

# Revista de sanidad e higiene pública

I.S.S.N.: 0034-8899

VOLUMEN 68

MONOGRAFICO

1994

## II ENCUESTO MARCELINO PASCUA. JUNIO DE 1992 LA EPIDEMIOLOGIA EN EL DESARROLLO DE LA SALUD PUBLICA ESPAÑOLA

### EDITORIAL

- 1 La Salud Pública como referencia histórica. *J. F. Martínez Navarro.*

### PONENCIAS

- 5 La Epidemiología y la Salud Pública: Orígenes e impacto de la Segunda Revolución Epidemiológica. *M. Terris.*
- 11 La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *E. Rodríguez Ocaña.*
- 29 Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo XX. *J. F. Martínez Navarro.*
- 45 Fuerzas sociales y desarrollo de la Salud Pública en España. 1917-1923. *R. Huertas García Alejo.*
- 57 Estructuras político-administrativas y Salud Pública en España. *P. Maset Campos.*
- 65 El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la Salud Pública en España, 1924-1934. *J. Bernabeu Mestre.*
- 91 La Higiene y la Salud Pública en el marco universitario español. *M. J. Baguena Cervellera.*

### MESA REDONDA:

#### LA EPIDEMIOLOGIA EN EL MARCO DE LA SALUD PUBLICA ACTUAL

Coordinador: *F. Bolumer Montrul*

- 97 La enfermedad infantil de la Epidemiología. *O. Ramis-Juan.*
- 101 La Epidemiología "moderna" y la "nueva" Salud Pública. *F. García Benavides.*
- 107 De la Epidemiología a la Salud Pública. *C. Du V Florey.*
- 115 Epidemiología y Prevención. Perspectivas. *M. Gili Miner.*

**EDITORIAL****LA SALUD PUBLICA COMO REFERENCIA HISTORICA****Juan Fernando Martínez Navarro**

Centro Nacional de Epidemiología

Se presentan en este número de la Revista de Sanidad e Higiene Pública los trabajos que constituyeron el II.  Encuentro Marcelino Pascua, celebrado en el Instituto de Salud Carlos III, el día 12 de junio de 1992, fecha próxima del aniversario de su defunción, el 14 de dicho mes. El propósito que motivó estos Encuentros fue en primer lugar la recuperación histórica de nuestra Sanidad, a partir de la personalidad de Pascua como justificación. Con ello, queremos rendir homenaje a aquellos hombres y mujeres que hicieron posible la práctica de una acción política transformadora, en este caso, sobre la Sanidad y, más especialmente, sobre sus aspectos comunitarios" <sup>1</sup>. En este proceso Marcelino Pascua, junto a Pittaluga, Sadi de Buen, Ortiz de Landázuri, etc. form  parte de las personas que lo protagonizaron.

La elección de Marcelino Pascua como símbolo de este período no es, sin embargo, casual sino producto de una cuidadosa elección, debido a las características personales y profesionales que, como primer bioestadístico español, se dieron en él. Nacido en Valladolid, en 1897, finalizó sus estudios de Medicina en Madrid (1925), complet  su formación de postgrado en Epidemiología y Estadística en la Johns Hopkins University, de Baltimore (Estados Unidos), y en el University College, de Londres (Reino Unido), siendo alumno, entre otros, de Reed, Frost, Pearson y Greenwood. En 1929 regresa a España haciéndose cargo de la Sección de Estadísticas Sanitarias, donde acometió la importante tarea de introducir la bioestadística y modernización del sistema de estadísti-

cas sanitarias. Obra suya de este período es el actual sistema de notificación obligatoria de enfermedades. Pero su actividad más importante se dio durante la 2.  República al llevar a cabo, como Director General de Sanidad, una serie de actuaciones en política sanitaria orientada al desarrollo de servicios y actividades sanitarias, así como a la investigación con la creación de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias. Sus principales publicaciones fueron, entre otras, La mortalidad infantil en España (1934), La mortalidad específica en España (1935) y la tardía, pero importante, Metodología Bioestadística (1965), primer libro moderno español de la materia.

