, haciendo las consideraciones que el caso le sugería, estableciendo comparaciones con los que precedieron y aprovechando para dar consejos higiénicos, de carácter particular o general. Hecho lo cual, calculaba la ración de leche, que anotaba en el registro de la madre y en el del Consultorio. La leche que se suministraba de manera gratuita, o a precio muy asequibles, era esterilizada y envasada en el propio local; por ejemplo, la Casa de Lactancia del ayuntamiento de Barcelona, en la C/ Valldoncella a partir de 1904, empleaba un autoclave a presión, conectado a una máquina de vapor, que permitía esterilizar 700 botellas de leche por hora. La Institución Municipal de Puericultura de Madrid repartió 4.500 litros de leche en 1908, algo más de 50.000 en 1914, y más de medio millón en 1934, esterilizada y envasada mediante procedimientos industriales³⁶.

Existían también algunas otras aportaciones extraordinarias (canastillas, imposiciones de ahorro) que se otorgaban en forma de premios periódicos, incluso con diplomas de honor «a la buena madre», así como disposiciones de penalización para las que no mantuvieran una asistencia regular o no siguieran los consejos higiénicos.

La vertiente de educación popular de la Institución, que se verificaba diariamente en las consultas, se plasmó de manera más explícita en la creación de las Escuelas de Maternología, destinadas a proporcionar formación puericultora a otras mujeres, jóvenes escolares y madres. En los años 30, en Madrid, cada Dispensario de los seis existentes dentro de la IMP, tenía la obligación de realizar una conferencia a la semana durante seis meses cada año, para las madres atendidas, además de cursos en las Escuelas municipales, obligatorios para las alumnas.

4. EL SERVICIO DE HIGIENE INFANTIL

El movimiento de educación maternal y de vigilancia higiénica de los lactantes se centró, durante el primer tercio del siglo XX, en los centros urbanos y muy relacionado con la preocupación benéfica, hasta tal punto que sus actividades «sanitarias» resultaron opacas para el enviado de la Fundación Rockefeller que en 1926 escribió un Informe sobre la Sanidad española, donde la higiene infantil se juzga poco menos que desconocida. Las áreas rurales quedaron fuera de esta actuación hasta la época republicana en que se creó el Servicio de Higiene infantil dentro de los Institutos provinciales de Higiene dependientes de la Dirección general de Sanidad en 1932.

³⁶Expediente sobre el consumo de leche... (1934), AHV, 29-416-86.

Se comenzó por dar competencias en salud infantil a los Institutos de Higiene, y se continuó, de forma más irregular, dotando plazas en los Centros secundarios de Higiene rural, de los que existían 46 en febrero de 1936³⁷. La primera convocatoria regular de plazas de médicos puericultores titulados, para los centros provinciales, tuvo lugar en octubre de 1933 (Gaceta del 10), cuyas pruebas se realizaron, después de algún retraso, el 5 de diciembre. Se dotaban puestos de higiene prenatal, lactantes, preescolar y escolar en todas la provincias, salvo las catalanas (autónomas). En síntesis, se trataba de ofrecer a toda la población infantil la posibilidad de acceder gratuitamente a la asistencia preventiva organizada técnicamente por médicos puericultores. Se comenzó con la dotación de las capitales de provincia, dentro de los Institutos provinciales de Higiene, para, posteriormente y de forma irregular, ir dotando los centros comarcales (secundarios), si bien no hubo tiempo para desarrollar los planes. En la provincia de Granada se abrieron al público a primeros de julio de 1933 secciones de embarazo, lactantes, escolares y especialidades (ORL, odontología, oftalmología, dermatología y venereología) servidos por un médico-director (García-Duarte Salcedo, médico-puericultor del Estado por oposición con el número 1), dos enfermeras y un administrativo, más once médicos auxiliares (sin sueldo), 13 señoritas enfermeras en régimen de estudios o práctica y una matrona y una enfermera puericultora proporcionadas por la Junta de Protección de Menores, todo en la ciudad de Granada. La incorporación de enfermeras visitadoras fue una novedad interesante en este campo, para cuya dotación la administración central se comprometió a convocar anualmente plazas dotadas con 3.000 ptas, como las 35 que se convocaron en junio de 1934.

En ese mismo año comenzó la extensión comarcal de estos servicios, y siguiendo con el caso de Granada, se abrieron secciones de puericultura, respectivamente, en Guadix (febrero), Huéscar, Ugíjar y Loja (julio) y Motril, Baza y Montefrío (en 1935). Sin embargo, fue difícil consolidar esta oferta, por la penuria con que se desarrollaron estos programas. Los jefes de sección se sucedieron a un ritmo aproximado de uno cada mes y medio (caso de Guadix), lo que dificultó el desarrollo de un servicio eficiente. Piénsese que el presupuesto de la Dirección general de Sanidad dedicaba a Higiene infantil 700.000 ptas. en 1935, mientras que se destinaban dos millones a lucha antivenérea y casi ocho a combatir la tuberculosis.

Según las listas de inscritos al Congreso de Sanidad (1934), eran pediatras-puericultores 32 de los participantes, que representaron el 13,4% de los asistentes, aunque sólo aparecen cuatro que declarasen ejercer dentro de la sanidad oficial, concretamente en el nivel secundario (rural)³⁸.

³⁷ RODRÍGUEZ OCAÑA; GARCÍA-DUARTE ROS (1984).

³⁸ Rodríguez Ocaña; Menéndez Navarro (1986).

La extensión del Servicio se ligó a la existencia de un centro de formación especializada, la Escuela Nacional de Puericultura, sancionada por R.D. de 23 de mayo de 1923 (*Gaceta* del 25 de mayo), que no había entrado en vigor hasta 1926. Esta fue efecto de la iniciativa del Consejo Superior de Protección a la Infancia, que, ya en su primer Proyecto de Reglamento (1909), propuso la creación de un Instituto Nacional de Maternología y Puericultura, encaminado a la protección y enseñanza de madres, análisis de leches, vigilancia de nodrizas y escuela de niñeras-enfermeras³⁹. Esta aspiración resultó baldía, hasta la incorporación como vocal del catedrático de Pediatría Enrique Suñer, en diciembre de 1922; una moción presentada por éste el 7 de febrero del año siguiente requirió del Ministerio de la Gobernación la constitución de un primer esbozo de dicho Instituto Nacional, en forma de Escuela Nacional o Laboratorio de Investigaciones sobre Puericultura. El R.D. de mayo de 1923 fue trasunto de dicho acuerdo, que reproducía textualmente en buena parte de su extensión. Si bien se anunció su entrada en funcionamiento en un plazo inmediato⁴⁰, no se abrió al público, en su doble dimensión asistencial y docente, hasta 1926⁴¹. En el aspecto asistencial, funcionó como un Consultorio más, actividad simultaneada con cursos oficiales para médicos, odontólogos, enfermeras, matronas y maestras⁴². El enviado de la Fundación Rockefeller dudaba de su eficacia por un motivo básico: «Cada componente de la plantilla posee al menos otros dos trabajos oficiales, además de su consulta privada, y es más bien dudoso que dediquen a ninguno de ellos tiempo suficiente»⁴³. Durante la República se consolidó como centro de especialización, para preparar al personal que debía cubrir las instituciones de Puericultura e Higiene infantil estatales, quedando en un segundo plano la labor de capacitar a personal relacionado con las escuelas, mediante cursillos especiales⁴⁴. A partir de 1927 se produjo la incorporación de diversos centros asociados, como en Sevilla o Gijón, los primeros instalados fuera de Madrid, pese a la opinión contraria expresa de la Asociación nacional de Médicos Puericultores⁴⁵. Esta difusión se reforzó tras la ley de Salud maternoinfantil de 1941, que estipuló el establecimiento de una Escuela especializada en cada provincia, si bien para 1963 sólo existían 16.

Hemos comentado en otro capítulo la pugna entre la visión horizontal y vertical de las intervenciones preventivas, la primera preferida por los especialistas, según el modelo del crecimiento de la beneficencia privada, y la segunda favorecida por la teoría sanitaria y los especialistas en salud pública. Así, los puericultores

³⁹ Pro-Infantia, 1, 1909, 115-127.

⁴⁰ La Escuela Nacional de Puericultura, Pro-Infantia, 23, 1925, 488-492.

⁴¹ Pro-Infantia, 24, 1926, 173-174.

⁴² ARBELO CURBELO (1978).

⁴³ Report (1926)...

⁴⁴ Nuevos Estatutos, según Decreto aparecido el 19 de julio en la *Gaceta*, reproducido en *La Medicina Ibero*, 26/1 (nº 768), LXXIV y ss.

⁴⁵ ASAMBLEA...(1935).

intentaron, sin éxito, que la organización de la oferta pública de higiene infantil se hiciera al margen de los centros de higiene, al menos al nivel secundario y terciario. García-Duarte, desde Granada, trabajó para conectar toda la oferta asistencial, pública y privada, médica y benéfico-social, en una única organización, que, a su juicio, debía ser el Instituto provincial de Puericultura, fuera del ámbito de la administración de Sanidad, lo que se frustró en marzo de 1935, cuando, por el contrario, la DGS dispuso la unificación de todas las denominaciones y esquemas organizativos dependientes del Estado como Servicios provinciales de Higiene infantil.

Siguiendo las mismas líneas programáticas republicanas, incluyendo la atención a las embarazadas, después de la guerra se extendió la organización puericultora, hasta alcanzar su máxima expresión a mediados de los años 50. Unas palabras de Franco⁴⁶ señalando el trío «vivienda, tuberculosis, puericultura» como los grandes desafíos sanitarios del *Nuevo Estado*, en una de sus primeras alocuciones de fin de año, subrayan la prioridad relativa con que contó esta tarea, que también en 1941 el ministro de la Gobernación calificaba como «uno de los grandes afanes del Estado»⁴⁷.

Según muestra la Tabla 1, con sus incongruencias, parece que el máximo en cuanto a la dotación de centros secundarios se alcanzó dentro de los años 1950, mientras que la dotación básica, en centros primarios dependientes de Sanidad, llegó a los 200 centros en 1963.

TABLA 1.- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD INFANTIL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD, 1947-1963

| SANIDAD NACIONAL | 1947 ¹ | 1956 ² | 1963 ³ |
|--|----------------------|-------------------|-------------------|
| Dispensarios 3º Puericultura Maternología | 57 52 | 50 | 50 |
| Dispensarios 2º Puericultura Maternología | 28 ^a 7 | 107 | 76 10 |
| Dispensarios 1º Puericultura Maternología | 39 - | -- -- | 200 200 |

⁴⁶Citadas por BOSCH MARÍN (1963), p. 8.

⁴⁷PASTOR i HOMS (1984), p. 16.

| | | | |
|---|----|----|----|
| Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia | - | 82 | 78 |
| Escuelas de Puericultura | 13 | 15 | 16 |

FUENTES: (1) Bosch Marín, 1947: 119-131. (2) Bravo Sánchez del Peral, 1956. (3) *CENSO-FICHERO...*, 1963, y las cifras de los Centros Primarios, son de Bosch Marín, Blanco Otero, y Mingo, 1964: 9.

NOTA: (a) Esta es la cifra según el texto (pp. 125-127); pero según el mapa acompañante, habría 79 centros comarcales. En muchos casos, no coinciden los citados en el texto con los que el proyecto de mapa comarcal sanitario (pp. 128-131) afirma que están en funcionamiento.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- AGUIRRE y BARRIO, Juan (1885). *Mortalidad en la primera infancia, sus causas y medios de atenuarlas*, Madrid, Tipografía Hispano-Americana.
- ARBELO CURBELO, Antonio (1962). *La mortalidad de la infancia en España, 1901-1950*. Madrid, CSIC.
- ASAMBLEA Nacional de Médicos Puericultores (1935). *Pediatría y Puericultura*, 3, 356-360.
- CABOT Y ROVIRA, José (1890). Comentarios sobre algunas causas de mortalidad de la infancia. Estudio médico-social, en: *Actas de la sesión pública inaugural que la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona celebró el 27 de febrero de 1890*, Barcelona, imp. Federico Sánchez, pp. 49-91.
- COMENGE, Luis (1900). *Generación y crianza, o Higiene de la familia*, Barcelona, Espasa Calpe.
- GARCÍA DE ANCOS, Enrique(1903). *Algunas consideraciones sobre la mortalidad infantil*, Bilbao, Imprenta y Encuadernación de José Rojas.
- GARCIA-DUARTE SALCEDO, Rafael (1927). Apostillas a la lactancia materna, *Actualidad médica*, 6, 301-306.
- GARCÍA-DUARTE SALCEDO, R. (1934). La Puericultura. Definiciones, concepto, división y contenido, límites, orientaciones nacionales, *Pediatría y Puericultura*, 2, 94-116.
- GARELLY, Ricardo (1924). La mortalidad de los niños en España y medios eficaces para combatirla. *Archivos Españoles de Pediatría*, 8(8), 484-504.
- GÓMEZ, Gumersindo (1896). *Cómo se vive y se muere en Bilbao*, Bilbao, Imprenta Casa de Misericordia.
- GÓMEZ HERRERO, Dionisio (1926). *Historia, organización y modo de funcionar de la Institución Municipal de Puericultura*, Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- G[ONZÁLEZ] REVILLA, Gerardo (1923). *Escuela de Puericultura (cuidado de los niños) y de Educación sexual*. Bilbao, imp. Echeguren y Zulaica.
- HOSPITAL de niños particular (Un) (1894). *El Siglo Médico*, 41, 830-831.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. OBRA MATERNAL E INFANTIL (1941). *Derechos y deberes de las aseguradas*, Madrid, Publ. del I.N.P., n. 536.
- MARTÍNEZ VARGAS, Andrés (1902). Reseña a *La mortalidad de los niños en Valencia*, por el Dr. R. Gómez Ferrer.- Madrid, 1901. *La Medicina los Niños*, 1902, 3, 344-346.
- NAVARRO SALVADOR, Eduardo (1915). La infancia y sus estadísticas. *Pro-infantia*, 9, 241-248.
- PASCUA, Marcelino (1934). *La mortalidad infantil en España*, Madrid, Departamento de Estadísticas sanitarias de la Dirección General de Sanidad.

- ROBLES, Leopoldo (1905). Afecciones gastrointestinales de los niños de pecho, *Gaceta médica del Norte*, 215-217.
- SALCEDO Y GINESTAL, Enrique (ed.) (1900). *Actas y Memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en los días 10 al 17 de abril de 1898. Sección Higiene infantil y escolar*, Madrid, R. Rojas.
- SARABIA y PARDO, José (1913). *Memoria anual del primer Consultorio de niños de pecho en Madrid (Gota de Leche). Año IX-1912*, Madrid, 1913.
- TOLOSA LATOUR, Manuel (1903). *La protección a la infancia en España. Leyes y proyectos*, Madrid, Est. Tip. Ricardo Fé.
- ULECIA y CARDONA, Rafael (1903)a. *Informe acerca de la mortalidad infantil de Madrid, sus principales causas y medios de combatirla, presentado a la Junta municipal de Sanidad...*, Madrid, Impr. Municipal.
- ULECIA Y CARDONA, Rafael (1903)b. *Los Consultorios de Niños de pecho ("Gotas de Leche")*. *Impresiones de un viaje*. Madrid, imp. y lib. de Nicolás Moya.
- ULECIA, R. (1912) Consultation für Brustkinder und Gouttes de Lait. En: A. Keller und C.J. Klumber (hrsg.) *Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten*, Berlin, J. Springer, 1912, vol. 1, 838-841.
- VIDAL SOLARES, Francisco (1903). *Consejos prácticos sobre la higiene de la primera infancia, con 170 aforismos*, 8ª ed., Barcelona, Casamajó.
- VIURA CARRERAS, J. (1904) [Respuesta al discurso de A. Planellas]. En: *Estudio higiénico de la fecundidad y prolificidad*, Barcelona, Tip. La Académica, pp. 81-100.

BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA

- APPLE, Rima (1995). Constructing Mothers: Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries, *Soc. Hist. Med.*, 8 (2), 161-178.
- ARBELO CURBELO, Antonio (1978). Medical audit de la Escuela Nacional de Puericultura. En: *Cincuenta aniversario de la actividad docente y asistencial. Escuela Nacional de Puericultura (1926-1976)*, Madrid, E. Garsi, pp. 184-190.
- BADINTER, Elisabeth (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVIII a XX*, Barcelona, Paidós-Pomaire.
- BALLESTER, Rosa; BALAGUER, E. (1995). La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España, *Dynamis*, 15, 177-192.
- BOSCH MARÍN, J. (1963). *Veinticinco años de puericultura española*, Madrid, Ministerio de Gobernación (Publ. «Al servicio del niño español», nº 301).
- COHEN ANSELEM, Aron (1996). La mortalidad de los niños. En: BORRÁS LLOP, José María (dir.), *Historia de la infancia en la España contem-*

- poránea, 1834-1936*, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Fund. G. Sánchez Ruipérez, pp.109-148.
- EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Madrid, Taurus.
- FUENTES CABALLERO, M. Teresa (1996). Costumbres privadas e interés público. La lactancia materna en la literatura médica de divulgación. Barcelona 1880-1890. *Dynamis*, 16, 369-397.
- GARCÍA NIETO, M. Carmen; DONEZAR, Javier (1975). La España de Franco 1939-1975, en: *Bases documentales de la Historia de España Contemporánea*, vol. 11, Madrid, Guadarrama.
- GARCÍA NIETO, M. C. (ed.) (1986). *Ordenamiento jurídico y realidad social de las mujeres, siglos XVI a XX*, Madrid, Universidad Autónoma.
- GÓMEZ REDONDO, Rosa (1992). *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, CIS-Siglo XXI.
- GROTJAHN, M. (1968). *Die Säuglingssterblichkeit in der Hansestadt Lübeck bis zum Beginn des ersten Weltkrieges. Soziale Pathologie, soziale Therapie, soziale Prophylaxe*, Lübeck, Med. Acad. Diss.
- MEDINA DOMÉNECH, R.M.; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1994). Profesionalización médica y campañas sanitarias en la España del siglo XX, *Dynamis*, 14, 77-94.
- NASH, Mary (1993). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939. En: G. Duby y M. Perrot (dir.), *Historia de las mujeres*, Madrid, Taurus, vol. 5, pp. 627-646.
- ORTIZ, Teresa (1993). El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo XX. En: M. T. López Beltrán (coord.), *Las mujeres en Andalucía*, Málaga, Diputación, pp. 107-138.
- PASTOR i HOMS, M. I. (1984). *La educación femenina en la postguerra (1939-1945). El caso de Mallorca*, Madrid, Ministerio de Cultura.
- RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban (1985). Aspectos sociales de la Pediatría española anterior a la guerra civil, 1936-39. En: J.L.Peset (ed.), *La Ciencia moderna y el nuevo mundo*. Madrid, C.S.I.C., pp. 443-460.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1987). *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo [colección Textos Clásicos Españoles de Salud Pública, 30].
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1996). Una medicina para la infancia. En: J.M. Borrás Llop (dir), *Historia de la infancia en la España contemporánea, 1834-1936*, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Fund. G. Sánchez Ruipérez, pp. 149-183 y 189-192.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1999). La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España. *Historia contemporánea*, núm. 18, 19-52.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; MOLERO MESA, Jorge (1993). La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo veinte en la con-

strucción de la cultura de la salud. En: L. Montiel (coord.) *La Salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense, 1993, pp. 133-148.