Después de la Guerra Civil vivió el exilio en Estados Unidos, Chile y Suiza, donde trabaj , sucesivamente, como docente en la Johns Hopkins University (1940-48), en el Centro Latino-Americano de Investigaciones Demográfica, durante una corta estancia en Santiago de Chile y, desde 1948 hasta su jubilación en 1957, como Director-consultor y director del Departamento de estadísticas Sanitarias de la organización Mundial de la Salud. Su actividad rebasó el marco científico para asumir, en un claro ejemplo de compromiso social, responsabilidades políticas en la 2.  República, tanto en épocas de paz (1931-33) como durante la guerra civil, en su puesto de Embajador de España en la URSS (1936-38) y en la República Francesa (1938-39).

Marcelino Pascua fue la gran personalidad política de la Sanidad de los años treinta, pero fue, también, uno de las más signifi-

dos sanitarios de dicho período, tanto por su proyección científica como por las profundas reformas llevadas a cabo bajo su responsabilidad.

Su biografía fue la de un intelectual sensible a los problemas de la España de su tiempo que, desde posicionamientos éticos, le llevó a la práctica política, primero, en el ámbito sanitario y, posteriormente, de estricta responsabilidad política. Ambos aspectos formaron parte de su personalidad y fueron complementarios de su sentido de la vida, como refleja este añorante pasaje de una de sus cartas personales escrita en 1946. "Por lo que a mí atañe, estoy muy bien ahora [...] muy bien considerado por la Universidad a juzgar por los signos externos, pero con las limitaciones forzosas que siempre lleva anejo el profesorado duro y simple, para vivir y nada más en el terreno económico y restricción de la vida social a un círculo muy pequeño de carácter obligadamente esotérico y dificultoso. Más circunscrito aún en mi caso actual, en que falta la comunidad de intereses de mis relaciones inmediatas por los problemas que son para mí cardinales de preocupación, como los de España. Y creame que pesan, pesan seis años ya de total aislamiento en las demás esferas de la vida que la meramente científica"<sup>2</sup>.

La trayectoria personal trazada es reflejo del contexto histórico en que vivió su generación y por ello, retomar su historia, contribuye a crear nuestra actual conciencia colectiva, ya que dar sentido a nuestro tiempo significa entender el presente como una síntesis del tiempo pasado. La cuestión es conocer qué parte de aquel pasado queda en nosotros.

El momento histórico de Pascua se caracterizó por el profundo deseo de renovación global de la sociedad española, carácter que marcó los años treinta de este siglo, plasmado en la modernización de nuestra sociedad, especialmente en los ámbitos de la educación, la sanidad, los servicios sociales, la reforma agraria, la reforma administrativa, etc.

En Sanidad se trataba de disminuir las elevadas tasa de mortalidad infantil, materna, infecciosa, etc., y de controlar, cuando no erradicar, las enfermedades transmisibles endémicas, mediante la intervención directa del Estado que, si bien en principio estuvo dirigida a la aplicación de las medidas de Higiene Pública, también se dirigió a garantizar la cobertura médica de la población, cuyo objetivo final se esperaba fuese el establecimiento del seguro de enfermedad.

A tal efecto, se puso en marcha un proceso de reformas y transformación del sistema sanitario, cuyos antecedentes y aplicación se han discutido en los dos primeros Encuentros celebrados. Elementos fundamentales fueron la profesionalización de la función pública sanitaria, a través de una política de formación de cuadros en la Escuela Nacional de Sanidad, apoyada por la Fundación Rockefeller; el fortalecimiento profesional de los cuerpos de funcionarios especializados en salud pública; la creación de unidades administrativas especializadas en Higiene Pública, como fueron los Institutos provinciales de Higiene, con sus Secciones de Epidemiología y Estadística, y los Centros Secundarios de Higiene; el establecimiento de objetivos en política sanitaria, orientados hacia el control de las enfermedades transmisibles, especialmente infecciones intestinales, paludismo, tracoma, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual; mortalidad materna e infantil, etc., problemas todos ellos de elevada prevalencia.

Este proceso de modernización española abierto en el período de entreguerras, 1920 a 1935, época central de la actividad profesional de Marcelino Pascua en España, tuvo un claro impacto sobre la disminución de la mortalidad general, con los más importantes descensos, de este siglo, en la mortalidad de la población en edades jóvenes, concretamente mortalidad infantil y de 1 a 4 años, y por causa infecciosa, especialmente de transmisión hídrica-alimentaria y aérea<sup>3</sup>.

Por ello, esta reflexión debe tratar de establecer, como ya se dijo, su peso en la com-

posición histórica del momento actual. Lamentablemente esta es una cuestión poco estudiada, por lo que sólo cabe un ligero apunte al respecto, si bien es evidente el cambio de escenario entre ambos períodos.

A principios de siglo las interpretaciones del patrón prevalente —el infeccioso— estaban llenas de la cultura de la pobreza, estigmatizando una realidad de pobreza individual y colectiva, manifestada por mal nutrición, incultura, vivienda inadecuada y ambiente urbano degradado, si bien nunca se olvidaba la responsabilización individual, lo que primaba las estrategias medicalizadas frente a aquellas dirigidas a mejorar las condiciones de vida, siempre más complejas.

Actualmente, el patrón epidemiológico se caracteriza por un predominio de las enfermedades no transmisibles, y las manifestaciones de la pobreza lo son en términos de marginación con su patología asociada de drogadicción, tuberculosis, inmunodepresión y patología mental. Ello es así porque la realidad social es, asimismo, diferente. En efecto, la nueva ordenación sanitaria —la Ley General de Sanidad— se plantea como respuesta a los nuevos problemas sanitarios de la sociedad española, tanto mediante la incorporación de objetivos de promoción de la salud como por la extensión de la asistencia médica al garantizar la cobertura universal y una amplia gama de prestaciones médicas sin exclusiones. A ello hemos de añadir la existencia de una política de protección social, especialmente por razones de paro y de jubilación, que reduce los efectos viejos de la pobreza, especialmente al completarse con una política de vivienda y de saneamiento; asimismo, se observan otras formas de socialización, como la educación obligatoria, etc. Estas formas de mejorar la calidad de vida reducen la desigualdad, sin evitar la marginación, y dan apariencias nuevas a la pobreza con daños diferentes.

Estos elementos nuevos de integración progresiva determinan una realidad diferente que aún mantiene estructuras sociales, institucionales y administrativas anteriores, si

bien profundamente modificadas y alteradas en su funcionamiento. La organización sanitaria configurada entre los años 1920 a 1936 se mantuvo, si bien con importantes modificaciones, en los diferentes procesos de adaptación política. Algunos representaron importantes pérdidas como la descentralización que significaban las Mancomunidades Sanitarias y los Centros Secundarios de Higiene, así como el importante nivel de responsabilidad municipal en los temas de salud pública; la ruptura de la unidad de acción con la creación de los Patronatos —Antituberculosis y Psiquiátrico— como organismos autónomos. Y la consolidación de un modelo sanitario dicotómico al crear el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944), de tipo asistencial, independiente del Sistema Sanitario Estatal, que mantuvo la responsabilidad en la Higiene Pública y en la asistencia médica de Beneficencia. Las dependencias administrativas de ambos sistemas —uno de Trabajo y el otro de Gobernación— refleja el sentido de ambos sistemas, uno centralizado, de atención médica y de base individual; el otro, igualmente centralizado pero con gran responsabilidad a nivel municipal, de higiene pública y de base comunitaria. Este esquema dicotómico es el que se mantiene como criterio para la transferencia de las competencias sanitarias, a las Comunidades Autónomas. El Sistema sanitario del Estado fue de transferencia inmediata, por su carácter básicamente municipalista, mientras que la transferencia de la asistencia médica, integrada ahora en el Instituto nacional de la Salud, se hace progresivamente al ser la Seguridad Social competencia exclusiva del Estado.

Así pues, la salud pública vigente en el país es la parte más vigorosa de la configurada en el período de 1920 a 1936. Pero necesita modernizarse, porque ni su estructura ni su estrategia responde a los nuevos retos de la Salud Pública. En nuestro criterio estos no deben limitarse sólo a una mera adecuación técnica para las intervenciones sanitarias sobre el medio ambiente para el control de la contaminación abiótica, los problemas de industrialización de los alimentos, los proble-

mas relacionados con la creación de los espacios urbanos; con la calidad de vida, especialmente referido a las condiciones de trabajo, calidad de la vida cotidiana y con las formas de rechazo social; y con el apoyo al desarrollo de los sistemas asistenciales y de las políticas de salud<sup>4</sup>.

Debe adecuarse, también, a la nueva organización del Estado, definiendo los diferentes niveles de competencias, en el marco del Estado de las Autonomías, y asumiendo la Administración Central del Estado la normativa básica y el proceso de confluencia europea. Al mismo tiempo, los niveles operativos de la salud pública deben asumir una rápida respuesta a los problemas poblacionales, garantizar la participación como un instrumento de intervención comunitaria y profundizar en la descentralización administrativa mediante el desarrollo en las Areas de Salud de unidades de salud pública que incrementen su operatividad. Importancia extrema tiene la carrera profesional en salud pública, muy debilitada en este proceso.