ROLLET-ECHALIER, Catherine (1990). *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIème République*, París, PUF/INED.



MEDICINA DEL TRABAJO Y PREVENCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL EN ESPAÑA (1922-1936)

JOSÉ MARTÍNEZ PÉREZ

Profesor Titular

Área de Historia de la Ciencia

Facultad de Medicina

Universidad de Castilla-La Mancha

Albacete



INTRODUCCIÓN

A lo largo del primer tercio del presente siglo, la cuestión de la siniestralidad laboral ocupó un lugar relevante entre las estrategias de reforma social. Las razones de ello han sido atribuidas por Rodríguez Ocaña a un doble orden de factores¹. En primer lugar, los derivados de la preocupación social que los accidentes del trabajo generaban. Constituían, en efecto, un problema de gran relieve que afectaba tanto a los obreros, considerados individualmente, como al sistema productivo en su conjunto. En segundo lugar, aquellos que tuvieron que ver con las demandas de seguros por parte de la clase trabajadora.

La política sanitaria española que, con el fin de abordar este problema, se dirigió hacia el sector industrial, se caracterizó por ir destinada a indemnizar o compensar al trabajador en caso de accidente². Entre las expresiones más significativas de la misma figurarían tanto la Ley de Accidentes de trabajo de 30 de enero de 1900 y sus modificaciones posteriores, sobre todo las disposiciones legislativas de 1922 y la publicación del Código de trabajo de 1926, como la Ley de Accidentes del trabajo de 1932³.

Esta orientación hacia la indemnización condicionó el perfil inicial de la Medicina del Trabajo como una especialidad. La Ortopedia, como disciplina capaz de resolver los problemas de rehabilitación física de los traumatizados, y la Medicina Legal, al constituir la evaluación forense de las lesiones un componente básico del proceso de indemnización, ocupaban un lugar central en ella. La Higiene, por el contrario, dado el escaso papel que la legislación reservaba a las actuaciones preventivas, poseía una menor importancia. De hecho, como consecuencia de esa política compensatoria surgida a comienzos de siglo, las cuestiones relacionadas con la higiene industrial comenzaron a desplazarse del ámbito de la Medicina para irse situando en el entorno de la actividad profesional de los ingenieros. Éstos, en efecto, aparecían como los expertos ideales para combatir los riesgos provocados por la maquinaria y por los agentes físico-químicos⁴.

No obstante, y como intentaré mostrar a lo largo de las próximas páginas, una legislación como la que se encontraba vigente en la España del primer tercio del presente siglo fue en parte responsable de que la Medicina del Trabajo ampliara sus contenidos. Un papel importante en ello fue el desempeñado por la nueva perspec-

¹ RODRIGUEZ OCAÑA (1993), pp. 424-425.

² RODRIGUEZ OCAÑA (1993), 422. Este trabajo aporta una valiosa bibliografía, tanto a nivel de fuentes como de bibliografía secundaria, sobre el tema de la salud laboral en España desde mediados del siglo XIX hasta el estallido de la Guerra Civil.

³ Sobre el origen y desarrollo de la normativa sobre los accidentes del trabajo en España en el período que nos ocupa pueden verse: DEL PESO Y CALVO, C. (1971); SOTO CARMONA (1985), pp. 389-398; MONTERO (1988), pp. 119-189; SAMANIEGO (1988), pp. 310-341.

⁴ RODRIGUEZ OCAÑA (1993), pp. 425 y 428.

tiva de abordaje de la prevención de los accidentes laborales que, sobre todo en la década de los veinte, cobró cuerpo dentro de nuestras fronteras. En este sentido, la labor desarrollada por los autores que originalmente desempeñaron su labor en el denominado Instituto de Reeducación Profesional iba a jugar un papel relevante en la incorporación de algunas de las innovaciones que, respecto a la manera de plantear la prevención de los accidentes laborales, estaban empezando a desarrollarse en Europa y América.

A lo largo de las próximas páginas trataré de mostrar cuáles fueron los elementos fundamentales de esos nuevos planteamientos sobre la profilaxis de los accidentes laborales que, como veremos, iban a servir para que la Medicina y la Psicología se situaran en una posición de privilegio con respecto al modo de abordar el problema de la siniestralidad laboral⁵.

1. NUEVAS IDEAS PARA COMBATIR UN PROBLEMA SOCIAL

La Ley de Accidentes del trabajo, aprobada por las Cortes en 10 de enero de 1922, dispuso que se debía organizar «un servicio especial de reeducación» para aquellos individuos que hubieran quedado inválidos como resultado de un accidente laboral⁶. Por Decreto de 4 de marzo de 1922 el Ministerio del Trabajo cumplimentó la disposición anterior, creándose así el Instituto de Reeducación Profesional, al que se le iban a encomendar las tareas de readaptación funcional, reeducación profesional y tutela social de los reeducados⁷. Para llevarlas a cabo se disponía la creación de una clínica, que tendría anejo un servicio de prótesis y de ortopedia, y talleres para la educación.

El Instituto se inauguró oficialmente en junio de 1924, completándose las instalaciones al año siguiente, lo que permitió poner en marcha a pleno rendimiento todas sus actividades. Entre ellas se encontraban: las de orientación profesional y acción cultural y social, y las de edición de publicaciones y propaganda sobre reeducación profesional⁸.

⁵ Para la elaboración de este trabajo he tenido como referente fundamental cuatro aportaciones personales previas al estudio de estas cuestiones, por lo que este trabajo representa una síntesis actualizada de las mismas: MARTÍNEZ-PÉREZ (1992); MARTÍNEZ-PÉREZ (1994); MARTÍNEZ-PÉREZ (1997); MARTÍNEZ-PÉREZ (1998).

⁶ El Instituto de Reeducación Profesional y sus actividades (1932), pp. 51-52.

⁷ Sobre el Instituto de Reeducación Profesional puede examinarse: PALACIOS SANCHEZ (s.a.); BACHILLER BAEZA (1985), pp. 9-40.

⁸ Otros servicios que también se sumaron ya en 1925 a los que inicialmente tenía atribuidos y prestaba el Instituto fueron los siguientes: dos consultas externas -la de cirugía restauradora y ortopédica; y la de enfermedades de la vista-; un gabinete de radiografía y radioscopía; aplicación de yesos en servicio de policlínica; un servicio de fisioterapia; cursos de cultura general para inválidos y de formación profesional; enseñanzas prácticas en talleres; una biblioteca especializada; una sala de lectura para alumnos; y sesiones culturales públicas. Sobre las actividades de cada uno en los primeros años de funcionamiento puede verse: El Instituto de Reeducación Profesional (1932), pp. 53-64.

El centro iba a desarrollar una intensa labor asistencial, educativa y científica. Para divulgarla, sus miembros llevaron a cabo una intensa actividad publicista en la que cabe destacar los cinco números de sus *Memorias*⁹. Muy pronto vio la luz en ellas un trabajo en el que se ponía de relieve la nueva estrategia que se defendía desde el Instituto con respecto al modo de abordar la cuestión de la prevención de los accidentes laborales. Su autor, José Mallart (1897-1989), uno de los psicólogos del Instituto¹⁰, se ocupaba en primer lugar de mostrar la importancia de luchar contra la siniestralidad en el trabajo. Destacaba, por un lado, las cuantiosas cantidades de dinero que las compañías de seguro habían destinado a pagar en concepto de indemnizaciones por accidentes. Por otro, hacía hincapié en la enorme frecuencia con que éstos se producían. Según expresaba, «cada hora, nueve minutos y cincuenta segundos se [inutilizaba] un obrero, y cada siete horas, seis minutos y cincuenta segundos, [moría] un trabajador en nuestras obras y explotaciones industriales». De este modo, no sólo llamaba la atención sobre «la importancia del tema», sino que ponía también de relieve un hecho destacado del mismo: su doble dimensión, humana y económica¹¹. Mostraba así un aspecto del problema que estamos estudiando que, aun siendo suficientemente obvio, conviene destacar desde el principio: su encuadre dentro del problema de las relaciones laborales. Muy claramente lo expresaba el autor que estamos siguiendo al señalar los objetivos de la nueva estrategia de prevención: «lo importante es ver si es posible rebajar las cifras verdaderamente aterradoras que arrojan los accidentes de trabajo; mejor dicho, para no complicar la cuestión, ver si es posible reducir el número de accidentes sin disminuir la producción»¹². Se trataba, pues, de buscar un método que proporcionara beneficios tanto a los obreros como a los empresarios, de escudriñar la manera de conjugar los intereses de unos y otros. En la práctica, ello suponía encontrar una nueva fórmula de plantear la higiene y la seguridad en el trabajo que tuviera en cuenta algo fundamental: el hecho de que contara con el menor rechazo posible por parte de los dos sectores más íntimamente implicados en la producción. Y es que, aunque algo se había hecho en las instalaciones industriales para proporcionar a los trabajadores una mayor seguridad laboral «no sólo con miras humanas, sino atendiendo también a las consecuencias económicas que trae para la misma industria la producción de accidentes», aún quedaría mucho camino por recorrer para conseguir, según indicaba Mallart, que todos los trabajos capaces de generar peligro contaran con «dispositivos de seguridad que no [despertaran] la oposición del

⁹ Sobre la producción editorial del centro entre 1924 y 1927 puede examinarse: CONTRERAS, PALACIOS SANCHEZ (s.a.), pp.124-126; ASENSIO RODRIGO, DE FRANCISCO LUQUE (1999).

¹⁰ Mallart escribió una muy interesante autobiografía: MALLART (1981). Sobre su figura puede verse asimismo: CARPINTERO (1994), p. 271; PADILLA, HUERTAS (1999); PÉREZ FERNÁNDEZ (1999).

¹¹ MALLART (1926), pp. 51-52.

¹² MALLART (1926), p. 51.

patrono por disminuir el rendimiento del trabajo ni [representaran] para el obrero un estorbo del que [tendiera] a desembarazarse»¹³.

Naturalmente, la pesquisa en torno a ese nuevo método debía partir del examen de las causas de la siniestralidad laboral. Es en este punto donde se va a poner claramente de relieve el nuevo enfoque de la profilaxis de los accidentes de trabajo que se estaba tratando de poner en marcha dentro de nuestras fronteras. Apoyándose en los datos estadísticos procedentes de los 8.599 accidentes registrados en España en 1924, Mallart señalaba que 4.299 de ellos habrían afectado a individuos comprendidos entre los 17 y los 18 años de edad, mientras que 2.250 lo habrían hecho a individuos de entre 19 y 40 años. Para él, estas cifras obligarían a extraer una conclusión importante: «la presencia del factor humano en sus manifestaciones de imprudencia»¹⁴. Abundando en esta idea de incorporar los elementos dependientes del propio trabajador a la etiología de los accidentes, el autor mostraba tres estadísticas diferentes de cuyo análisis extraía las siguientes conclusiones:

«La relación entre los accidentes debidos a factores personales y los imputables a causas extrañas al obrero es distinta en las tres estadísticas consideradas; pero esto ha de obedecer más que a ninguna otra cosa, a que se refieren a trabajos distintos, de riesgo profesional diferente. Con todo, la parte que corresponde al factor humano está en proporciones muy grandes [-según cada estadística, correspondían a un 43%, un 82,2 % y un 90%-].

Es difícil precisar hasta donde llega lo externo al obrero y dónde empieza lo propiamente personal del trabajador, lo que podríamos llamar ‘culpabilidad consciente o inconsciente’ del que provoca el accidente»¹⁵

La nueva estrategia para la prevención de los accidentes laborales iba a partir así de una nueva visión de las causas de los mismos. Se trataba de destacar la responsabilidad del obrero en su producción, de pasar a primer plano esa «culpabilidad consciente o inconsciente» del que «provoca el accidente y de situar los factores dependientes de las malas condiciones del medio laboral en un lugar secundario. En efecto, aún cuando éstas no fueran todo lo idóneas para el trabajador, el “factor humano” sería en última instancia el elemento fundamental para determinar la producción del accidente. Como exponía Mallart,

«a veces existen situaciones especiales provocadoras de accidente, circunstancias anormales de peligro, de las que el obrero puede salvarse gracias a sus condiciones individuales. Los accidentes ocasionados en estas circunstancias también pueden considerarse debidos a factores humanos, toda vez que en la mano del hombre estaba el evitarlos. Por esto no creemos exagera-

¹³ MALLART (1926), p. 57.

¹⁴ MALLART (1926), p. 52.

¹⁵ MALLART (1926), p. 53.

da la importancia que se da en las estadísticas anteriores a los elementos que están dentro del mismo trabajador»¹⁶

Así, pues, la aportación más novedosa que, con respecto al modo de abordar el problema de los accidentes laborales, se propuso en la España de la década de los años veinte, partió de la idea de que «las condiciones psico-fisiológicas de los individuos son las que deciden principalmente la suerte del trabajador ante los peligros del trabajo»¹⁷. Un punto de vista que los miembros del Instituto de Reeducción profesional iban a intentar consolidar en años sucesivos. En este sentido hay que destacar uno de los trabajos contenidos en el volumen coordinado por Antonio Oller (1887-1937) -Director facultativo del Instituto- que vio la luz en 1929 bajo el título de *La práctica médica en los accidentes del trabajo*¹⁸. Uno de los capítulos del mismo estaba dedicado a «La prevención de los accidentes del trabajo». Su autora, Mercedes Rodrigo (1891-1982), que se hallaba integrada como psicóloga dentro del Servicio de Orientación profesional del Instituto, iba a poner de relieve el nuevo enfoque que para el abordaje del problema de la prevención de la siniestralidad laboral se pretendía fomentar desde ese centro¹⁹. Procedía para ello de un modo similar a como lo había hecho Mallart. Tras señalar las elevadas tasas de accidentes de trabajo al objeto de poner de relieve «la magnitud del problema», se ocupaba de analizar la etiología de los mismos. Aunque para Rodrigo los accidentes podrían ser debidos a una variada etiología que incluiría desde las causas meramente fortuitas a la falta de protección al trabajador o a factores dependientes del propio obrero, se apoyaba en datos estadísticos para poner el acento sobre este último elemento y destacar cómo

«la mayor parte de las personas que han estudiado esta cuestión están de acuerdo en conceder enorme importancia al factor constitucional y reconocer la necesidad absoluta de estudiar la personalidad del obrero si se quiere obtener resultados eficaces en la obra de la prevención de los accidentes»²⁰

A la vista de este planteamiento, de este desplazamiento hacia el trabajador de la responsabilidad principal en la génesis de los accidentes de trabajo, no debe extrañar el modelo de prevención de los mismos que se defendía desde el Instituto de Reeducción Profesional. Según exponía Mercedes Rodrigo, había que tender al desarrollo de «la seguridad» con métodos tanto técnicos, esto es, los que se

¹⁶ MALLART (1926), pp. 53-54.

¹⁷ Estos factores psico-fisiológicos eran divididos por Mallart en cuatro grupos fundamentales: 1.- Estados anormales pasajeros o fácilmente corregibles; 2.- Ignorancia; 3.- Enfermedad; y 4.- Defectos de constitución. MALLART (1926), pp. 55-56.

¹⁸ OLLER (1929) . Sobre la figura de Oller y su producción científica puede examinarse: BACHILLER BAEZA (1984).

¹⁹ Sobre Mercedes Rodrigo puede verse: MALLART (1974); CARPINTERO (1986), p. 30; CARPINTERO (1994), pp. 296-297.

²⁰ RODRIGO (1929), p. 392.

referirían «a las condiciones de seguridad» que deberían reunir los locales industriales, las instalaciones mecánicas y la manera de efectuar algunas operaciones del trabajo, como a los psicológicos. Dado que con el primer método se evitarían, tal y como expone, «únicamente una cuarta parte de los accidentes industriales», la autora hacía hincapié en el segundo de ellos. Para ella, se podría afirmar que «el problema de la prevención de accidentes hoy día es un problema psicológico», de ahí que, según sostenía, la fórmula para resolverlo fuera «muy sencilla»: bastaría con tratar «de convencer a los interesados de la posibilidad y de la necesidad de evitar los accidentes del trabajo y a incitarlos después a adoptar una actitud conforme a esta convicción»²¹.

La posición que mostraba Mercedes Rodrigo al ocuparse de los métodos de prevención se mostraba en consonancia con ese punto de vista. Tras dividir a los medios de profilaxis en «técnicos» y «psicológicos», señalaba que los segundos eran cada día más preponderantes y poseerían un 75% de la capacidad preventiva del total de la siniestralidad laboral. Es por eso por lo que, aun destacando que «la aplicación íntegra de todas las medidas técnicas de prevención de los accidentes es la primera condición para la eficacia de los métodos psicológicos», era a éstos, a aquellos relacionados con el «factor humano», a los que en su exposición iba a atribuir un papel más relevante. Estas medidas «psicopedagógicas» incluirían, entre otras cosas, la orientación y selección profesional, que, me interesa destacar, serían para la autora uno de los «medios de mayor eficacia»²².

Esta estrategia preventiva era una muestra más de la línea emprendida por los miembros del Instituto. En efecto, a la hora de considerar la manera de evitar los accidentes del trabajo, Mallart había señalado en un trabajo anterior las siguientes «categorías de acción» para atajar el problema de la siniestralidad laboral:

«1º Tomar medidas apropiadas en relación con las instalaciones, las máquinas y los dispositivos de protección (seguridad técnica, garantías higiénicas en los locales).

2º Establecer una organización del trabajo que permita al obrero desplegar su actividad en las mejores condiciones psico-fisiológicas, evitando los gastos inútiles de energía, descartando las actividades agotadoras, substituyendo técnicas peligrosas (organización fisiológica y psicotécnica del trabajo).

3º Procurar que la vida general del obrero se desarrolle en condiciones normales de higiene y bienestar (habitación sana y agradable, expansiones enaltecidas).

4º Dar al trabajador una preparación profesional completa y una educación dirigida a colocarlo en el estado psicológico más conveniente en las situaciones peligrosas de su trabajo (escuela técnica, aprendizaje organizado, extensión cultural, propaganda preventiva del accidente, acción tutelar de directores, contra maestros y encargados).

²¹ RODRIGO (1929), pp. 394-395, 397.

²² RODRIGO (1929), pp.397-414.

5º Desviar de las ocupaciones de peligro a los que por sus dolencias son candidatos al accidente (Orientación profesional médica).