No se trata de otra cosa que desarrollar el proyecto sanitario contenido en la Ley General

de Sanidad de 1986, donde también apreciamos algunas de las características propuestas en el proyecto del período de entreguerras: descentralización, participación y profesionalización. A ellos hemos de añadir la integración en un marco de salud pública de la asistencia, tanto curativa como preventiva, con la promoción y la protección de la salud.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fernández Noriega, JL: Inauguración Ier. Encuentro Marcelino Pascua. Madrid, Centro nacional de Epidemiología, 1992.
2. Bernabeu, J: Marcelino Pascua desde la perspectiva histórica. Ier. Encuentro Marcelino Pascua. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1992.
3. Centro Nacional de Epidemiología: Mortalidad en España, 1989. Documento mimeografiado.
4. World Health Organization: Policy perspectives for a "New Public health". Training and Research in Public Health Dialogue series n.º 1. Centre for Public Health Research, 1994 (documento mimeografiado).

**PONENCIAS****LA EPIDEMIOLOGIA Y LA SALUD PUBLICA: ORIGENES E IMPACTO DE LA SEGUNDA REVOLUCION EPIDEMIOLOGICA****Milton Terris**

Director del "Journal of Public Health Policy".

Me honra profundamente el haber sido invitado a dar una ponencia en este Segundo Encuentro Marcelino Pascua. En cierto modo, mi funci3n es hacer de puente entre el personal sanitario de su generaci3n, que fueron mis maestros, y los participantes de este encuentro.

Hace unos 50 años, en 1943, yo era alumno de la "Johns Hopkins School of Hygiene", y uno de los profesores era el Dr. Pascua. En aquella época, gran parte de la enseñanza de bioestadística y epidemiología se impartía en el laboratorio. Una vez allí, no utilizábamos ni microscopios ni probetas de ensayo sino calculadoras manuales de las que extraíamos, no sin esfuerzo, la respuesta a ejercicios de resoluci3n de problemas. Los profesores solían circular por entre las mesas, respondiendo a nuestras preguntas y analizando, con nosotros, los resultados que obteníamos. El Dr. Pascua era uno de estos profesores, pero su trabajo se centraba principalmente en los muchos alumnos latinoamericanos que asistían a clase. Nunca tuve ocasi3n de conocerle y s3lo en noviembre del año pasado, con motivo de una reuni3n celebrada aquí, en Madrid, me enter  de estos encuentros conmemorativos de la contribuci3n pionera que realiz3 Marcelino Pascua, uno de los líderes verdaderamente excepcionales de la salud pública en España.

El objeto de esta ponencia es presentar los orígenes de la segunda revoluci3n epidemiol3gica, es decir, la conquista de las principales enfermedades no infecciosas, a fin de

arrojar luz en los factores intelectuales y de organizaci3n que dieron lugar a su surgimiento y desarrollo en Gran Bretaña y Estados Unidos.

**EPIDEMIOLOGIA DE ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS EN GRAN BRETAÑA**

Cuando yo estudiaba epidemiol3gia en la "Universidad Johns Hopkins", all  por 1943, los cursos se limitaban exclusivamente a enfermedades infecciosas. Este fue el mismo año en que John A. Ryle, "Regius professor" de la cátedra de Medicina en Cambridge, dimiti3 para aceptar la cátedra de Medicina Social de la "Oxford University", puesto de reciente creaci3n y que le convirti3 en el primer profesor de dicha asignatura en Gran Bretaña. Este importante acontecimiento realiz3 el salto de la epidemiol3gia de enfermedades infecciosas a la de enfermedades no infecciosas. Como dijo Ryle, "La salud pública se ha ocupado fundamentalmente de las enfermedades transmisibles, sus causas, su distribuci3n y prevenci3n. La medicina social se ocupa de enfermedades prevalentes, incluyendo el síndrome reumático-cardíaco, la úlcera péptica, las enfermedades reumáticas cr3nicas, dolencias cardiovasculares, el cáncer, las psiconeurosis y las lesiones accidentales, las cuales cuentan también con su propia epidemiol3gia y correlaci3n con distintas condiciones socio-profesionales, y que eventualmente

habrán de considerarse como evitables en mayor o menor grado”<sup>1</sup>.