6º Colocar al individuo en el trabajo que esté más adecuado con sus aptitudes naturales y con sus defectos (Orientación profesional fisiológica y psicotécnica, selección profesional)»²³

Estas palabras de Mallart son muy útiles de cara a ilustrar el rasgo más sobresaliente de la estrategia que estos autores planteaban para combatir los accidentes de trabajo: el papel central que debía desempeñar la actuación sobre el trabajador. En efecto, de los seis puntos sobre los que habría que basar las acciones, cuatro de ellos situaban al «factor humano» como objetivo fundamental de las mismas.

Dos aspectos fundamentales creo que conviene destacar con respecto a esta característica destacada del plan propuesto para combatir la siniestralidad laboral. El primero de ellos tiene que ver con el papel central que se reservaba en el mismo a las estrategias educativas. Se trataba de llevar a cabo con el trabajador un programa de alto alcance en el que no sólo se pretendía mejorarle técnicamente, sino que, además, y fundamentalmente, se intentaba, como exponía Mallart en el párrafo transcrito arriba, de «guiarle», «conducirle» y tutelarle de manera que no se desviara hacia actividades que, dadas «sus aptitudes naturales» y «sus defectos», pudieran resultarle peligrosas. En este sentido, esa estrategia de profilaxis de los accidentes se encuadraba en un proyecto más ambicioso: el de la llamada Organización Científica del Trabajo.

El segundo de esos aspectos que quiero destacar de ese programa de prevención de la siniestralidad laboral en el que la intervención sobre el «factor humano» ocupaba un lugar tan relevante, es el que está relacionado con su repercusión sobre las posibilidades de participación de médicos y psicólogos en el proceso de producción y de organización del mercado de trabajo. Si los riesgos derivados del entorno en que se despliega la actividad laboral y la peligrosidad de las máquinas ocupaban un lugar secundario en la etiología de los accidentes, si era el trabajador, el ser humano, el principal responsable de la alta incidencia de los mismos, se hacía obligado conceder a los médicos y psicólogos, a los expertos en el conocimiento del «factor humano» un grado de intervención mayor en una tarea, como la de la prevención de la siniestralidad laboral, que, como apunté con anterioridad, estaba siendo asignada y llevada a cabo por los ingenieros.

Merece la pena por tanto examinar estos dos aspectos que acabo de apuntar en relación con la nueva estrategia de profilaxis de los accidentes laborales que se trataba de poner en marcha en la España de la Dictadura de Primo de Rivera.

2. UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA LA GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL: LA ORGANIZACIÓN CIENTÍFICA DEL TRABAJO

La Revolución Industrial determinó un conjunto de cambios estructurales en

las formas de desplegar la actividad laboral que, a su vez, plantearon una serie de problemas y desafíos a trabajadores y empresarios. Entre los que afectaron a estos últimos, uno de los más destacados fue el de la gestión de la mano de obra. Cuestiones como la del reclutamiento de la misma, o la del incremento de su eficacia para los intereses de la empresa, se presentaban como aspectos fundamentales de esa tarea de administración. Es por esto que, lejos de ser espontánea, la respuesta a esas dos cuestiones fundamentales de gestión de la mano de obra deben ser entendidas, de acuerdo con Sierra Alvarez, como «el resultado de la aplicación de técnicas conscientes, voluntarias, específicamente dirigidas» a solventar dichos problemas²⁴. Se constituye así un conjunto de estrategias destinadas a transformar al trabajador en un individuo más fácil de atraer hacia la empresa y de fijarlo en ella, y más adecuado de cara a cumplir con las tareas que de él se esperan.

Como cabe suponer, ni las estrategias, ni la forma de ponerlas en marcha, han sido constantes. Los programas han ido variando en función de las circunstancias históricas de cada momento, adoptando distintos modos de expresión. Entre aquellos que de una manera más ostensible planteaban la necesidad de actuar sobre el estilo de vida del trabajador, tanto dentro como fuera de la fábrica, figuran los relacionados con el denominado «paternalismo industrial». Un teórico del mismo señalaba en este sentido que «si existe un punto aceptado por la ciencia, es el de que el mejor obrero, el más productivo y el más hábil es el obrero bien alimentado, bien alojado, satisfecho de su suerte»²⁵. Por las mismas razones, indicaba otro defensor de esta doctrina, se asumía que

«una vez que se hace vivir al obrero en un ambiente sano tal que su familia pueda crecer sin verse minada en sus bases fisiológicas y morales, se deriva de ello un bienestar que favorece al industrial por cuanto pone a su disposición una mano de obra no enervada, y aparta del ánimo del trabajador la idea de revuelta»²⁶

Pero el proyecto paternalista no sobrevivió a la Primera Guerra Mundial. Las transformaciones del desarrollo capitalista, y el cambio general de relación entre fuerzas burguesas y fuerzas obreras a que se estaba asistiendo, determinaron que el programa se agotara. Como señalaba en 1921 un analista de estas cuestiones,

«el patrón esperaba que, bien tratados, los obreros fueran más dóciles, más inclinados a practicar virtudes de obediencia, de la honestidad profesional, de la buena conducta, del ahorro y, sobre todo, esa suprema virtud que se espera del pueblo: la resignación. Pero los tiempos han cambiado, y otra concepción

²³ MALLART (1926), p. 57.

²⁴ SIERRA ALVAREZ (1990), p. 15.

²⁵ Cfr. SIERRA ALVAREZ (1990), p. 80.

²⁶ Cfr. SIERRA ALVAREZ (1990), p. 82.

ha ganado terreno en la clase trabajadora: la de independencia económica y social»²⁷

El programa paternalista estaba fracasando en su intento de producir un obrero modelo, de construir un trabajador que fuera más eficaz en el cumplimiento de sus labores y más dócil en sus relaciones con el empresario. Se hacía preciso, por tanto, un cambio de estrategia que iba a estar representado por la denominada Organización Científica del Trabajo (OCT, en adelante)²⁸. Pues bien, como veremos a continuación, la Medicina del Trabajo que, en sus aspectos relacionados con la prevención de la siniestralidad laboral, se quería forjar desde el Instituto de Reeducación Profesional, se iba a encuadrar dentro de las estrategias de gestión de la mano de obra representadas por la OCT.

En efecto, en 1930, al evaluar la situación de nuestra industria, un crítico señalaba al «individualismo de nuestros industriales» y a «lo elevado de nuestros costos de producción» como «los verdaderos males» que habían determinado el delicado momento por el que aquella atravesaba. Proponía en consecuencia, de cara a mejorar ese estado de cosas, «la organización de las empresas en sentido colectivo» y la aplicación a las mismas de «los métodos de organización científica del trabajo»²⁹. Las anteriores palabras resultan interesantes desde dos puntos de vista. De un lado, muestran bien a las claras el descrédito en que habían caído a finales de la segunda década del siglo XX dentro de nuestras fronteras las iniciativas paternalistas e individuales. Pero nos muestran también algo más. Me refiero al papel relevante que se concedía a un nuevo programa destinado a gestionar mejor la actividad industrial: la OCT³⁰. César de Madariaga, uno de los principales mentores de la OCT en España, definía a ésta como «la disposición de los diferentes factores de la producción, con arreglo a los métodos rigurosamente científicos, que conducen al óptimo rendimiento»³¹. La OCT hacía así pasar a primer plano, dentro de la gestión industrial, el aspecto de la productividad. Pero, para lograr esto, no bastaba con intervenir dentro del espacio de la fábrica. Madariaga destacaba también, al considerar a la OCT como un «sistema social», que se debía entender a la misma como algo más que la mera aplicación de una serie de técnicas dentro de los centros fabriles. En efecto, un rasgo significativo de la OCT, tal como se formuló al menos en

²⁷ Cfr. SIERRA ALVAREZ (1990), p. 154.

²⁸ Acerca del papel desempeñado por la I Guerra Mundial como un estímulo para el desarrollo de la OCT y de la Medicina del Trabajo pueden examinarse: INESON, THOM (1985); y McIVOR (1987). Sobre el desarrollo en el período entreguerras de la OCT véase también: JONES (1985); y WILLSON (1985).

²⁹ TALLADA, J.M. (1930-31), Organización industrial y Racionalización, Revista de Organización Científica, 2, 3-5, pp. 3-4.

³⁰ Sobre la incorporación a España de la OCT continúa siendo de enorme utilidad: TOMAS, ESTIVILL (1979); y SOTO CARMONA (1989), pp. 207-246. Puede verse también: CARPINTERO (1999).

³¹ Cit. en PALACIOS, G. (1928-9), p. 58.

España en la década de los años 1920, era precisamente su interés por desbordar explícitamente los límites del primer taylorismo³², por no limitar su campo de actuación al mero espacio del lugar de producción. Como indicaba otro propagandista de las bondades del nuevo programa de gestión, la OCT tendría dos funciones: la técnica y la social. Sería a esta última, que prestaría atención principal «al factor humano», a la que en ese momento se estaría concediendo «la máxima importancia»³³. De este modo, la OCT se erigía, según lo ha expresado Sierra Alvarez, como un programa de técnicas que debían aplicarse «en la fábrica y fuera de ella, sobre el trabajo y sobre *el trabajador*» para conseguir el tipo ideal de éste que exigía la industria³⁴. La envergadura del nuevo programa, sus estrategias principales, quedaban esbozadas en las siguientes palabras de uno de los divulgadores de la OCT dentro de nuestras fronteras:

«La organización científica del trabajo -en su concepción más comprensiva- es, de un lado, *técnica* de la producción, dominio del instrumento y del método, orden adecuado de operaciones, régimen administrativo, pero de otro, es *educación*, o sea la formación del personal -todo el personal, sobre la fase de formación del hombre-, por lo que la racionalización deberá descansar en la cimentación educacional que la nación ofrezca; de otro lado, la racionalización es *psicología*, o sea conocimiento del personal, de sus cualidades, necesidades, aspiraciones, aptitudes, resistencias, anhelos...; y de otro, en fin, es la racionalización *ética*, o sea disciplina interna»³⁵

Así, pues, junto a un trabajador más capacitado desde el punto de vista técnico y una fábrica mejor administrada, tres elementos se convertían en piezas clave del programa de la OCT: la educación, la psicología y la disciplina. La Medicina encontraba así un terreno francamente abonado para incorporarse al programa de la OCT. De hecho, como veremos a continuación, se iba a mostrar como uno de los elementos clave dentro de las estrategias de la OCT conducentes a la obtención de ese prototipo ideal de trabajador que los nuevos tiempos requerían. Su forma de articular dentro de los planteamientos de la OCT su propuesta para la prevención de los accidentes de trabajo es buena prueba de ello.

3. LA PREVENCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL Y LA ORGANIZACIÓN CIENTÍFICA DEL TRABAJO

En un artículo publicado en 1932, José Mallart mostraba con las siguientes

³² Una breve aproximación, pero muy útil por la bibliografía que aporta, a la figura Taylor y a su “scientific management” es la de LAYTON (1975). Sobre la aplicación y desarrollo de sus ideas véase: CORIAT (1993).

³³ G. P. DE M. (1928-29), p.97.

³⁴ SIERRA ALVAREZ (1990), p. 28.

³⁵ Cfr. G.P. DE M (1928-29), p. 98.

palabras el valor de la «distribución científica del personal» de cara a evitar los accidentes del trabajo:

«De manera general, el buen obrero, el que está en su sitio, desplegando una actividad conforme a sus aptitudes, es el menos susceptible de accidente a igualdad de riesgo.

(...) De ahí se desprendería lo mucho que se puede hacer desde el momento en que los jóvenes hacen su ingreso en la vida del trabajo. Las aptitudes naturales, los defectos de constitución, la enfermedad o aun a la predisposición para la enfermedad, han de ser objeto de una atención escrupulosa al determinarse la entrada de un aprendiz en una industria o al decidir la vía profesional que ha de seguir un joven»³⁶

El programa de prevención de la siniestralidad laboral que estamos examinando incorporaba así, como un elemento fundamental del mismo, la orientación y selección profesionales. De este modo, quedaba encuadrado en un proyecto social y económico de alto alcance. En efecto, como señalaba Mallart, «la admisión y distribución del personal» representaba, no sólo «un aspecto particularmente interesante» de la «prevención de accidentes», sino también, de la «organización científica del trabajo»³⁷.

En el momento en el que Mallart escribía esas palabras, la OCT había logrado captar para su causa a muchos médicos y psicólogos³⁸. La puesta en marcha en 1923 dentro del Instituto de Reeducción Profesional de una sección destinada a seleccionar a las personas más susceptibles de ser reeducadas, «a distribuir las científicamente por los diversos talleres y lugares de trabajo», a estudiar las causas de los accidentes del trabajo y a la «investigación de las aptitudes de los individuos», fue el germen del que surgió en 1928 el Instituto de Orientación y Selección Profesional de Madrid³⁹. Este desarrollo institucional muestra cómo la dictadura de Primo de Rivera apoyó el desarrollo de las actividades encaminadas a conseguir la «racionalización», nombre con el que también se hacía referencia a la OCT, de la actividad industrial⁴⁰. No es de extrañar esta favorable acogida si tenemos en cuenta que la OCT, al contribuir a apaciguar la siempre conflictiva área de las relaciones

³⁶ MALLART (1932a), p. 43.

³⁷ MALLART (1932a), p. 42.

³⁸ Sobre la vinculación de las ciencias médicas con este proceso puede verse: MEDINA, RODRIGUEZ OCAÑA, (1992).

³⁹ En 1930, una R.O cambió el nombre a Instituto Psicotécnico. El Instituto Psicotécnico de Madrid (1930-1931); MALLART, (1932b), pp. 105, 107. Sobre este centro puede verse también: ENCINAS, ROSA (1990), pp. 84-87.

⁴⁰ Sobre el uso del término «racionalización» en estos años puede examinarse: MALLART (1927a). Mallart recomendaba reservar el término «racionalización» para hacer referencia a la «adaptación de métodos encontrados por razonamiento, por la lógica de los hechos corrientes, por el buen sentido», en tanto que organización científica debería emplearse para aludir a la «adaptación de los métodos obtenidos a partir de la ciencia, encontrados experimentalmente, formando parte de un todo sistemático convenientemente controlado».

laborales, representaba un buen instrumento para estabilizar el régimen⁴¹. En efecto, entre la multitud de críticas de las que ha sido objeto la OCT⁴², una de las que se le han realizado con mayor asiduidad ha sido la de representar un medio para combatir la indisciplina laboral. En este sentido, Alberto Cambrosio ha destacado, cómo un aspecto de la OCT, la selección profesional, se hallaría estrechamente relacionada en su origen con lo que denomina «el panoptismo de la fábrica», con el afán de incrementar el control sobre el obrero dentro de los talleres⁴³. No por casualidad Mercedes Rodrigo indicaba ya en 1930 que «todo el mundo reconoce que la vigilancia psicotécnica de los obreros es un factor de disciplina y progreso en la organización de las fábricas»⁴⁴.

Y es que la incorporación del problema de la prevención de la siniestralidad laboral al discurso de la OCT parece tener que ver con una cierta estrategia destinada a vencer la resistencia hacia la misma de determinados sectores de la sociedad que, con los obreros a la cabeza, la hacían responsable de la crisis económica y de las altas tasas de paro que se estaban registrando⁴⁵. No puede extrañarnos, por tanto, que quienes estaban interesados en desarrollar la Medicina y la Psicología del Trabajo dentro de nuestras fronteras tuvieran mucho interés en mostrar las bondades de una estrategia para el manejo de la actividad laboral que, como era el caso de la OCT, abría, según estamos viendo, enormes perspectivas para el desarrollo de esas disciplinas. Presentar a la OCT como una actividad no sólo conducente a aumentar el rendimiento del trabajador, sino también, a hacer disminuir algo tan negativo para el bienestar de éste como eran los accidentes laborales, implicaba mostrar que el desarrollo de la OCT resultaba favorable a los obreros. Como señalaba un artículo de la época, la prevención de la siniestralidad laboral debía interesar «a los patronos», al ocasionar «un gasto en la producción» y representar «una carga por su coste y por las horas perdidas de trabajo»; pero, asimismo, habría de interesar a los

⁴¹ Este papel pacificador que la OCT podía desempeñar en las relaciones entre obreros y empresarios era ya destacado por Mallart al afirmar que «el hecho mismo de ver que los hombres de ciencia se ocupan del bienestar del obrero, de la economía del esfuerzo, de la eliminación de la fatiga inútil en el trabajo, es de un gran efecto conciliador y armonizador (...) Si examinamos los resultados de la orientación profesional, sobre todo la que se hace científicamente, vemos que sus efectos sobre las buenas relaciones en la industria son de un resultado optimista». MALLART (1928-1929), p. 44.

⁴² Una perspectiva general sobre las diversas críticas puede verse en: TOMAS, ESTIVILL. (1979), pp. 20-21.

⁴³ CAMBROSIO, (1980), p. 46.

⁴⁴ RODRIGO (1930), p. 410; RODRIGO (1930-31). Hay que señalar que «Psicotecnia» era el término que servía para designar el conjunto formado por la Psicología del trabajo y la Psicología aplicada al trabajo. A este respecto véase: MALLART, (1933), pp. 211-213.

⁴⁵ Diversos artículos y notas informativas aparecidas en las publicaciones que trataban de difundir los beneficios de la OCT mostraban ya a finales de la década de los veinte este estado de opinión.

obreros por servir a «la conservación de su salud» y a combatir «la merma» que producirían los accidentes en sus ingresos⁴⁶.

De este modo, la prevención de los accidentes laborales, al representar éstos un problema en el que se daban cita preocupaciones que poseían ya un gran interés político en ese momento –la eficacia, sobre todo a nivel económico, del Estado, la salud de las clases trabajadoras y, como una demanda importante de los obreros, las condiciones de trabajo en las fábricas–, se presentaba así como un buen argumento para justificar la adopción de algunos de los métodos de la OCT, como es el caso de la formación, la orientación y la selección profesionales. Como hemos mostrado en otro lugar, esta asociación de la Medicina y la Psicología del Trabajo con la OCT resultó beneficiosa para el desarrollo institucional y científico de estas disciplinas, al servir para consolidar y poner en marcha centros en los que se procedió a cultivarlas⁴⁷. Además, al hacer del «factor humano» un punto clave dentro de la etiología de los accidentes laborales, el programa de prevención de los mismos que estamos explorando llevaba aparejado la necesidad de incrementar el conocimiento de la organización biológica de los individuos. Era preciso estudiar, por ejemplo, la fisiología humana para intentar controlar aquellos fenómenos que, como la fatiga, sitúan al trabajador en una situación favorable a sufrir un accidente⁴⁸. De este modo, la «extensión de la Medicina del trabajo», por utilizar la expresión de uno de sus más insignes cultivadores, se vio fuertemente incrementada. Ya no se trataba sólo de Ortopedia y Medicina Legal, sus contenidos fundamentales hasta los años veinte, sino que se había convertido en una disciplina fuertemente pluridisciplinar⁴⁹.

⁴⁶ DE ANDRÉS BUENO (1934), p. 2. Los gobiernos de la II República se mostraron también receptivos a las aportaciones que podía hacer la OCT. Los interesados en fomentar la organización científica del trabajo destacaban ya en 1931 que «en las sesiones de las Cortes Constituyentes de la República española» había sido posible apreciar «varias veces atisbos de preocupación por organizar científicamente las funciones del Estado y por introducir la Ciencia en sectores de la vida política y de la administración que hasta ahora estaban regulados por un sentido común acomodaticio, mezclado de prejuicios y de rutinarismos». La organización científica del Estado español, (1930-31), p. 427. Este apoyo de la República a determinados aspectos de la OCT ha sido también puesto de relieve por alguno de los principales implicados en la implantación de la «racionalización» de los medios de producción, señalando, por ejemplo, que la Psicología tuvo «buenos valedores en las alturas de la Administración pública» en «los gobiernos de la II República». MALLART (1981), p. 113. José Germain (1897-1986), a quien le fue «otorgada» la dirección del Instituto de Psicotecnia de Madrid «por el primer Gobierno de la República», señaló también como esta institución continuó su ritmo en este período «cada vez más protegido y ayudado por los sucesivos Ministros de Instrucción Pública». GERMAIN (1980), pp. 25-26.

⁴⁷ MARTÍNEZ-PÉREZ (1994), pp. 150-152.

⁴⁸ A este respecto puede verse: RABINBACH (1992); BILBAO (1997), pp. 116-117; MARTÍNEZ-PÉREZ (1998).

⁴⁹ En 1934, al ocuparse de los campos de estudio que debía abarcar la Medicina del Trabajo, Antonio Oller señalaba los siguientes: la Higiene del ambiente del trabajo; la organización técnica del trabajo para que se obtenga el máximo rendimiento con la menor pérdida de energía y de tiempo; el conocimiento exacto del obrero, o sea su examen biopatológico, a fin de conocer las aptitudes físicas y psíquicas y la capacidad y diferencia productiva para que cada obrero ocupe su puesto, examinar las

4. LAS CONSECUENCIAS DE UNA ESTRATEGIA: EDUCACIÓN E INCULPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

El programa de prevención de los accidentes del trabajo que estamos examinando señalaba también a otro de los métodos de la OCT, la educación del trabajador, como uno de los medios mejores para combatir la siniestralidad laboral. Situándose, según lo expresaba Mallart, «en relación con la economía y la vida del país»⁵⁰, la formación profesional sería,

«por sí sola, una obra de prevención del accidente. Nos lo dicen las estadísticas (...). Si esta formación profesional se hace sistemáticamente y con preocupaciones de prevención tendremos un magnífico instrumento para la disminución de la frecuencia de accidentes, no sólo en los jóvenes, sino también en los futuros obreros formados.

Un aprendizaje científicamente organizado hará el profesional completo, es decir, el que produce obra de calidad al mismo tiempo que evita los peligros del trabajo»⁵¹

Se trataba una vez más, por tanto, de desplazar hacia el trabajador la parte principal de la estrategia de profilaxis de la siniestralidad laboral, de generar en él un sentido del deber con el argumento de que para ser un buen obrero ya no bastaría sólo con producir adecuadamente, sino que había de controlar su propia seguridad. Como señalaba Mercedes Rodrigo, era necesario «inculcar en las conciencias de las gentes la idea de la posibilidad y eficacia de la prevención de accidentes», luchar contra «la negligencia, la falta de atención y la imprudencia de los obreros» y «desarrollar» en ellos «el sentido de la responsabilidad». Habría que «convencerles de que el obrero prudente no corre riesgo alguno»⁵². Se trataba, por tanto, de combatir su «ignorancia» y su «desprecio por el peligro», de promover en ellos un cierto sentimiento de culpa ante su desgracia, y en esa tarea la «sugestión» mediante anuncios y carteles confeccionados sobre una «base experimental»⁵³ constituirían un elemento de gran valor al transmitir mensajes como: «no te avergüence trabajar con la seguridad necesaria; no tienes derecho a sacrificar tu vida por un falso concepto del valor»; o «si el trabajo que el obrero realiza no es incompatible con sus condiciones naturales y si el operario conoce a perfección la técnica que ha de

predisposiciones morbosas y los tipos constitucionales que favorecen los accidentes y las enfermedades profesionales; el estudio a fondo de la Traumatología del Trabajo; y el conocimiento de la Legislación. OLLER (1934), pp. 27-28.

⁵⁰ MALLART (1932c), p. 169.

⁵¹ MALLART, José (1930-1931), pp. 271-272.

⁵² RODRIGO (1930-1931), pp. 515, 516-517.

⁵³ Sobre el valor de los carteles para la lucha contra la siniestralidad laboral se puede consultar: MALLART (1927b); MALLART (1935).

desarrollar y los peligros que le rodean disminuirán las posibilidades de que se originen accidentes»⁵⁴.

La importancia que concedían al valor «seguridad», su afán por inculcarlo entre los ciudadanos, les llevaba a recomendar lo siguiente: «Para que la prevención de accidentes de todas clases sea eficaz hay que empezar a hacerla desde la escuela primaria, a partir de los primeros años de la vida debe iniciarse ya lo que se llama ‘enseñanza de la seguridad’, cuyo objeto principal consiste en despertar y afirmar la voluntad de evitar accidentes»⁵⁵

Se trataría de alcanzar «una nueva generación imbuida del espíritu favorable a la prevención de accidentes bajo todos sus aspectos», de «emprender una verdadera cruzada» a su favor desde la infancia⁵⁶. De este modo, se pretendía buscar la consecución de una especie de, parafraseando a Labisch, «*homo securus*», un hombre para el que la seguridad se constituyera en la meta fundamental de su vida y que subordinara completamente su manera de vivir a los principios de seguridad derivados del estudio por la ciencia, sobre todo la psicología y la medicina, de los accidentes del trabajo⁵⁷. En efecto, según exponía Mercedes Rodrigo, «el problema de la seguridad industrial no puede resolverse hasta que la idea de la seguridad se haya incorporado a la vida de todos los días (...). Es necesario incluso que la idea de la seguridad constituya en los medios sociales una preocupación casi tan importante como la salud»⁵⁸

De este modo, el concepto «seguridad» representaba, de manera similar a lo que ocurriría con el valor «salud» en el caso del «homo hygienicus» labischiano, un concepto cuya base científica parecía garantizar su neutralidad política; una noción mediante la cual se podía realizar la asimilación de clases periféricas, como el proletariado, al estilo de vida propio de la burguesía y llevar a cabo su integración dentro de la sociedad industrial. Una noción que parecía implicar que el «derecho a la seguridad», pasaba también por «el deber de la seguridad»⁵⁹. No hay que perder de vista que, hacia 1932, una de las máximas instancias en el poder defendía, como una parte fundamental del proyecto político de «racionalización» de nuestra economía, la idea de que «el Estado moderno» habría de reposar cada vez más «sobre estos dos principios: ordenación científica de la economía y disciplina voluntaria de la masa»⁶⁰.

⁵⁴ Una buena muestra de los carteles que se empleaban en la época aparece recogida en DE ANDRES BUENO (1931), pp. 137-150.

⁵⁵ RODRIGO (1930-1931), p. 518.

⁵⁶ RODRIGO (1930-1931), pp. 520 y 522. La importancia que concedían a educar al niño desde la infancia para combatir los accidentes queda reflejada en: RODRIGO (1926); pp. 64-65; y RODRIGO (1935).

⁵⁷ LABISCH (1985), p. 600.

⁵⁸ RODRIGO (1930-1931), p. 519.

⁵⁹ LABISCH (1985), p. 610-611.

⁶⁰ Quien así se expresaba era Fernando de los Ríos, a la sazón, Ministro de Instrucción Pública. DE LOS RÍOS (1932), p. 31.

5. CONCLUSIÓN

A lo largo de los años veinte y treinta se desplegó por tanto en España una doctrina sobre la prevención de los accidentes del trabajo que desplazó la responsabilidad de la etiología de la siniestralidad laboral desde las condiciones del ámbito del trabajo hacia el «factor humano». Estas nuevas ideas, que se enmarcaban en la estrategia de gestión de las relaciones laborales representadas por la Organización Científica del Trabajo, sirvieron tanto para mejorar el grado de institucionalización de la Medicina y la Psicología del Trabajo, como para incrementar el alcance de sus contenidos. Como consecuencia de todo ello, se difundió en la sociedad española un discurso que llevaba inherente la idea de que el trabajador era el principal responsable de su propia seguridad, y que, por lo tanto, poseía un grado considerable de culpa en los accidentes que le pudieran ocurrir. Se justificaba así, en medio de un discurso que poseía un fuerte componente moralizador, la labor de educar al individuo en aras de mejorar su capacidad de autodefensa frente al accidente. De este modo se estaba contribuyendo a la labor, tan cara a la OCT, de disciplinar al trabajador, de moldearlo, para hacer de él una pieza más eficaz dentro de la cadena productiva.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

- DE ANDRES BUENO, Vicente (1931). Prevención de accidentes del trabajo, *Medicina del Trabajo e Higiene Industrial*, 2, 123-153 (pp. 137-150).
- DE ANDRES BUENO, Vicente (1934). *La prevención de los accidentes del trabajo*, Valladolid, Cuesta.
- DE LOS RÍOS, Fernando (1932). Hacia la ordenación científica y la disciplina en España, *Revista de Organización Científica*, 3, 30-32
- El Instituto de Reeducción Profesional y sus actividades. *Medicina del Trabajo e Higiene Industrial*, 3, 51-85, (1932).
- El Instituto Psicotécnico de Madrid, *Revista de Organización Científica*, 2, 149-155, (1930-1931).
- GERMAIN, José (1980). José Germain: autobiografía (I), *Revista de Historia de la Psicología*, 1, 7-32 (pp. 25-26).
- G. P. DE M. (1928-29). Revisión de 'La Organización Científica del Trabajo', por Posada, A., Publicaciones de la Sociedad Española para el Progreso Social, Madrid, 1929, *Revista de Organización Científica*, 1 (4-5), 97-98.
- La organización científica del Estado español, *Revista de Organización Científica*, 2, 427-8, (1930-1931).
- LANDAUER, Edmond (1928-1929). Las sorpresas de la racionalización, *Revista de Organización Científica*, 1 (2), 3-7.
- MALLART, José (1926). Orientación profesional y prevención de accidentes del trabajo. *Memorias del Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo*, 3, 50-61.
- MALLART, José (1927a). El alcance de la palabra 'Racionalización', *Memorias del Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo*, núm. 4, 79-83.
- MALLART, José (1927b). La sugestión del anuncio en la prevención de los accidentes, *Memorias del Instituto de Reeducción de Inválidos del Trabajo*, 4, 73-78.
- MALLART, José (1928-1929). La mejora de las relaciones humanas del trabajo en España, *Revista de Organización Científica*, 1 (núm. 4-5), 39-45.
- MALLART, José (1930-1931). Formación profesional y prevención de accidentes del trabajo, *Revista de Organización Científica*, 2, 265-275.
- MALLART, José (1932a). La prevención de los accidentes del trabajo en la industria, *Medicina del Trabajo e Higiene Industrial*, 3, 34-49.
- MALLART, José (1932b). *El Instituto Psicotécnico de Madrid*, Madrid, Huelves.
- MALLART, José (1932c). La organización de la Formación Profesional en España, *Revista de Organización Científica*, 3, 169-180.
- MALLART, José (1933). La Psicología aplicada al trabajo, *Medicina del Trabajo e Higiene Industrial*, 4, 211-225.

- MALLART, José (1935). La base experimental en la confección de carteles educativos destinados a los trabajadores, *Revista de Organización Científica*, 4, 753-777.
- MALLART, José (1974). Cincuentenario del originalmente llamado Instituto de Orientación y Selección Profesional. *Revista de Psicología general y aplicada*, 29, 929-1008.
- MALLART, José (1981). Memorias de un aspirante a psicólogo. *Revista de Historia de la Psicología*, 2, 91-123.
- OLLER, Antonio (ed.) (1929). *La práctica médica en los accidentes del trabajo*, Madrid, Javier Morata.
- OLLER, Antonio (1934). *Medicina del Trabajo*, Madrid, Javier Morata.
- PALACIOS, Genoveva (1928-9). Reseña de 'César de Madariaga: Organización Científica del Trabajo.- Las ideas', Madrid: Biblioteca Marvá, *Revista de Organización Científica*, 1 (2), 57-59.
- RODRIGO, Mercedes (1926). Protección de los niños contra los accidentes, *Memorias del Instituto de Reeducación de Inválidos del Trabajo*, 3, 62-66.
- RODRIGO, Mercedes (1929). La prevención de los accidentes de trabajo. En: OLLER (1929), *La práctica médica en los accidentes del trabajo*, Madrid, Javier Morata, pp. 388-415.
- RODRIGO, Mercedes (1930). La Psicotecnia en la prevención de los accidentes del trabajo, *Medicina del Trabajo e Higiene Industrial*, 1, 403-417.
- RODRIGO, Mercedes (1930-31). Métodos psicopedagógicos para la prevención de accidentes, *Revista de Organización Científica*, 2, 515-522.
- RODRIGO, Mercedes (1935). Prevención de accidentes desde la infancia, *Revista de Organización Científica*, 4, 686-694.
- TALLADA, J.M, (1930-31), Organización industrial y Racionalización, *Revista de Organización Científica*, 2, 3-5

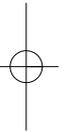
BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

- ASENSIO RODRIGO, David; DE FRANCISCO LUQUE, Eva (1999). Una aproximación descriptiva a las publicaciones periódicas del Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo (1924-1933). *Revista de Historia de la Psicología*, 20 (3-4), 45-58.
- BACHILLER BAEZA, Ángel (1984). *Historia de la Medicina del Trabajo en España. La obra científica del Prof. Antonio Oller Martínez*, Valladolid, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid.
- BACHILLER BAEZA, Ángel (1985). *La Medicina Social en España (El Instituto de Reeducación y la Clínica del Trabajo 1922-1937)*, Valladolid, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid.
- BILBAO, Andrés (1997). *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*, Madrid, Siglo XXI.
- CAMBROSIO, Alberto (1980). Quand la psychologie fait son entrée á l'usine:

- sélection et contrôle des ouvriers aux Etats-Unis pendant les années 1910, *Movement social*, 113, 37-65.
- CARPINTERO, Helio (1986). *The Development of Spanish Psychology: a bibliometric approach*. *Revista de Historia de la Psicología*, 7, 27-48
- CARPINTERO, Helio (1994). *Historia de la Psicología en España*, Madrid, EUDEMA.
- CONTRERAS, María; PALACIOS SANCHEZ, Julián (s.a.). Publicaciones. En: Julián Palacios Sánchez (ed.), *Historia del C.P.E.E. de Reeducción de Inválidos*. Antigua INRI, Madrid, M.E.C.-C.P.E.E., pp. 121-129.
- CORIAT, Benjamin (1993). *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*, Madrid, Siglo XXI.
- DEL PESO Y CALVO, Carlos (1971). *La protección legal del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional 1900-1967*, Madrid, Ministerio de Trabajo Instituto Nacional de Previsión.
- ENCINAS, Miguel; ROSA, Alberto (1990). El desarrollo institucional de la Psicología en España. *Revista de Historia de la Psicología*, 11, 73-121
- INESON, Antonia; THOM, Deborah (1985), T.N.T. Poisoning and the employment of women workers in the First World War. En: Paul Weindling (ed.), *The social history of occupational health*, London, Croom Helm, 89-107.
- JONES, H. (1985), An inspector calls: health and safety at work in inter-war Britain. En: Paul Weindling (ed.), *The social history of occupational health*, London, Croom Helm, 223-239.
- LABISCH, Alfons (1985). Doctors, workers and the scientific cosmology of the industrial world: The Social Construction of 'Health' and the 'Homo Hygienicus', *Journal of the Contemporary History*, 20, 599-615
- LAYTON, E. (1975). Taylor, Frederick Winslow. En: GILLISPIE, C.C. (ed.), *Dictionary of Scientific Biography*, New York, Charles Scribner's Sons, vol 13, 271-272.
- MARTÍNEZ-PÉREZ, José (1992). La Salud Laboral en la II República: la actitud de los médicos ante la Ley de Accidentes de Trabajo". En: Rafael Huertas, Ricardo Campos (eds.), *Medicina Social y clase obrera (Siglos XIX y XX)* (2 vols.), Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1, 349-369.
- MARTÍNEZ-PÉREZ, José (1994). La Organización Científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936). *Dynamis, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 14, 131-158.
- MARTÍNEZ-PÉREZ, José (1997). Moldeando el estilo de vida del trabajador: la educación para la Higiene y la Seguridad laborales en España (1922-1936). En: Luis Montiel; M^a Isabel Porras (eds.), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*, Aranjuez, Doce Calles, 125-137.
- MARTÍNEZ-PÉREZ, José (1998). La fatiga industrial: un concepto estratégico en

- el desarrollo de la Medicina y Psicología del Trabajo en España (1927-1936)". En: Jesús Castellanos, et al. (eds.) *La Medicina en el Siglo XX. Estudios históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*, Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 133-145.
- McIVOR, A.J. (1987), Manual work, technology, and industrial health, 1918-39, *Medical History*, 31, 160-189.
- MEDINA, Rosa; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1992). La Medicina en la Organización Científica del Trabajo. El Instituto de Orientación Profesional (Psicotécnico) de Barcelona (1917-1936). En: HUERTAS, R.; CAMPOS, R. (eds.) (1992), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)* (2 vols.), Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas, 2, pp. 459-490.
- MONTERO, Feliciano (1988). *Orígenes y antecedentes de la previsión social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- PADILLA, José M^a.; HUERTAS, Juan Antonio (1999). Un análisis situado de la producción intelectual de José Mallart. *Revista de Historia de la Psicología*, 20 (3-4), 339-350.
- PALACIOS SANCHEZ, Julián (s.a.). Evolución histórica. En: Julián Palacios Sánchez (ed.), *Historia del C.P.E.E. de Reeduación de Inválidos. Antiguo INRI*, Madrid, M.E.C.-C.P.E.E., pp. 50-90.
- PÉREZ FERNÁNDEZ, Francisco (1999). José Mallart y la Orientación Profesional. Apuntes para una Historia de la Psicología aplicada en España. *Revista de Historia de la Psicología*, 20 (3-4), 95-106.
- RABINBACH, Anson (1990). *The Human Motor. Energy, Fatigue and the Origins of Modernity*, Berkeley-Los Angeles: University of California Press.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1993). Industrielle Gesundheitsgefährdung und Medizin in Spanien, 1850-1936. Eine Annäherung an den medizinischen Diskurs. En: Dietrich Milles (ed.), *Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherungen in der Geschichte*, Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW - Verlag für neue Wissenschaft GmbH, pp. 419-440.
- SAMANIEGO, Mercedes (1988). *La unificación de los seguros sociales a debate*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- SIERRA ALVAREZ, J. (1990). *El obrero soñado. Ensayo sobre el paternalismo industrial (Asturias, 1860-1917)*, Madrid, Siglo XXI.
- SOTO CARMONA, Álvaro (1985). La higiene, la seguridad y los accidentes del trabajo. España (1874-1936). *Civitas. Revista Española del Derecho del Trabajo*, 23, 389-423.
- SOTO CARMONA, Álvaro (1989). *El trabajo industrial en la España contemporánea (1874-1936)*, Barcelona: Anthropos.
- TOMÁS, Josep.R.; ESTIVILL, J. (1979). Apuntes para una historia de la organización del trabajo en España, 1900-1936, *Sociología del Trabajo*, 17-43.
- WILLSON, Perry (1985). 'The Golden Factory'. Industrial health and scientific management in an Italian light engineering firm. The Magneti Marelli in the

Fascist period. En: Paul Weindling (ed.), *The social history of occupational health*, London, Croom Helm, 240-257.



APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

JESÚS SÁNCHEZ MARTOS

Catedrático de Educación para la Salud
Universidad Complutense de Madrid

“Vida honesta y arreglada,
usar de pocos remedios
y poner todos los medios
de no alterarse por nada;
la comida moderada,
ejercicio y diversión,
no tener nunca aprensión,
salir al campo algún rato,
poco encierro, mucho trato
y continua ocupación”

Escuela de Salerno



La Educación para la Salud ha ocupado desde siempre, aunque en la mayoría de las ocasiones de forma inadvertida, un lugar privilegiado en el fomento y la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, en la restauración de la salud y en definitiva en el mantenimiento de la vida, resultado de una respuesta intuitiva ante las necesidades primarias del ser humano, como la respiración, la alimentación, el reposo, la procreación, la autoestima y el afecto, entre otras.

Pero para poder estudiar el desarrollo histórico de la Educación para la Salud, se hace obligado desde nuestro punto de vista, el análisis de la historia de la Medicina y concretamente de la Higiene y la Salud Pública, pues aquella se fundamenta en las bases y creencias de éstas, estableciéndose como una verdadera estrategia sanitaria para conseguir la prevención de la enfermedad y el fomento y la protección de la salud.

Sin ánimo de analizar en detalle el proceso histórico de la Educación para la Salud del primer tercio del recientemente clausurado Siglo XX, pero con la noble intención de recordar el papel relevante que tuvo en el concepto de salud de la sociedad de la época, merece la pena recordar que podemos distinguir dos antiguos orígenes de esta nueva disciplina, en la historia de la humanidad: uno, el uso de métodos empíricos basados únicamente en la experiencia, y el otro, predominado por los aspectos generales de la magia, la superstición y las creencias religiosas, que se constituyeron en las bases para aconsejar el mejor modo para evitar la enfermedad y conservar la salud, dentro de los distintos conceptos de que ha disfrutado a lo largo de la historia de la Salud Pública.

Es importante recordar estos detalles, porque sin duda han estado arraigados, y aun lo están en muchas sociedades, de forma importante e indisoluble en el concepto actual de Educación para la Salud, cuando lo que buscamos decididamente es un cambio demostrable de actitudes, aptitudes y hábitos, en torno a una conducta saludablemente positiva, sobre la que van a tener mucha influencia las creencias de las distintas culturas de la sociedad, que en definitiva será nuestra población diana.

Quizá uno de los primeros pasajes del proceso histórico de la Educación para la Salud lo encontremos durante la estancia de Galeno en Roma, cuando Boeto, un excónsul romano, le solicitó que ofreciese una serie de conferencias con ánimo divulgativo a los de su clase social, acerca de cómo estaba constituido el cuerpo humano, y que factores eran responsables de la salud y la enfermedad. Estas conferencias eran recogidas por taquígrafos de la época, sirviendo de base para las múltiples obras de Galeno, entre las que cabe destacar su tratado de higiene integrado por seis libros y titulado "Hygieia", que en modo alguno iba dirigido a los médicos, sino al público culto que aprendía medicina por afición, sin el menor propósito de ejercerla nunca, aunque esto no signifique que se tratara de un libro popular del corte de nuestros actuales folletos de Educación para la Salud. Para la mayoría de los historiadores, parece un hecho claro que los conceptos de Galeno, prácticamente asumidos en la actualidad, significan casi con toda seguridad el origen de la moderna Educación para la Salud (1,2,3).

Otro de los pasajes históricos que merece la pena destacar se centra ya en el Medioevo. Se trata de la publicación del “Régimen Sanitatis Salernitatum”, obra que fue considerada por muchos como la “quintaesencia” del conocimiento médico de Salerno y del más famoso de los antiguos “regímenes”, conocida como el tratado más popular sobre higiene durante muchos siglos (4,5).

También podemos decir que la primera evidencia de una unidad de medida, como evaluación de un programa de Educación para la Salud, se encuentra al estudiar la hazaña del Capitán Cook, que en 1776 consiguió lo aparentemente imposible para la época, completando un viaje alrededor de todo el mundo, sin perder un solo hombre. Su método consistió en establecer dentro de su nave diversas reglas de higiene, basadas en la ventilación, el calor, el alumbrado, la alimentación y el descanso, que consiguió llevar a cabo a través de un verdadero programa de motivación, concienciación, autoestima, confianza y credibilidad, hechos sin duda imprescindibles en la puesta en marcha de un programa de Educación para la Salud (6). Estos mismos principios fueron posteriormente utilizados por Florence Nightingale, pionera de la Enfermería, en la Salud Pública y en la Educación para la Salud. Ella fue la primera en poner en marcha las “visitadoras entrenadas” a finales del siglo XIX, que continuarían durante el primer tercio del siglo XX y algo más, para establecer un programa de formación e instrucción en materia de salud, dirigido a las madres en su domicilio. Además creyó Nightingale que sus objetivos educativos podrían ser más efectivos si las “visitadoras” trabajaban con las madres, no sólo enseñándolas los fundamentos teóricos, sino con un verdadero programa práctico que las demostrara las dificultades que podrían encontrar, e intentando ganar su confianza mostrándoles los resultados positivos de su programa de entrenamiento. Los trabajos de Nightingale sirvieron para demostrar una clara disminución de indicadores tan importantes para la época, como la mortalidad infantil, hecho que acabó incluso con el establecimiento de programas reconocidos por las autoridades sanitarias del Reino Unido (7).

Durante esta misma época, finales del siglo XIX y principios del XX, cobró una extremada importancia la educación dedicada a prestar una especial atención al niño, a partir del momento en que dejó de ser considerado como un adulto en miniatura. Se acuñó el termino de “ortopedia” por Nicolás Andry en una obra sobre el arte de prevenir y corregir deformidades en el cuerpo de los niños, estableciendo verdaderas recomendaciones de Educación para la Salud, que iban dirigidas a las madres, padres y maestros con el fin de corregir la postura corporal de los niños (1,2,5).

En 1906, el pionero de la ortopedia alemana Albert Hoffa, defiende en sus trabajos de investigación la mejora de los enfermos minusválidos a través de la educación. Se trata de educar especialmente a los niños inválidos para que puedan defenderse en el mundo que han de vivir. Para ello Hoffa, creó el Centro de Educación y Curación de Minusválidos de Berlín-Brandenburgo. Hoy este tipo de Educación para la Salud se lleva a cabo dentro de los programas de rehabilitación y reinserción social de la prevención terciaria (2,8).

Pero quizá uno de los acontecimientos responsables de los cambios del primer tercio del Siglo XX, fuera la Revolución Industrial establecida en base a los estudios de Chadwick y Shattuck, publicados en 1842 y 1850 respectivamente y estudiados en profundidad por Sigerist, en los que se incidía en la relación indiscutible entre el grado de salud de la población y sus condiciones socioeconómicas así como el nivel de saneamiento del país, a través del estudio de verdaderos indicadores sanitarios como la tasa de mortalidad infantil y general que dependían de las clases sociales y eran especialmente altos en los primeros años del Siglo XX, así como la baja esperanza de vida al nacer que no superaba entonces ni los 36 años (2). Es fácil suponer que ambos informes fueran en realidad los responsables de que tanto en Europa como en América se crearan los Servicios de Salud Pública, cuyo objetivo primordial era exclusivamente la “protección de la Salud”, origen de la Educación para la Salud del comienzo de siglo, como moderna estrategia política de Salud Pública.

Pero no fue hasta comienzos del siglo XX, cuando se acuñaron por primera vez los términos “fomento” y “protección de la salud”, siendo su creador C.E. Winslow, quien en 1920 estableció las bases del concepto actual de Salud Pública, definiéndola como *“la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la Educación para la Salud, la organización de los Servicios Médicos y de Enfermería y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo un nivel adecuado para la conservación de su salud”* (9).

La etapa de Winslow, unida a la revolución epidemiológica de Milton Terris, estableció grandes avances científicos en el conocimiento y la epidemiología y prevención de las enfermedades transmisibles, y contribuyó de forma notable a la importancia que se comenzó a conceder a la Educación para la Salud, como estrategia de Salud Pública. No en vano, fue Milton Terris uno de los preconizadores de la “medicina social” del siglo XX, frente a la “medicina individual” que imperaba a finales del XIX. Si bien la “medicina individual” se encargaba del diagnóstico y el manejo de la enfermedad en individuos, la “medicina social”, con las mismas responsabilidades, lo hacía con la “comunidad” donde vive y en la que participa el individuo, estudiando los factores sociales que acompañan a la aparición de enfermedades como el propio alcoholismo. Es así como aparece el concepto de “higiene social”, que se ocupaba de las relaciones entre la población y su entorno social, considerando de forma preventiva las cuestiones sociales capaces de producir enfermedades e invalideces, incluyendo aspectos culturales, psicológicos e incluso políticos y de economía nacional (10).

Y ciertamente el pensamiento de M. Terris resultó influyente, porque a principios del Siglo XX, la Educación para la Salud empieza a cobrar interés por parte de algunos gobiernos, fundamentalmente por los expertos del momento, así como por las experiencias de los trabajadores sociales y líderes sociales, religiosos y humanistas, estableciendo recomendaciones a la población en torno a cuestiones

fundamentales como la educación física, la nutrición y la dietética, el descanso, el sueño, el ocio, el entrenamiento de nodrizas, así como de madres y padres, la influencia del tabaco en los jóvenes, y la protección de los niños, aunque en este particular caso no se estableció adecuadamente hasta 1933, fecha en la que se reconocieron como factores decisivos todos los comentados anteriormente, así como el propio desarrollo en la escuela.

Por otra parte, en cuanto a la Educación para la Salud como verdadera disciplina, el primer dato del que tenemos referencia en la historia, data de 1921 cuando el Instituto de Tecnología de Massachusetts impartió el primer “Programa de Educación Sanitaria”. Un año más tarde, en 1922, se fundó la primera organización profesional dentro de la Asociación Americana de Salud Pública, “The public health education” (8). En 1926, Wood define la Educación para la Salud, como “*la suma de experiencias que influyen sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad*” (11).

Durante el primer tercio del Siglo XX y hasta mediada la década de los setenta, en materia de prevención sólo se incluían acciones encaminadas a la educación del individuo buscando la responsabilización de su propia salud, teniendo como meta el fomento y la protección de la salud, tratando de persuadir al individuo de la necesidad de modificar sus conductas insanas, pero en pocas ocasiones se mencionan acciones encaminadas a modificar el medio ambiente social del individuo, que de hecho influye en su conducta de salud, sin tener en cuenta la eficacia que la Educación para la Salud podía tener también en el sujeto enfermo y sobre todo el entorno familiar.

La verdad es que a causa de estar tan íntimamente ligada a la salud pública y a la política de gobiernos, la medicina preventiva, y en definitiva la Educación para la Salud, ha sido siempre la hermana pobre de la medicina. Así lo establece en sus estudios Sigerist, cuando insiste en el contraste que tantas veces a lo largo de la historia, pero especialmente en el primer tercio del siglo XX, ha existido entre lo que se sabía de una enfermedad y lo que realmente se hacía a propósito de ella, en una época en la que precisamente eran notables los grandes progresos de la medicina curativa, y los grandes fracasos en ponerlos en práctica, sobre todo por falta, a nuestro juicio, de una adecuada Educación para la Salud.

Enfermedades contagiosas como la peste bubónica, el cólera y la viruela, que contaban con un adecuado control por parte de la medicina del siglo XX, pero no con los resultados que cabrían esperar, son claros ejemplos de este pensamiento. Miles de niños eran presa del raquitismo, a pesar de conocer la forma de su prevención, así como en el caso de la tuberculosis, o incluso en los abortos sépticos que tantas muertes producían como consecuencia de no acudir a un médico. Pero no estaba en la mente de los gobernantes la prevención de la enfermedad, y en las únicas ocasiones en que podía florecer algo la Medicina Preventiva y la Educación para la Salud, fue precisamente en los períodos de las guerras, cuando veían urgente la necesidad de evitar que los hombres enfermaran.

En este sentido, los reclutamientos de soldados durante la Primera Guerra

Mundial, pusieron de manifiesto el deprimente estado de salud de los jóvenes de la época, por lo que se comenzó a prestar un cuidado especial a la salud de los niños en edad escolar, con reconocimientos periódicos e incluso con comedores escolares.

Los efectos devastadores de la I Guerra Mundial se hicieron notar en la salud de los más jóvenes con un gran incremento de las enfermedades venéreas y la tuberculosis, como consecuencia entre otras cosas de la carestía de la vivienda y los alimentos. En 1920, el 40 % de los jóvenes escolares padecían una desnutrición aguda en la mayoría de las grandes ciudades, y como medida paliativa se ponen en marcha los comedores escolares y se fomenta la higiene del cuerpo con “la hora diaria de gimnasia escolar”, impulsando de esta forma la educación de los alumnos en cuanto a la higiene como punto de partida para conseguir una buena salud.

Diez años mas tarde, y como consecuencia de los resultados satisfactorios de este tipo de programas, se dictan a través de los gobiernos las directrices generales para la enseñanza de la Educación para la Salud de los escolares, con un temario que comprende materias como el ejercicio corporal y la higiene diaria, los ejercicios físicos y su importancia para la salud, los primeros auxilios, la higiene de la alimentación, los efectos del abuso del tabaco sobre la salud y como evitarlos, la higiene del trabajo intelectual, la vacunación contra la viruela, el parasitismo y la desinfección. Las niñas y jóvenes en los colegios reciben así mismo un curso de cuidado y alimentación de los recién nacidos y los niños pequeños (1,8).

Por otra parte, las dos guerras mundiales y en España la Guerra Civil, hicieron cambiar el pensamiento de los gobernantes frente a la prevención de las enfermedades venéreas, realmente endémicas en esas épocas, así como en el tratamiento y la prevención de las alteraciones de la salud mental, especialidad de la medicina que ya cobraba un especial protagonismo desde principios de siglo, con la publicación en 1900 de “La interpretación de los sueños”, obra del neurólogo vienés de origen checoslovaco Sigmund Freud, sentando las bases del psicoanálisis, que sin duda marcaría un cambio significativo en la medicina del Siglo XX, aunque a decir verdad al principio ejercería escasa influencia en los científicos españoles (12).

El primer tercio del Siglo XX cuenta con verdaderos avances en los diferentes campos de la medicina que desde luego contribuyeron de forma decisiva al cambio de planteamiento frente a la enfermedad. Los conceptos de hormona, alergia y genética, acuñados desde principios de siglo, así como el descubrimiento de la Insulina en 1921 por Banting y Best que facilitó el pensamiento en la Educación para la Salud de los pacientes diabéticos, el diagnóstico a través de la imagen gracias a la radiología y la endoscopia, el electrocardiograma y los avances en el campo de la cirugía y especialmente la neurocirugía, son considerados por la mayoría de los historiadores como los avances más significativos de este primer tercio del siglo.

Todos ellos unidos a los logros en la lucha contra las enfermedades infecciosas, con el descubrimiento de vacunas como la de la difteria en 1923 y la de la tuberculosis en 1924 o con medicamentos como el famoso y controvertido “sal-

varsán”, preparado a base de arsénico que fue realmente eficaz en la lucha contra la sífilis desde 1910, o la no menos famosa “penicilina” de Alexander Fleming en 1930, aunque en este caso no sería hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando se iniciara su producción de forma sistemática.

Un hecho que merece la pena destacar es la aplicación de la “gimnasia terapéutica” en 1901, a base de movimientos activos y pasivos como tratamiento para restaurar la movilidad de las articulaciones, que contribuyó de forma definitiva a la creación desde entonces de institutos especiales que fomentaron el movimiento deportivo y la gimnasia en las escuelas, que también sirvieron de base para el tratamiento de la “enfermedad neurasténica” a través de la luz, el aire y el deporte, con la idea de fortalecer el cuerpo de un modo natural favoreciendo así el concepto de principios de siglo de “sanidad popular”, por el que los médicos de la época ofrecían a la población consejos de salud, como en el caso del famoso “corsé”, porque comprimía los órganos internos (5,13).

También desde entonces se incorpora la optimización de los recursos de la naturaleza en el tratamiento de la tuberculosis a través de la “helioterapia”, recomendando los efectos beneficiosos de los rayos ultravioletas, terapia que por otra parte se utilizaba ya en la antigüedad y especialmente desde la época romana, y que en la actualidad se sigue utilizando para un sinnúmero de enfermedades crónicas. Destaquemos en este sentido la creación del primer sanatorio antituberculoso en la ciudad suiza de Leysin, que luego serviría de base para muchos de los que se pusieron en marcha en España, como el caso de Valdelatas en 1915. En cuanto a la prevención de esta enfermedad, estigmatizada por la mayoría de sectores de la población, no fue hasta 1918 cuando se informó adecuadamente a la población en cuanto al posible contagio a través de las gotitas de saliva (5,13).

En algunos ámbitos de la medicina comienza entonces a cobrar una especial importancia la relación del medio ambiente con la salud de la población, y en 1908 se funda en Hannover la Asociación Alemana contra el Ruido, con el objetivo de luchar contra todas formas de ruido innecesario en la vida pública y privada (tráfico de las grandes ciudades, ferrocarriles, tranvías, autobuses, industrias, animales domésticos, griterío público y la música de gramófonos y pianos) y sus efectos sobre la salud sobre todo con el fin de prevenir la neurastenia, enfermedad de los nervios (1,5).

También a principios de siglo, son relevantes los trabajos del ingeniero estadounidense Frederick Wislow, que constituyen sin duda la base de la llamada “medicina laboral”, una especialidad que se establecería definitivamente en 1929 en el seno del “Congreso Internacional sobre Medicina de los Accidentes y Enfermedades Laborales”, celebrado en la ciudad francesa de Lyon, y en el que se establecieron las bases para el estudio de la fisiología laboral y la psicología del trabajo. Desde entonces se comenzó a dar un valor específico a la educación del trabajador para modificar sus costumbres en “más saludables”, y abandonar las “no saludables”, siempre en busca del “trabajo y trabajador ideal” (8).