El movimiento británico hacia la medicina social reflejó los profundos cambios políticos que tuvieron lugar en la primera mitad del siglo veinte. El primero de dichos cambios fue el surgimiento de los laboristas en una importante fuerza política independiente. Esto dio lugar a que los intelectuales, que en el siglo pasado debieron escoger entre terratenientes Conservadores y Liberales de clase media, ahora se encontraban con que la alternativa eran los Conservadores contra el Partido Laborista. El crecimiento concomitante de una ideología laborista y socialista, tanto entre los trabajadores como entre los profesionales de clase media, creó un entorno intelectual preocupado por las causas sociales del problema social. Dicho entorno fue el factor desencadenante del movimiento hacia la medicina social, una ampliación de la epidemiología que debía abarcar, citando las palabras de John Ryle, “a todas las enfermedades de prevalencia..., las cuales cuentan también con sus propias epidemiologías y correlación con distintas condiciones socio-profesionales, y que eventualmente habrán de considerarse como evitables en mayor o menor grado”.

El eslabón de unión entre la epidemiología de enfermedades infecciosas y la de enfermedades no infecciosas en Gran Bretaña, fue el Mayor Greenwood, Catedrático de Epidemiología y Estadísticas Vitales de la “London School of Hygiene”; presidente de la “Royal Statistical Society”; autor principal, junto con Bradford Hill, Topley y Wilson, del trabajo, pionero en su categoría, titulado “*Experimental Epidemiology*”<sup>2</sup> de enfermedades infecciosas; y autor de “*Epidemiology and Crowd Diseases*”, “*An Introduction to the Study of Epidemiology*”, primer libro de texto que incluiría al cáncer dentro de su alcance<sup>3</sup>.

El Mayor Greenwood fue además miembro fundador de la “Socialist Medical Association”, creada en 1930, la cual mantuvo

una estrecha relación con el Partido Laborista Británico y fue la principal responsable de que este partido tomara la decisión de crear el “British National Health Service”. En su historia de la “Socialist Medical Association”, David Stark Murray, ese escocés extraordinario que presidió dicha Asociación durante casi 20 años, rindió homenaje al Mayor Greenwood al destacarle como el miembro fundador “que fue un bastión siempre que hubieran de discutirse estudios estadísticos o de salud pública en relación con las enfermedades. Ejerció una influencia considerable en el cambio de actitud hacia la epidemiología social”<sup>4</sup>.

Sir Richard Doll, uno de los grandes pioneros de la epidemiología de enfermedades no infecciosas, también desempeñó un importante papel en la “Socialist Medical Association”. En la Conferencia Anual de la SMA celebrada en 1946, tras la presentación, a cargo de Aneurin Bevan, de una ley para el “National Health Service” que contemplaba ciertas concesiones consideradas innecesarias por la SMA, fue Richard Doll quien secundó la resolución acordada por unanimidad, al aprobar el proyecto de ley del “National Health Service”, aceptar la administración tripartita del NHS como una disposición temporal, solicitar que dicha ley concediese el derecho de percibir un sueldo a todo médico de cabecera que así lo deseara y al instar la adición inmediata de un servicio médico laboral<sup>4</sup>.

En su análisis histórico, David Stark Murray también señaló que, durante el período 1937-1942, la “Socialist Medical Association” “contó con muchos e ilustres catedráticos relacionados con su labor. El Mayor Greenwood y J.R. Marrack eran dos miembros muy activos y pronto se dispondría del apoyo de figuras de la talla de John A. Ryle, J.M. Macintosh y W. Nixon”<sup>4</sup>.

Obviamente, el movimiento hacia la medicina social en Gran Bretaña incluyó a individuos comprendidos dentro de un amplio espectro de puntos de vista políticos y sociales. Sin embargo, no cabe duda de que la evolución general político-intelectual, men-

cionada en párrafos anteriores, jugó un papel primordial en el crecimiento de la medicina social y la epidemiología de enfermedades no infecciosas, tanto en Gran Bretaña como en otros países.

La ideología, no obstante, no fue suficiente. George Rosen ha destacado que, ya en las primeras décadas del siglo veinte, los conceptos de higiene social y medicina social estaban muy desarrollados en el continente europeo. El crecimiento de la ideología laborista y socialista también había ejercido una gran influencia en este movimiento. Tal ideología también había demostrado su preocupación por la necesidad, declarada en 1909 por Ludwig Teleky en Viena, "de investigar las relaciones entre la situación sanitaria de un grupo de la población y sus condiciones de vida, las cuales quedan determinadas por su posición social, así como las relaciones entre los factores nocivos que actúan de una forma específica o con intensidad especial en un grupo social, y las condiciones sanitarias de tal grupo o clase social"<sup>5</sup>.

Por qué el continente europeo no fue cuna de la epidemiología de enfermedades no infecciosas, es algo difícil de determinar por alguien que no esté totalmente familiarizado con la situación europea. Una pista podría ser la observación que George Rosen hizo sobre el desarrollo de la medicina social en los países de habla alemana: "Característico de todos estos autores, y del hecho de encontrarse frente a un campo relativamente nuevo, fue la poca atención que prestaron a los métodos de investigación"<sup>5</sup>.

Tanto en la Europa oriental como en la occidental, a la medicina social se la consideraba como una rama de la medicina; sus practicantes eran médicos. No había centros independientes de salud pública que reuniese a la epidemiología, la bioestadística y otras disciplinas de la salud pública. Gran Bretaña, sin embargo, tenía la suerte de contar con un recurso semejante: la "London School of Hygiene and Tropical Medicine". Fue aquí donde el Mayor Greenwood colaboró como profesor de Epidemiología y Estadística Vi-

tal, combinando ambas disciplinas en su propia persona.

La tradición de colaboración interdisciplinaria llevada a cabo en la "London School of Hygiene", fue perpetuada por el epidemiólogo Richard Doll y el estadístico A Bradford Hill, ambos discípulos de Greenwood. En 1950, Doll y Hill compartieron honores con dos grupos americanos, Wynder y Graham, y Levin, Goldstein y Gerhardt, en la publicación de los resultados de los primeros y principales estudios retrospectivos que relacionaban el tabaco con el cáncer de pulmón<sup>6-8</sup>. Y fueron Doll y Hill quienes realizaron el primer estudio de predicción, confirmando dicha relación<sup>9-11</sup>. Ellos y sus colegas de la "London School of Hygiene", incluyendo a Donald Reid, Peter Armitage y Jerry Morris, constituyeron el centro más importante para el desarrollo de la epidemiología de enfermedades no infecciosas en Gran Bretaña.

## EPIDEMIOLOGIA DE ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS EN ESTADOS UNIDOS

La situación era diferente en los Estados Unidos. Allí, la epidemiología se había desarrollado fundamentalmente como una función de los Departamentos de salud a nivel federal, estatal y local. En 1891, el US "Public Health Service" (entonces llamado "Marine Hospital Service") creó el "Hygienic Laboratory", el cual se convirtió rápidamente en el núcleo principal destinado a la investigación epidemiológica de los Estados Unidos. Fue la plataforma de formación de muchos de los epidemiólogos más destacados del país, incluyendo a Milton J. Rosenau, autor de las primeras obras completas americanas sobre salud pública, director del "Hygienic Laboratory" desde 1899 hasta 1909, posteriormente Catedrático de Medicina Preventiva en la "Harvard Medical School", Catedrático de Epidemiología en la "Harvard School of Public Health" y, por último, decano de la "University of North Ca-

rolina School of Public Health"; y Wade Hampton Frost, a quien el "US Public Health Service" encargó la creación del primer departamento de epidemiología <sup>12</sup> de la "Johns Hopkins School of Hygiene".

El "Hygienic Laboratory" no se limitó a las enfermedades infecciosas. Uno de sus encargados, el Dr. Joseph Goldberger, puso fin al problema de la pelagra gracias a las investigaciones realizadas en ese laboratorio entre 1914 y 1930; las mismas, junto con el trabajo sobre el cólera elaborado por John Snow, constituyen un clásico de la investigación epidemiológica <sup>13</sup>. En 1931, un año después de que el "Hygienic Laboratory" cambiase su nombre por el de "National Institute of Health", el Dr. H. Trendley inició sus importantes estudios sobre el fluor y la caries dental; éstos culminaron con el experimento de fluoración que el "US Public Health Service" llevó a cabo en Grand Rapids-Muskegon. Y, empezando tan temprano como en el año 1910, el "Service" elaboró numerosos estudios relativos a la epidemiología laboral, incluyendo investigaciones sobre silicosis, intoxicación por plomo, dermatosis industriales, radiación, neumoconiosis e intoxicación por mercurio <sup>12</sup>.