Un dato a tener en cuenta en este sentido, es la tendencia de la época, que

consistía en dar la responsabilidad de su estado de salud al propio obrero, desplazando claramente a un segundo plano la del empresario. El estilo de vida fuera del trabajo era convertido en el factor más decisivo para la salud del obrero y la situación de la fábrica y su adecuación sanitaria no tenían una especial importancia. Así se recomendaban paseos al aire libre, no encerrarse en cafés, tabernas o cines donde el aire estaba viciado por el humo del tabaco, y no beber alcohol, porque empobrecía al obrero tanto desde el punto de vista físico como económico. El salario se debía destinar a asegurar una alimentación sana, un lugar para hacer reposo y poder disponer de una vivienda saludable. El obrero, en definitiva, era el único y directo responsable de que pudiera estar enfermo, de no seguir estos consejos que formaban parte de la “educación y enseñanza de la higiene laboral” (14).

En cuanto a la alimentación y su relación con la salud, merece la pena destacar la promulgación en Washington, en 1906, de la “primera ley sobre garantía de la calidad de los alimentos y los medicamentos”, que controlaría desde entonces la “Food and Drug Administration” (FDA), con el firme propósito de garantizar la salud pública americana. Con esta primera ley se prohibían los alimentos o medicamentos que tuvieran en su composición, sin indicarlo, alcohol, morfina, heroína o cocaína. Un ejemplo claro de su cumplimiento, lo marca la historia de la Coca-Cola, que a partir de entonces tuvo que retirar la cocaína de su fórmula magistral (15).

Como queda reflejado en la historia por parte de todos los historiadores, el concepto y desarrollo de la “higiene” tiene una especial importancia en el primer tercio del Siglo XX. En 1911, se celebró la I Exposición Internacional de Higiene, en Dresde, organizado por el empresario alemán Karl August Lingner con el propósito de dar a conocer los métodos de higiene que cualquier persona podía practicar para cuidar de su propia salud y la de su familia, además de exponer la historia de la higiene y su desarrollo en diferentes culturas del mundo, con la participación de países como Brasil, China, Francia, Rusia y Hungría (15,16).

Lingner que siempre se impresionó por los avances de la bacteriología, desarrolló el concepto de enseñanza pública de la higiene creando una serie de Institutos de Higiene Social en Dresde, como la Policlínica Infantil, la Residencia de Lactantes y el Centro de Higiene Bucal.

Estos trabajos de Lingner sirvieron de fundamento para que en 1930 se creara el Museo de la Higiene de Dresde, una verdadera escuela de salud, paradigma indiscutible de la Educación para la Salud del primer tercio del Siglo XX. Todos los objetos que formaban parte de este museo estaban expuestos y explicados de forma que todo el mundo pudiera entenderlos sin tener una previa formación en medicina, y constaba en total de una serie de siete áreas temáticas:

- El ser humano, con la atracción principal del museo que era el “hombre de cristal”, en el que se podían ver con claridad los órganos, los vasos sanguíneos y el esqueleto
- La herencia y la eugenesia

- La mujer como esposa y como madre
- La endocrinología
- La salud y la enfermedad
- La instrucción higiénica de la población, y
- El cuidado sanitario en la historia y la etnología.

En las diferentes exposiciones de este “museo de educación para la salud”, se daba una importancia especial a la medicina deportiva, asignándole al médico especialista en esta materia un papel indiscutible de “educador sanitario”, fomentando el deporte en los colegios y las universidades. Así mismo, una serie de imágenes sobre la vida sana, explicaban las viejas reglas dietéticas actualizadas, recomendando una nutrición sana, períodos de descanso al aire libre, sueño suficiente y ejercicio físico, además de ropa cómoda y ligera para conseguir un bienestar corporal.

Si nos centramos en España, hemos de destacar la creación de la Escuela Nacional de Sanidad en 1924 (17), que constituyó un claro ejemplo del carácter institucionalista de la época, y que nacía con un espíritu claro de formación en materia de salud y de Educación para la Salud dirigida a los profesionales sanitarios, como farmacéuticos, médicos, veterinarios y enfermeros, además de maestros, arquitectos, ingenieros y personal subalterno sin titulación oficial, con programas basados específicamente en la higiene como elemento fundamental de la medicina preventiva de la época, y dando una especial importancia al cuerpo de “enfermeras visitadoras”, que ya pusiera en marcha Florence Nigthingale a finales del Siglo XIX.

Un hecho que desde hace años venimos defendiendo desde la Cátedra de Educación para la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, es la influencia, tanto positiva como negativa, que los medios de comunicación social tienen en la salud de la población en general, como elemento a tener en cuenta a la hora de diseñar y poner en marcha un programa de Educación para la Salud. Y un claro ejemplo de ello en la época que analizamos, el primer tercio del Siglo XX, lo constituye el papel que los medios de comunicación tuvieron ante la tristemente famosa epidemia de gripe de 1918 en España, donde los mejores expertos del momento, como el Dr. Gregorio Marañón entre otros, explicaban a la población general los consejos para evitar el contagio de la enfermedad, como protegerse del frío con ropa de abrigo, beber agua tibia, evitar los cambios bruscos de temperatura, calentar y humedecer la habitación con vapor de agua y mantener una alimentación saludable, además de realizar la desinfección de las fosas nasales, la boca y la garganta, con gargarismos a base de agua caliente y agua oxigenada, como método de profilaxis individual. Un dato anecdótico lo constituye el hecho de que a los fumadores se les aconsejara fumar en la calle, porque el humo del cigarro neutralizaría el aire frío en los días de baja temperatura (18).

En cuanto al contacto con los enfermos, existían serias controversias en las opiniones de los expertos en los medios de comunicación, y así el propio Marañón insistía en que era muy difícil el contagio de persona a persona, mientras otros

muchos aconsejaban evitar el contacto con los enfermos ante la posibilidad de contagio con el agente infeccioso causante de la gripe (19). Este tipo de controversias han existido siempre, y en la actualidad basta sólo con recordar lo sucedido en los medios de comunicación en torno a la “falsa epidemia de meningitis” de 1997, y la legionella y la “crisis de las vacas locas”, que protagonizaron el cambio de siglo y de milenio. Analizando los diferentes periódicos de la época y sobre todo el ABC, podemos asegurar que es a partir de entonces cuando los medios de comunicación comienzan a demostrar más interés por los temas de salud que afectan a la población general.

Otro de los aspectos que merece la pena tener en cuenta es el efecto que la publicidad de los medicamentos ha tenido y tienen sobre la salud de la población, sobre todo en materia de automedicación. Y para ello se ha de considerar a la publicidad como un verdadero proceso de comunicación en que se elabora y difunde una información, para dar a conocer a la población un producto farmacéutico o un servicio específico. Algo que desde luego era desconocido hasta el momento, debido a la “terapéutica personalizada”, en la que el propio farmacéutico elaboraba artesanalmente en su botica, las históricas “fórmulas magistrales” que el médico recetaba. Realmente desde principios de siglo, en 1906 podemos encontrar ejemplos de publicidad incontrolada en la mayoría de los “diarios” de Estados Unidos, donde se recomendaban “tabletas cardíacas” para hacer frente a las enfermedades del corazón (15).

Algo más tarde, a partir de 1910, podemos encontrar en la prensa española anuncios publicitarios de medicamentos contra las afecciones del aparato respiratorio, analgésicos para los dolores de cabeza y de muelas, digestivos y laxantes, antivenéreos, tónicos contra el adelgazamiento y productos para la limpieza de la piel, predominando en todos los casos la simplicidad en el lenguaje comprensible adaptado a la cultura social de la población a la que van dirigidos. En la década de los 30 la industria farmacéutica a través de la industrialización de los fármacos, hace aparecer ya anuncios referidos a especialidades farmacéuticas específicas, como el caso de la Aspirina, el fármaco más consumido y conocido a lo largo de todo el Siglo XX (20).

La publicidad de los medicamentos en la prensa, contribuye a que el paciente que tradicionalmente era considerado un elemento pasivo del sistema sanitario, adquiriera un verdadero protagonismo como consumidor, y en definitiva practique la automedicación que tantos riesgos comporta para su salud, aunque en aquellos momentos este punto no era cuestionado por los expertos de la época.

Comenzábamos este breve relato histórico de la Educación para la Salud del primer tercio del Siglo XX, con los versos de la Escuela de Salerno, que quizá sea la mejor receta para poder conseguir un envejecimiento saludable y que sin duda se trata de una recopilación de consejos válidos que siguen estando de actualidad en los modernos planteamientos de la Educación para la Salud, y que fueron puestos en marcha a principios de siglo donde imperaba un planteamiento de salud con un gran componente de pensamiento higienista.

En este sentido, también merece la pena recordar que los “determinantes de la salud” de finales del Siglo XIX y principios del XX, tenían un planteamiento distinto al formulado por Lalonde hace más de 25 años en Canadá, y que se clasificaban en seis grupos bien diferenciados: circunfusa, ingesta, excreta, applicata, percepta y gesta (21,22,23).

Con el término de “circunfusa”, se quiere referir el autor a los elementos con los que el hombre debía convivir, como el aire, la luz, el calor, el clima y el hogar, elementos todos ellos que formaban parte de su medio ambiente social. La “ingesta” se relacionaba con los alimentos, los condimentos y las bebidas, aconsejando a la población realizar cenas moderadas y no hacer ninguna comida con exceso. Con la “excreta” se explicaba la regularidad en el aseo de la piel, los dientes, los pies y las uñas, recomendando el uso de agua y jabón y el lavado de los pies una vez por semana. La “applicata” consideraba de especial importancia la relación entre el vestido y la enfermedad, aconsejando una muda por semana y desterrando el “corsé” que relacionaban incluso con la tuberculosis. Ya entonces se recomendaban zapatos con tacones bajos y anchos, aunque lo hacían para evitar caídas y fracturas de las piernas. Por su parte la “gesta” se refería a la importancia del ejercicio físico, el reposo, la vigilia y el sueño, recordando ya entonces que la “siesta” no era nada beneficiosa para la salud. Finalmente con el término de “percepta” se establecía la relación de los sentidos corporales con la salud del individuo. La vista y el oído tenían mucho que ver con las relaciones sociales, mientras que el gusto y el olfato se relacionaban con la alimentación, y el gusto era considerado como un sentido general. Se recomendaba leer a distancia para evitar la miopía y en los textos de la época se hace referencia a la importancia de los cuerpos extraños en el oído.

Y las cosas no han cambiado mucho en este sentido, porque la sociedad de nuestro Siglo XXI, confía a la medicina cuatro tareas básicas, inseparables y sin límites bien definidos: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento de los enfermos y la rehabilitación y reinserción social en todos los sentidos. Para conseguir estos objetivos, cada vez más se hace indiscutible el desarrollo de verdaderos programas de Educación para la Salud, como verdadera estrategia y modelo de gestión sanitaria en todo el mundo.

De todos modos, y para terminar, permítanme una reflexión personal y profesional que a buen seguro coincide con muchos de quienes se acerquen a estos pensamientos: la familia ha de tener un protagonismo especial, tanto en la salud como en la enfermedad, porque sin duda alguna hasta el momento ha sido “la gran olvidada” del sistema, cuando en realidad la experiencia diaria nos dice que es sin duda alguna “la gran aliada”, del sistema y aún más de todos los profesionales sanitarios.

“No es el hombre sano quien busca al médico, sino el enfermo, al tiempo que el médico, educado para curar, sólo se siente seguro en esta perspectiva”

BIBLIOGRAFIA

- 1.- SIGERIST, H.E. (1951): *A History of Medicine*. Oxford.
- 2.- SIGERIST, H.E. (1987): *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Madrid: Siglo XXI.
- 3.- SANCHEZ MARTOS, J. (1990): *Antropología y proceso histórico de la Educación Sanitaria*. En: Proyecto Docente de Cátedra. Madrid: Universidad Complutense, pp. 7-49.
- 4.- KRISTELLER, P.O. (1945): *The School of Salerno; its Development and its Contribution to the History of Learning*". Bull. Hist. Med., 1945, 17, 138-194.
- 5.- WALKER, K. (1954): *The Story of Medicine*. London: Hutchinson.
- 6.- SIMON, J. (1895): *English Sanitary Institutions*. London: Longman.
- 7.- WOODHAM-SMITH, C. (1953): *Florence Nightingale and Health Education*. Hlth.Educ. J., 11, 7.
- 8.- ROSEN, G. (1958): *A Histrtory of Public Health*. N. York: M. D. Publications Inc.
- 9.- WINSLOW, C.E. (1923): *Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaigns*. New Haven: Yale University Press.
- 10.- TERRIS, M. (1980): *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. México, D.F.: Siglo XXI.
- 11.- WOOD, T.D. (1926): *Fourth Yearbook of the Department of Superintendent of the National Educational Association*. Washington.
- 12.- FREUD, S. (1948): *Obras completas*. Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva.
- 13.- LAIN ENTRALGO, P. (1978): *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat.
- 14.- MARTINEZ-PEREZ, J. (1997): *Moldeando el estilo de vida del trabajador: la educación para la higiene y la seguridad laboral en España (1922-1936)*. En: Montiel, L. y Porrás, I.: *De la responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención*. Madrid: Doce Calles, S.L., pp.125-137.
- 15.- CORTINA, L. y FENOLLOSA, R. (1994): *Crónica de la Medicina*. Barcelona: Plaza y Janés.
- 16.- WINAU, R. (1994): *Ascensión y crisis de la medicina moderna*. En: Cortina, L. y Fenollosa R.: *Crónica de la Medicina*. Barcelona: Plaza y Janés, pp. 340-342.
- 17.- R. DECRETO LEY, 9-12-1924 (1924): *Creación de la Escuela Nacional de Sanidad*.
- 18.- PORRAS GALLO, I. (1997): *Ateniéndose a los consejos de los "expertos": los madrileños frente a la gripe durante las epidemias de 1889-90 y 1918-19*. En: Montiel, L. y Porrás, I.: *De la responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención*. Madrid: Doce Calles, S.L., pp.101-110.

- 19.- MARAÑÓN, G. (1918): *Consejos médicos*. El liberal, 10 de Octubre de 1918, p.2.
- 20.- ARROYO MEDINA, P. (1997): *El acceso a la información: la publicidad como agente activo en la decisión del paciente*. En: Montiel, L. y Porras, I.: *De la responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención*. Madrid: Doce Calles, S.L., pp.231-239.
- 21.- LALONDE, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, p. 31.
- 22.- CRIADO, E. (1995): *Apuntes para una aproximación anecdótica a una historia de la Educación para la Salud (I Parte)*. A tu Salud, 9, pp. 15-18.
- 23.- CRIADO, E. (1995): *Apuntes para una aproximación anecdótica a una historia de la Educación para la Salud (II Parte)*. A tu Salud, 10, pp. 13-17.

DIAPPOSITIVAS PARA LA EDUCACIÓN DEL PUEBLO

SUSANNE ROEßIGER
Deutschen Hygiene-Museum
Dresden



En el año 1919 se fundó un archivo de diapositivas en el Museo Alemán de Higiene de Dresde, habiéndose producido hasta 1942 diversas series, consideradas como material para la «educación sanitaria de la población». En las existencias de las colecciones del Museo Alemán de Higiene se encuentran todavía hoy alrededor de 2700 diapositivas de cristal de esa producción. La existencia de esas diapositivas constituye un documento excepcional sobre las modificaciones de las políticas sanitarias que se dieron en los años 1920 y 30 en Alemania.

1. PEQUEÑA INTRODUCCIÓN A LA HISTORIA DEL MUSEO ALEMÁN DE HIGIENE

Hacia 1900, en las diferentes capas sociales, se discutía sobre temas como salud o enfermedad. Este discurso se presenta como un proceso contradictorio en que se plantea no solo la emancipación y la toma de decisiones sobre el cuerpo, sino también la propagación de modelos de comportamiento y normas de conducta. Hábilmente se conectó la discusión sobre la existencia privada y sus objetivos, como la suerte y el éxito, con funciones públicas como la potencia productiva y la utilidad militar. La necesidad de la población de información sobre temas como «el hombre en la enfermedad y la salud» o «la tuberculosis y sus consecuencias» era grande, como también lo era, desde el punto de vista del interés político, la de asegurar el potencial energético humano de la nación. Así se daban las condiciones favorables para la fundación en 1912 del Museo Alemán de Higiene como institución de educación popular para el cuidado de la salud.

En el punto central del trabajo del Museo estaba, por encima de todo, la realización de exposiciones para facilitar la comprensión general y asimilación de conocimientos sobre el cuerpo humano que permitieran abordar las cuestiones de salud y enfermedad. Además, en el marco de una «Sociedad anónima al servicio de la instrucción higiénica», se establecieron diferentes medios de instrucción para la educación sanitaria, demandados tanto en el mercado nacional como en el internacional. Las colecciones se fueron renovando en los 80 años siguientes de acuerdo con el contexto determinado por los sistemas políticos (época imperial, República de Weimar, nacional-socialismo y socialismo de Estado de la RDA) y sus posiciones en política sanitaria.

Con la reunificación alemana en 1990 tuvo lugar un nuevo comienzo para el Museo Alemán de Higiene. En el «Museo del Hombre» el cuerpo humano se situó como punto de partida de las múltiples e interdisciplinarias investigaciones del centro de trabajo, particularmente de la actividad expositiva. También la colección pudo ser colocada en un nuevo recinto de trabajo.

Un tema importante de la colección es la «Historia de la Educación Sanitaria en el siglo XX» en cuyo contexto se encuentran, por encima de todo, productos históricos de la propia institución procedentes de los materiales existentes en las colecciones. Una parte interesante de las existencias de producción propia de medios educativos pudo ser clasificada y trabajada científicamente en los años 1998 y 1999, y será objeto de las siguientes líneas.

2. LA PRODUCCIÓN DE DIAPOSITIVAS

La totalidad de los medios educativos era un conjunto cerrado, que podía someterse a una continua actualización según la situación del conocimiento científico y a las intenciones de las políticas sanitarias de turno. El conjunto de medios de instrucción, que valió por lo menos para la producción anterior a 1945, siguió el principio de la “caja de construcciones”, ya que se componen de diferentes medios educativos, como, por ejemplo, modelos anatómicos, pizarras, carteles, folletos, series de diapositivas y películas. Los medios de instrucción eran ofertados dentro de conjuntos, pudiendo no obstante ser adquiridos también individualmente. Una pieza fundamental en el marco de la producción de medios educativos del Museo Alemán de Higiene, fueron las series de diapositivas, que eran ofertadas para conferencias. Los requisitos para esa producción ya eran suficientes en 1919 de cara a la fundación de un archivo de diapositivas en el Museo. La base fue la colección de diapositivas de la firma «Natura docet», que incluía preparaciones de Anatomía comparada y Biología.