Tras la Segunda Guerra Mundial, el liderazgo federal en la investigación epidemiológica se amplió aún más. En 1946, la agencia de guerra "Malaria Control In War Areas" se transformó en el "Communicable Disease Center"; en la actualidad se denomina "Centers for Disease Control" y se ocupa de una amplia gama de enfermedades infecciosas y no infecciosas. Una de las acciones federales más importantes fue el establecimiento de una unidad estadística en el "National Cancer Institute", bajo la dirección del sociólogo Harold Dorn. Esta unidad, que albergó a destacados estadísticos de la talla de Jerome Cornfield y Nathan Mantel, hizo grandes contribuciones a la metodología empleada en la epidemiología de enfermedades no infecciosas; se convirtió, de algún modo, en el sistema nervioso estadístico de todo el movimiento. Asimismo, durante este período el

"National Heart Institute" comenzó los estudios Framingham, probablemente las investigaciones más importantes jamás realizadas en el campo de la epidemiología cardiovascular: abrieron un campo completamente nuevo dentro de la salud pública, marcando el camino hacia la conquista de la pandemia de enfermedades cardio-coronarias.

Algunos de los departamentos estatales de sanidad más avanzados también desempeñaron papeles importantes en el desarrollo de la epidemiología de enfermedades no infecciosas. En Massachusetts, por ejemplo, existía una gran preocupación por el creciente problema que representaban el cáncer y otras dolencias crónicas, lo cual dió lugar a que "se exigiese con una insistencia cada vez mayor la toma de medidas, y a través de una legislación aprobada en 1926, el «Massachusetts Department of Public Health» se comprometió a poner en marcha un programa para el control del cáncer" <sup>14</sup>. George H. Bigelow y Herbert L. Lombard, de dicho Departamento, realizaron investigaciones intensivas, tanto descriptivas como analíticas, de la epidemiología del cáncer. Su trabajo, pionero en su categoría, titulado "Cancer and other Chronic Diseases in Massachusetts" y publicado en 1933, incluye uno de los primeros estudios de control de casos que demostró la relación entre el consumo de tabaco y el cáncer de la cavidad bucal <sup>13</sup>.

Posteriormente, se amplió este estudio mediante la inclusión del cáncer de pulmón, con respecto al cual se estableció la misma relación en 1945 <sup>15</sup>. Estos resultados fueron los que impulsaron a Morton Levin y sus discípulos de la "Division of Cancer Control of the New York State Department of Health" a iniciar su estudio sobre la relación del tabaco con el cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer, el cual marcó un hito histórico. Publicado en 1950 en el "Journal of the American Medical Association" <sup>7</sup>, junto con un trabajo similar a cargo de Wynder y Graham <sup>6</sup>, señaló el comienzo del primer gran descubrimiento científico originado por la nueva epidemiología.

Algunos de los demás estados han contribuido extraordinariamente al desarrollo de la epidemiología de enfermedades no infecciosas: el "New York State Department of Health", especialmente en el campo del cáncer, enfermedades cardiovasculares y caries dental; los "Health Departments" de los estados de California y Connecticut en la epidemiología del cáncer; y el "Ohio State Health Department" en la epidemiología de enfermedades laborales.

Los departamentos de sanidad a nivel local también han contribuido significativamente y con ello han perpetuado una antigua tradición, cuyo desarrollo entre 1884 y 1932, probablemente la mejor etapa, estuvo a cargo del Dr. Charles V. Chapin, funcionario de sanidad de Providence, Rhode Island. Chapin dirigió el movimiento encaminado a basar el control de enfermedades transmisibles en los resultados de la ciencia epidemiológica. Su trabajo "The Fetish of Disinfection", publicado en 1906 en el "Journal of the American Medical Association", jugó un papel primordial en el abandono de prácticas de desinfección definitiva. Y en 1924 publicó un breve clásico sobre la mortalidad y la clase social: "Deaths Among Taxpayers and Non-Taxpayers, Income Tax, Providence, 1865", obra en la cual evaluó cuidadosamente la información correspondiente a todas las enfermedades declaradas, dedicando una mayor atención a las enfermedades no infecciosas. En las últimas décadas, los departamentos de sanidad locales de las ciudades de Nueva York, Chicago y Los Angeles han emulado la tradición Chapin, al obtener importantes resultados en el campo de la epidemiología de enfermedades cardiovasculares.