En los primeros años, la exposición de diapositivas existía generalmente en régimen de préstamo en lugar de compra. Desde 1923 se produjeron más diapositivas para la venta, en el marco de la sociedad anónima. El precio de una diapositiva en 1926 ascendía a un marco. Finalmente se realizaron en 1927 series de diapositivas para la venta internacional en diferentes idiomas.

La edad de oro del archivo de diapositivas, desde el punto de vista de su desarrollo, modernización y consumo, se sitúa entre los años 1925 y 1928/29. Dos razones fueron determinantes, por una parte la diapositiva, en comparación con otros medios, estaba en una situación coyuntural favorable. En 1926 se dice:

«la diapositiva ha ganado terreno como medio de difusión visual por su extraordinaria movilidad. Esta movilidad favorece también excepcionalmente la enseñanza higiénica de la población, cuya zona de trabajo más compleja está, como es sabido, en la pequeña ciudad y en el campo, donde sólo raras veces habían llegado grandes exposiciones. Los aparatos de diapositivas están ya disponibles casi en cualquier sitio a disposición de los educadores y ya existen aparatos nuevos más pequeños, aparatos portátiles con cintas sencillas, suficientes por completo para un aula escolar o para el salón de una casa de huéspedes de tipo medio. Por ello, la diapositiva ha sido el más importante portador de material visual de higiene. La movilidad de la diapositiva produce también efectos en otra dirección. Su adquisición es barata y es fácil de reemplazar. Se pueden comprar de este modo gran número de diapositivas y realizar una selección adecuada para cada conferencia, y esta colección puede adaptarse a los nuevos conocimientos»¹.

¹“Der hygienische Lehrbedarf”, *Angebotskatalog der AG für hygienischen Lehrbedarf Dresden und der Deutschen Hochbildgesellschaft*, München, 1926

Por otra parte, existía una multitud de temas. En 1926 había alrededor de 55 series diferentes con un total de unas 3000 diapositivas en oferta, lo que era una expresión del resurgimiento de la República de Weimar en el ámbito de la medicina social y prevención de la salud. Las series de diapositivas trataban sobre temas como «Higiene de la vivienda», «Alimentación de las personas», «Condicionamiento social de las enfermedades sexuales», «Asistencia en el manicomio» y «Daños corporales debidos a la electricidad». Cada serie contenía de 40 a 70 diapositivas y a menudo un extenso texto de presentación. De acuerdo con los informes anuales, la «Sociedad Anónima al servicio de la instrucción higiénica» vendió por ejemplo en el año 1926 un total 110.521 diapositivas.

Es destacable que, en el año 1928, se inició la reelaboración de las series de diapositivas desde un punto de vista cualitativo. Por ello, se actualizaron las series estadísticas, los dibujos se sustituyeron por fotografías y fotomontajes y se redujo el número de diapositivas en las series en favor de una concentración de lo esencial. Tras años de baja demanda, hubo entre los años 1933 y 1938 una segunda ola de éxito. Tras la conquista del poder por Hitler en 1933, el Museo Alemán de Higiene se puso al servicio del régimen nacional socialista. Este mismo año llegó al mercado, bajo el número 65, la serie de diapositivas «Higiene racial y política poblacional». La propagación de la ideología racista se debió al interés del Estado. Los Colegios y otros centros de formación estaban a la búsqueda semejante «material educativo». Así, aumentó el volumen de alquiler hasta un punto máximo en 1938. En este momento se incorporaron nuevas series de diapositivas que, de una manera totalmente clara, servían de formación a la población civil ante posibles heridas durante la guerra.

Bajo la tapadera de «educación higiénica del pueblo» se prepararon series de diapositivas que mostraban acciones de discriminación, esterilizaciones obligatorias, asesinatos de personas «con minusvalías hereditarias» y las acciones de guerra del Estado nacional-socialista. En el año 1939, con el comienzo de la guerra, hubo un retroceso en el volumen de ventas y un estancamiento en la producción. La totalidad de la producción de medios de enseñanza, y con ello también la exposición de series de diapositivas, quedó paralizada finalmente en 1942.

Entre 1919 y 1942 se produjeron, vendieron y alquilaron, como material para conferencias, alrededor de 90 series temáticas de diapositivas. En estos años estaban en circulación alrededor de un millón de diapositivas del Museo Alemán de Higiene en todo el mundo.

3. EL DESCUBRIMIENTO DEL FONDO

En 1990 se encontraron en el sótano del Museo, junto a muchos otros productos de valor histórico y piezas de exposición, las series de diapositivas aún existentes en sus envases originales. En la primavera de 1998 se pudo dar comienzo al

inventario de las 54 series, con un total de cerca de 2700 diapositivas sobre cristal (en blanco y negro, ocasionalmente en color).

Cada diapositiva fue registrada detalladamente en la base de datos de la colección del Museo Alemán de Higiene. Felizmente, se encontraban todavía en los archivos y la biblioteca del Museo Alemán de Higiene publicaciones de la época, catálogos para la venta e informes anuales de la Sociedad anónima, que facilitaron las investigaciones sobre la historia de la producción de diapositivas. Además, se pudo recurrir a los abundantes catálogos originales de las series de diapositivas todavía existentes y a folletos con comentarios detallados. Por medio de estos materiales contemporáneos se pudo determinar los títulos exactos de las diapositivas y su datación. Para investigación hay diferentes posibilidades de búsqueda como, por ejemplo, por las entradas «serie», «tema» o «fecha». La información disponible está correlacionada con las diapositivas almacenadas digitalmente.

Así, las diapositivas pueden encontrarse en la página web del Museo Alemán de Higiene² en una base de datos con campos de datos seleccionables incluso con imágenes. Para su utilización en exposiciones históricas existen reproducciones de diapositivas disponibles, que son enseñadas a menudo en forma de proyección para refrescar la memoria sobre la utilización de este material de exposición único.

Los originales están almacenados hoy en cajas archivadoras protegidas. De acuerdo con las recomendaciones de conservación la temperatura en las habitaciones del depósito está por debajo de los 20°C y la humedad relativa del aire se encuentra entre el 30 y el 40%.

4. EL INVENTARIO DE DIAPOSITIVAS COMO FONDO HISTÓRICO

Las claras y reconocibles intenciones político-sanitarias tanto de la República de Weimar, como del Estado nacionalsocialista, han sido ya mencionadas. Partiendo de ello, el inventario histórico de diapositivas ofrece interesante información sobre la medicina, en el nivel social, cultural e histórico, para realizar un análisis de las relaciones entre salud, enfermedad y sociedad, así como un recorrido por las cambiantes imágenes del cuerpo y del hombre en el siglo XX. Posibles utilizaciones de la colección en el marco de trabajos científicos serían, entre otras muchas: investigación de la anatomía de las personas, como, por ejemplo, en las series «Piel y músculos», «Sangre, circulación sanguínea y linfa» y «Sistema nervioso».

En las series de diapositivas como «Raquitismo», «Enfermedades venéreas» y «Síntomas de la enfermedad mental y de las anomalías de la vida espiritual» se estudian enfermedades singulares. Hay también series sobre temas concretos del cuidado de la salud cotidiana, como, por ejemplo, en las series «La ropa interior

² (www.dhmd.de),

femenina con consideración especial para el corsé», «La cuestión sexual en la juventud» o «Cuidados del cuerpo - ejercicios corporales».

Las diapositivas siempre aportan información histórica sobre temas como la constitución y función del cuerpo del hombre y sus órganos, sobre el origen de las enfermedades, causas de infecciones, curso de las enfermedades y métodos de tratamiento. Representaciones estadísticas, dibujos y fotografías (especialmente impresionantes), se seleccionaron en series detenidamente diseñadas para la educación de las personas, pero también elegidas para la disuasión por la crudeza de las imágenes.

Por otra parte, las diapositivas mostraban, en perspectiva de la época, el trato de la sociedad con el cuerpo humano, la salud y la enfermedad. Estando concebidas para la información y la educación, las series de diapositivas abordaban la situación actual y se proyectaban también utopías para el futuro. Por medio de las definiciones de la época sobre salud y enfermedad fueron fotografiadas personas sanas y enfermas y colocadas unas junto a otras comparativamente. De acuerdo con las posiciones e intereses de la política sanitaria fueron expresadas recomendaciones para las conductas individuales mediante escenas organizadas: sano-enfermo, correcto-falso. A menudo representaban un mundo construido, una imagen utópica.

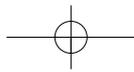
Las fotografías nacieron como un claro y definido encargo, como material (medios de enseñanza) para un mercado determinado (el mundo de la educación). Los intereses políticos y económicos determinaron su organización.

**ANEXO I****DIAPPOSITIVAS ORIGINALES DEL DEUTSCHEN HYGIENE-MUSEUMS, DRESDEN**

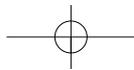
| alemán | Título en español | Date | Observaciones |
|--|---|-------------|---|
| Entstehung und Aufbau des menschlichen Körpers | Desarrollo y constitución del cuerpo humano | Ca. 1928 | |
| Gerüst des Körpers | El esqueleto del cuerpo humano | Ca. 1923 | |
| Muskeln | Piel y músculos | Ca. 1923 | |
| Blutkreislauf und Lymphe | Sangre, circulación sanguínea y linfa | Ca. 1923 | |
| Atmungsorgane | Aparato respiratorio | Ca. 1923 | |
| Verdauungsorgane | Órganos de la digestión | Ca. 1923 | |
| Nervensystem | Sistema nervioso | Ca. 1923 | |
| Sinnesorgane | Órganos de los sentidos | Ca. 1923 | |
| Ausscheidungsorgane, Geschlechtsorgane, innere Sekretion | Órganos excretores, órganos genitales y glándulas endocrinas | Ca. 1923 | |
| Infektionskrankheiten | Enfermedades venéreas | Ca. 1923 | |
| Tuberkulose | Tuberculosis | 1927/1928 | |
| Alkoholismus | El alcoholismo | Ca. 1928 | |
| Erreger, Krankheitsübertragung | Agentes patógenos, portadores de enfermedades y prevención de éstas | Ca. 1923 | 47/50 (Sin folleto) |
| Windpockend (Impfung) | Viruela y varicela (vacunación) | Ca. 1923 | |
| Cholera, Ruhr | Tifus, cólera y disentería | Ca. 1923 | 11/40 (Folleto en alemán) |
| Infektionskrankheiten der Kinderkrankheiten | Enfermedades infantiles contagiosas | Ca. 1928 | 47/50 (Sin folleto) |
| Malaria, Schlafkrankheit, Leishmaniose | Paludismo, tripanosomiasis y enfermedades tropicales | Ca. 1923 | 31/55 (Lista de títulos de diapositivas en español) |
| Pest, Genickstarre, Lepra, Grippe | Peste, tifus, meningitis, lepra y gripe. | Ca. 1923 | 47/65 (Sin folleto) |
| Wundbrand, Tollwut, Diphtherie, Scharlach, Typhus, Cholera, Typhus, Tollwut u.a. | Tétanos, ántrax, actinomicosis, rabia, etc | Ca. 1923 | 26/35 (Sin folleto) |

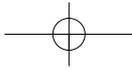


| alemán | Título en español | Date | Observaciones |
|---|--|---------------|---|
| e | El cuidado de los dientes | Ca. 1923 | 48/50 (Folleto fotocopiado en alemán. Títulos en español) |
| wicklung, | Desarrollo embrional, gestación y nacimiento Schwangerschaft, Geburt | 1927/1928 | 49/50 (Folleto original en alemán Títulos en español) |
| ndern | El excursionismo | 1927/1928 | |
| und künstliche Säuglingsernährung | Alimentación natural y artificial de lactantes | 1927/1928 | |
| e Krankheit | Raquitismo | Ca. 1928 | |
| Kindes im ersten Lebensjahr | Cuidados del niño en el primer año de vida | Ca. 1928 | 42/45 (Títulos en español) |
| gsorge für Mutter und Kind | Asistencia social para la madre y el niño | Ca. 1923 | 33/60 (Títulos en español) |
| ung der europäischen Frauentracht | Origen de la indumentaria europea de la mujer | 1927/1928 | |
| e Unterkleidung | La ropa interior femenina | Ca. 1923 | |
| r Fußbekleidung | Higiene del calzado | Ca. 1923 | |
| r Kleidung | Higiene de la vestimenta | Ca. 1923 | |
| pflege des Kindes im Schulalter | El cuidado corporal de los niños en edad escolar | Ca. 1923 | 59/65 (Sin folleto) |
| liche Schulerziehung | Educación sanitaria escolar | Ca. 1926 | 55/55 (Folleto original en alemán. Títulos en español) |
| nd Wohnung | Urbanización y vivienda | Ca. 1923 | 44//50..(Folleto original en alemán Títulos de diapositivas en español) |
| hygiene | Higiene de la vivienda | Ca. 1923 | 47/50 |
| ungdes Menschen | La nutrición humana | Ca. 1924/1925 | |
| d seine Pflege (unter besonderer tigung der Schwerhörigkeit | El oído y sus cuidados (con especial atención a la sordera) | Ca. 1923 | |
| sentwicklung des Menschen | Desarrollo embrionario de las personas | Ca. 1923 | |

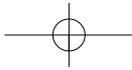


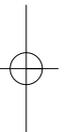
| alemán | Título en español | Date | Observaciones |
|---|--|---------------|---------------|
| und Rassenhygiene | Herencia y eugenesia | Ca. 1923 | |
| Parasiten und Krankheitsüberträger | Animales como parásitos y como transmisores de enfermedades. | 1926 | 2/60 |
| Ursachen der Geschlechtskrankheiten | Significado social de las enfermedades venéreas | Ca. 1924/1925 | |
| Die Frage der Jugend | La cuestión sexual de la juventud. | Ca. 1923 | |
| Hygiene | Higiene laboral | Ca. 1927 | |
| Industrie-Hygiene | Higiene industrial | Ca. 1927 | |
| Produktionssteigerung | Aumento de rendimiento | 1928 | |
| Schädigung durch Elektrizität (taftliche Reihe) | Daños corporales por la electricidad (serie científica) | 1928 | |
| Die Gefahren der Elektrizität und ihre Vermeidung (volkstümliche Reihe) | Los peligros de la electricidad y su tratamiento (términos populares) | 1927/1928 | |
| Die Versorgung der Krüppel in früherer Zeit | Recursos para para inválidos en tiempos pasados | Ca. 1923 | |
| Die Versorgung der Krüppel in späterer Zeit | Invalidez y atención al inválido en tiempos pasados. | Ca. 1923 | |
| Die Körperpflege im täglichen Leben | Cuidados de la salud en la vida cotidiana | Ca. 1927 | |
| Leibesübungen - Körperübungen | Cuidados corporales - Ejercicios corporales | 1927/1928 | |
| Leibesübungen für Jung und Alt (Werbereihe) | Ejercicios corporales para jóvenes y mayores (serie publicitaria) | 1928 | |
| Sonnebad | Baños de aire y de sol | Ca. 1927/1928 | |
| Natation | Natación | 1927/1928 | |
| Erste Hilfe bei Unglücksfällen | Primeros auxilios en accidentes | Ca. 1923 | |
| Unfallverhütung im Haushalt | Prevención de accidentes domésticos | 1929 | |
| Wirbelsäulen- und Gelenktuberkulose | Tuberculosis ósea y articular | Ca. 1923 | |
| Tuberkulose im Kindesalter | La tuberculosis en la infancia | 1927/1928 | |
| Was ich bis der Arzt kommt | Que hago yo hasta que llega el médico | Ca. 1928 | |
| Die Tabakfrage | El problema del tabaco. | 1928 | |
| Die Erscheinungsweisen der Geisteskrankheiten und die Normen des Seelenlebens | Formas de aparición de las enfermedades mentales y de las anomalías de la vida de la vida psíquica | Ca. 1924/1925 | |



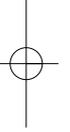


| alemán | Título en español | Date | Observaciones |
|------------------------------------|---|---------------|----------------------------|
| e einst und jetzt | Cuidados mentales antaño y ahora | Ca. 1924/1925 | |
| sschulgarten | El jardín en la escuela activa. | 1928 | |
| mplage - eine Gesundheitsgefahr | Las plagas de moscas - Un peligro para la salud | Ca. 1928 | 32/35 (Títulos en español) |
| unsbehandlung in der Irrenanstalt | Terapia ocupacional en el manicomio | 1928 | |
| Ohren gespitzt merkt was der nützt | Abrid los ojos y aguzad los oídos ante lo que es bueno para la salud. | 1928 | |
| und seine Bekämpfung | El cáncer y la lucha contra él | 1929 | |
| kheiten | Enfermedades femeninas | 1929 | |
| er berufstätigen Frau I | Higiene de la mujer profesional | Ca. 1930 | |
| er berufstätigen Frau II | Higiene de la mujer profesional II | Ca. 1930 | |





**ANEXO GRÁFICO SOBRE LA
COLECCIÓN DE DIAPOSITIVAS DEL
CENTRO SECUNDARIO DE HIGIENE
RURAL DE TALAVERA DE LA REINA,
PROCEDENTE DEL MUSEO DE
HIGIENE ALEMÁN DE DRESDE**



Las páginas siguientes recogen una pequeña selección, dos diapositivas por serie, de la colección de diapositivas del Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina, procedentes del Museo Alemán de Higiene de Dresde. En la introducción de este volumen y en el capítulo de Susanne Roebiger, que antecede a éste, se da cuenta de su origen y finalidad.

Con esta pequeña muestra se pretende exponer los diferentes tipos de diapositivas confeccionados: fotografías, microfotografías, dibujos, gráficos, mapas y copias de elementos de educación sanitaria (p. Ej.: cartelería), de manera que el lector se pueda hacer una idea precisa, aunque incompleta, de la colección.

Las diapositivas presentadas se identifican con el número y nombre de la serie a que pertenecen, acompañándose igualmente de su título en español en aquellos casos en que el mismo está disponible, respetando la traducción original, incluso algún rasgo de humor introducido por el traductor.

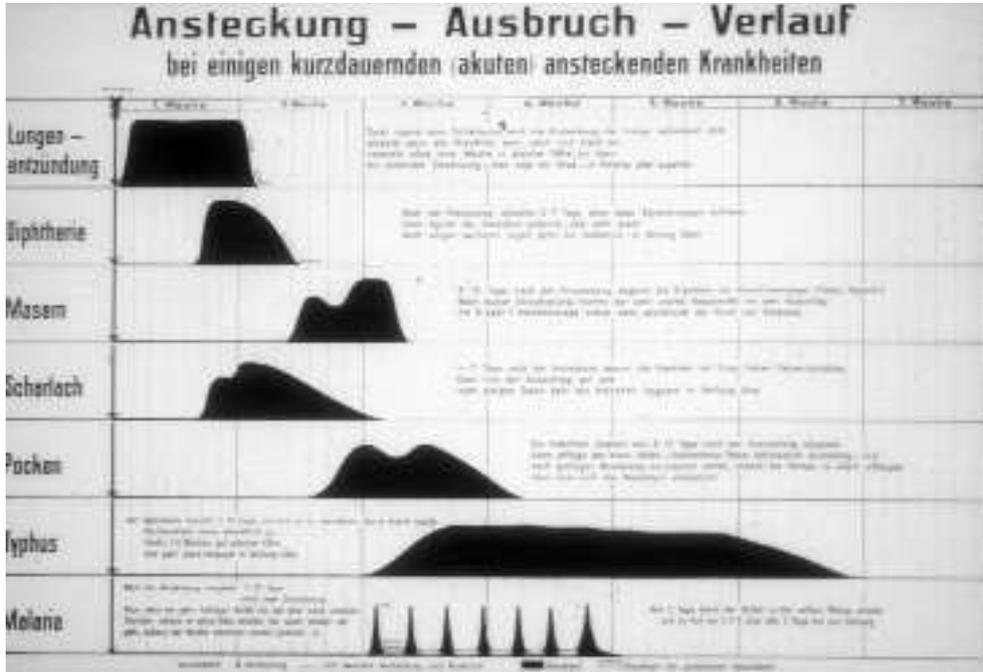
Es intención del Centro Regional de Salud Pública, donde reside la misma, ponerla de forma completa en fecha próxima a disposición de todos los investigadores y profesionales interesados.



SERIE 13. GÉRMEENES INFECCIOSOS, PORTADORES DE ENFERMEDADES Y PREVENCIÓN DE ÉSTAS. AÑO 1923.



SERIE 15. TIFUS, CÓLERA Y DISENTERÍA. AÑO 1923.



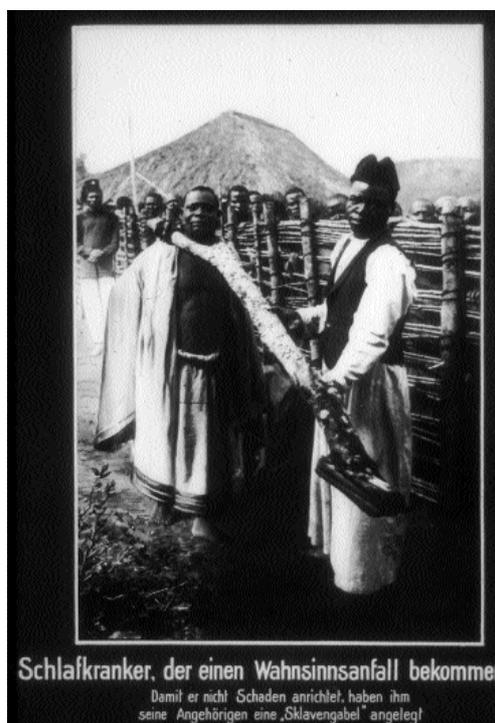
SERIE 16 a. ENFERMEDADES INFANTILES CONTAGIOSAS. AÑO 1928



SERIE 17. PALUDISMO, TRIPANOSOMIASIS
Y ENFERMEDADES TROPICALES. AÑO 1923



Leicht schlafkrankes Negermädchen
NIÑA NEGRA. ENFERMA LEVE DE TRIPANOSOMIASIS.



Schlafkranker, der einen Wahnsinnsanfall bekommen
Damit er nicht Schaden anrichtet, haben ihm
seine Angehörigen eine „Sklavengabel“ angelegt
ENFERMO DE TRIPANOSOMIASIS QUE TIENE ALGUNOS ACCESOS DE LOCURA
(PARA QUE NO SE HAGA DAÑO LE HAN COLOCADO SUS PARIENTES UN Tenedor ESCLAVO)

SERIE 18. PESTE, TIFUS, MENINGITIS, LEPROA Y GRIPE. AÑO 1923



Seuchenbekämpfung durch Isolierung der Kranken auf einer Insel.
Das Regensburger, auf einer Donauiinsel befindliche, Pestlazarett 1713.

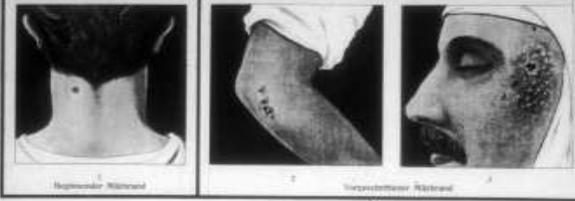


Pestschutzmaske und Pestausrüstung
für Ärzte, Krankenwärter und-Träger, Totengräber

SERIE 19. TÉTANOS, ÁNTRAX, ACTINOMICOSIS Y RABIA. AÑO 1923

Lebendkultur-Berufsgenossenschaft.

Schützt Euch vor Milzbrand!



Arbeiten, achtet auf jeden Wäscher (Pulver, ansehnlicher Flecken oder Schweiß), der sich an zarten Stellen (Gesicht, Hals, im Gesicht, an Armen oder Händen, unter Wäsche der Umgebung zerwickelt und Jacken verstaubt).
Nehmt die Wäscher niemals auf, bloß, so nicht auf, sondern stellt diese, daß die Wäscher die erste Erscheinung von Milzbrand sind.

Milzbrand

Frage Eures Werkmeisters und geht bei Verdacht auf Milzbrand sofort in das Krankenhaus:
Stadtkrankenhaus in Dresden-Friedrichstadt

Das Milzbrand ist unter allen Umständen eine sehr ernste Erkrankung; auch wenn man sich anfangs gar nicht weiter krank fühlt, kann es wenig Stunden das Bild völlig umschlagen und die größte Lebensgefahr vorhanden sein.
Die Früchte der Milzbrandkrankheit finden sich in Haut und Fellen, besonders in natürlichen, in den Haaren und der Wolle und dem Saug der sich zur Wäsche und Fellen verwenden. Sie tragen in der menschlichen Körper ein leichtes Wunden, auch durch ganz oberflächliche Wunden; besonders gefährlich sind Kratzenwunden.
Es gibt kein Mittel, die mit Milzbrandkeimen behafteten Felle und Wolle zu antiseptisieren und dieselben vor der Milzbrandkeime zu heilen, aber die Ware schärflich zu schwächen zu machen.

Darum schützt Euch selbst!

Der Milzbrand kommt unter Fortschreitenden nicht häufig vor, daher ist er immer gefährlicher.
Haltet Euch mit den Fingernägeln die Haut so kratzen! Versteht sorgfältig alle Wunden an Fingern, Händen, Armen, im Gesicht, am Hals oder im Nacken!
So lange die Wunden nicht völlig geheilt sind, darf ihr die Haare nicht kratzen, in dieser die untere Schicht und Gegenstände oder trockne, antiseptische Flüssigkeiten lagern.
Sachte Felle und Haare, die die Kratzen nicht sehr durchlöcheren haben, darf ihr nur angetroffen, wenn ihr keine Wunden an den Händen habt.
Reine Haare der Haare setzen über die Schultern, die Nacken und Schultern hinüber, ohne durch die Schwere der Felle an der entsprechenden Haut keine Wunden zu erleiden, empfangt werden!
Reine Öle von der Holzbohlen, beim Schneiden, Schneiden, Einlegen, Verarbeiten und Bearbeiten der trocknen Haare und Felle vermeiden möglichst die Entwicklung von Sporen.
Nach der Arbeit mit Behältern und Fellen wascht Euch regelmäßig und gründlich sowohl Hände und Arme, sowie die Nase und dann wieder Gesicht, Hals, Kopf und Hinter mit Wasser und Seife.

Geht nicht eher zum Essen, verläßt nicht die Arbeitsstelle, bevor ihr Euch gründlich gereinigt habt.
Der Milzbrandkeim heftet sich an den Körper von Fleck (Höhlung), die leicht und sich häufig anfinden (Mücken).
Es sind regelmäßige an zarten Stellen (Gesicht, Hals, Nacken, Gesichts, Armen oder Händen). Diese diese Stellen werden am besten verarztet, und in die kleine Wunde bringen die Wundkeime (Höhlung).
Über dem Kratzen zerwickelt sich ein Wäscher, so groß wie ein Haarkorn oder eine Erbsen (Höhlung 2), so ist mit einer gelblichen oder braunlichen Flüssigkeit gefüllt und nicht sehr stark an der Wunde. Darum wird es nicht so groß wie ein Haarkorn und in so einem Fall kann man davon empfangen. Auf dem einen Seite bildet sich die Wunde von Wäscher (Höhlung 3). Die Umgebung schwillt an, wird rötlich rot, und die kleinen Kratzenwunden heilen nur durch die vorher Einlegen über die große Lebensgefahr.

Darum sucht das Krankenhaus auf bei den ersten Erscheinungen, die auf Milzbrand deuten!

Bei einem an Wundmilzbrand kommt bei Fortschreitenden Fortschreitend vor. Es ist gekennzeichnet durch schwere Anschwellung und Schmerzen, die sich im Hals verhalten sind.



Tetanus neonatorum.

SERIE 20. EL CUIDADO DE LOS DIENTES. AÑO 1923



EL DEDO Y LA UÑA SUCIOS, COMO MONDADIENTES

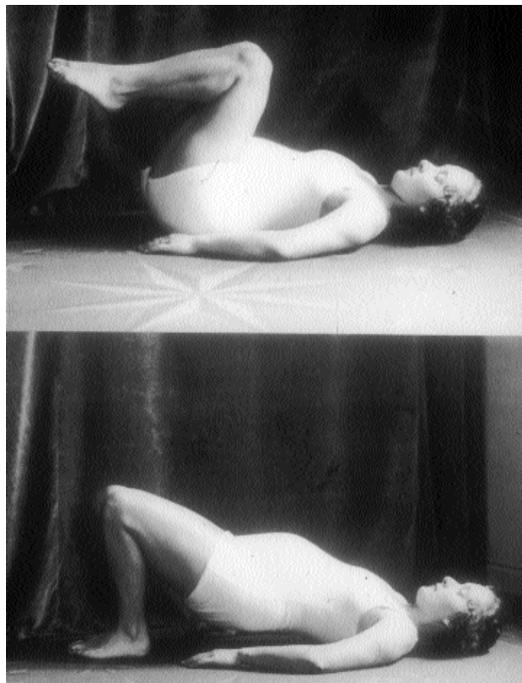


LA CORRECCIÓN DE LA COLOCACIÓN DE LOS DIENTES
EN LA MANDIBULA POR EL ARTE DEL DENTISTA

SERIE 21 a. DESARROLLO EMBRIONAL, GESTACIÓN Y NACIMIENTO.
AÑO 1927/28

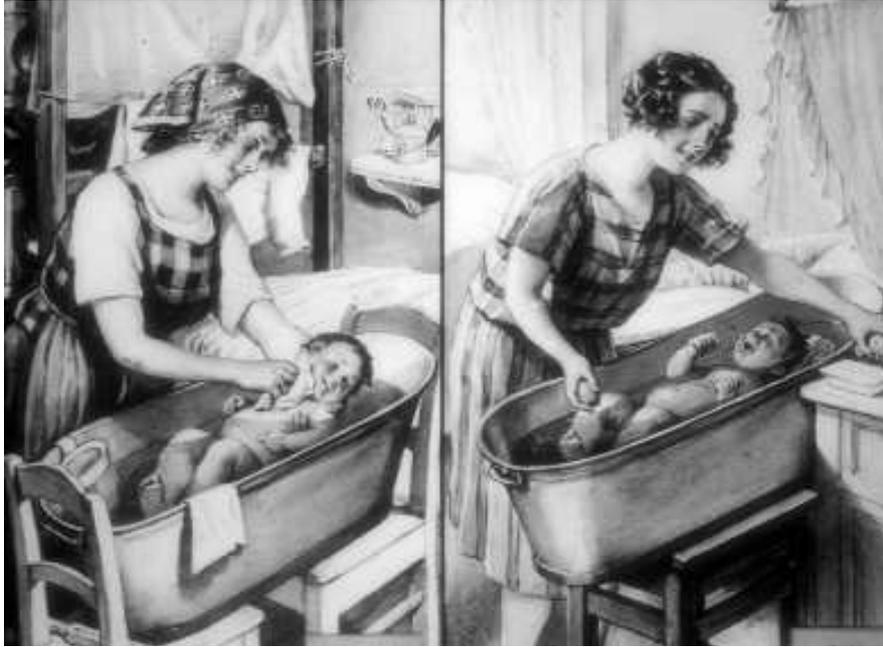


¿EN CUÁLES ESFUERZOS DEBE TENER ESPECIAL CUIDADO LA EMBARAZADA?



GIMNASIA DE LA FUTURA MADRE IV

SERIE 25 a. CUIDADOS DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.
AÑO 1928



SERIE 26. PREVISIÓN SOCIAL A FAVOR DE LA MADRE Y EL NIÑO.
AÑO 1923

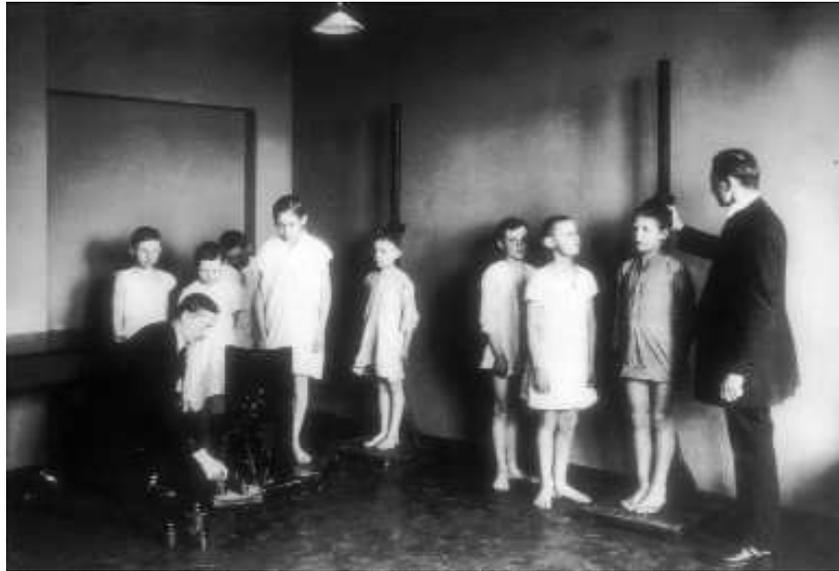


EN EL HOSPITAL INFANTIL DE LEIPZIG. CONSULTA DE MADRES LACTANTES.



OFICINA DE ASISTENCIA SOCIAL. MADRE CONSULTANDO.

SERIE 32. EL CUIDADO CORPORAL DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR.
AÑO 1923



SERIE 32 b. EDUCACIÓN SANITARIA ESCOLAR. AÑO 1926



UN GABINETE DE TRABAJO ESCOLAR



GIMNASIA NATURAL

SERIE 33. URBANIZACIÓN Y VIVIENDA. AÑO 1923



LA MORTALIDAD INFANTIL EN LOS DIFERENTES PISOS

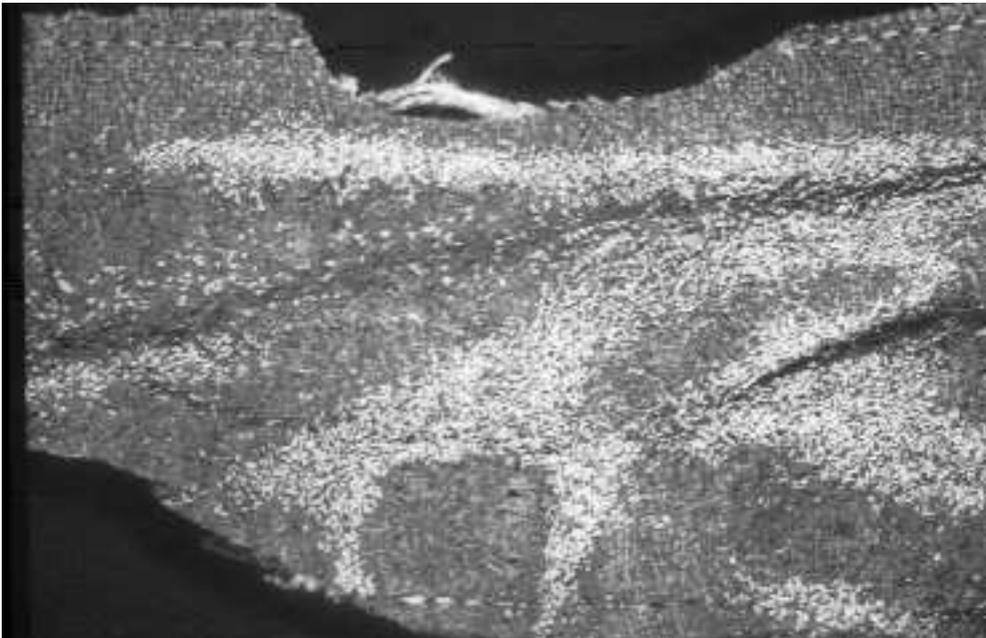
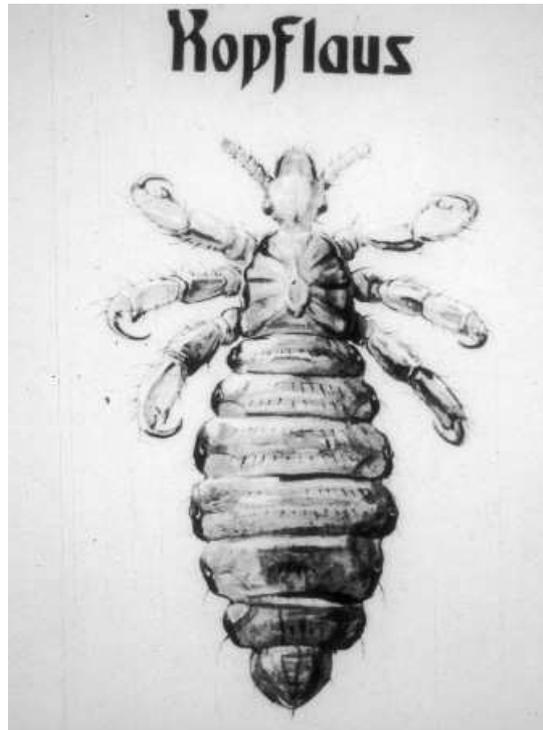


VISTA AÉREA DE UNA GRAN CIUDAD

SERIE 34 a. HIGIENE DE LA VIVIENDA. AÑO 1923



SERIE 39. PARÁSITOS ANIMALES. AÑO 1926



SERIE 62. LAS PLAGAS DE MOSCAS: UN PELIGRO PARA LA SALUD.



UTILIZACIÓN DEL RIEGO (PULVERIZACIÓN) CONTRA LAS MOSCAS



CON UNA MOSCA MUERTA A PALOS (no comprendemos el capricho, pero así está en el original -N. del T.-) EN EL INVIERNO, MATAS MILLONES DE MOSCAS EN EL VERANO.



AÑO 1928