## IMPACTO DE LA SEGUNDA REVOLUCION EPIDEMIOLOGICA

La segunda revolución epidemiológica, es decir, la conquista de las principales enfermedades no infecciosas, se está haciendo realidad. Los éxitos obtenidos por la epidemiología de enfermedades no infecciosas,

producto, en primer lugar, de una excelente facultad de salud pública en Gran Bretaña y de los departamentos de sanidad federal, estatal y local en los Estados Unidos, han proporcionado al movimiento de salud pública unas armas poderosas para frenar las causas principales de la enfermedad, incapacidad y muerte.

El impacto de la segunda revolución epidemiológica ya se ha hecho notar. En los Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de mortalidad según la edad disminuyó, de 1970 a 1987, en un 33 % con respecto a dolencias cardíacas, un 55 % con relación a enfermedades cerebrovasculares, un 35 % en accidentes y un 40 % en relación con enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis. Como consecuencia, la tasa global de mortalidad bajó en un 25 %<sup>16</sup>, un logro digno de mención.

En España, por otra parte, la tasa de mortalidad según la edad aumentó, de 1970 a 1985, en un 40 % en relación con dolencias cardíaco-isquémicas, un 63 % con respecto al cáncer de pulmón y un 61 % con relación al cáncer del cuello del útero. Durante el mismo período de 15 años, la tasa de accidentes de vehículos motorizados permaneció estacionaria, mientras que la tasa de enfermedades cerebrovasculares disminuyó en sólo un 11 % y la cirrosis hepática en sólo un 13 %<sup>17</sup>.

La imposibilidad de materializar una segunda revolución epidemiológica en España se debe, en mi opinión, a la ausencia de una red sólida de divisiones principales dependientes del Ministerio de Sanidad, que se ocupen de la epidemiología y la prevención de enfermedades y lesiones infecciosas y no infecciosas, así como de la protección contra peligros laborales y medioambientales. Es fundamental la creación urgente de una División de Epidemiología y Servicios Preventivos dependiente de los departamentos nacional, regional y local, la cual debería contar con los medios económicos, humanos y demás recursos esenciales necesarios. Esta es una medida a la que debería darse la máxima prioridad.

Además, es primordial que los Departamentos de Sanidad nacional y regional den prioridad a una planificación sanitaria de orientación epidemiológica mediante el establecimiento de unos objetivos específicos, dentro de unos plazos igualmente específicos, encaminados a conseguir una reducción en la incidencia y mortalidad de enfermedades y lesiones específicas. La movilización de recursos para alcanzar dichos objetivos debería convertirse en la función más importante a desarrollar por los Departamentos de Sanidad nacional y regional.

Espero sinceramente que este encuentro propicie la toma de medidas decisivas. Deberán asegurarse de que las poderosas herramientas que nos han facilitado los epidemiólogos, sean aprovechadas al máximo por las autoridades gubernamentales a nivel nacional, autonómico y local de España. Estoy plenamente convencido de que si Marcelino Pascua viviese aún, estaría a la vanguardia de todo esfuerzo encaminado a reorientar y reestructurar los servicios sanitarios, a fin de potenciar al máximo su eficiencia en la prevención de enfermedades, incapacidades y muertes evitables.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ryle, John A. *Changing Disciplines*. Londres: Oxford University Press, 1948.
2. Greenwood, M, Bradford Hill, A., Topley, WWC, and Wilson, J. *Experimental Epidemiology*. Medical Research Council, Special Report Series, No. 209, Londres: HMSO, 1936.
3. Greenwood, M. *Epidemics and Crowd Diseases: An Introduction to the Study of Epidemiology*. Nueva York: The Macmillan Co., 1935.
4. Murray, DS. *Why a National Health Service? The Past Played by the Socialist Medical Association*. Londres: Pemberton Books, 1971.
5. Rosen, G. *What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept*. *Bull Hist Med* 1947; 21: 674-733.
6. Wynder, EL and Graham, EA. *Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchogenic Carcinoma, A Study of Six Hundred and Eighty-four Proved Cases*. *JAMA* 1950; 143: 329-36.
7. Levin, ML, Goldstein, H, and Gerhardt, PR. *Cáncer and Tobacco Smoking. A Preliminary Report*. *JAMA* 1950; 143: 336-38.
8. Doll, R and Hill, AB. *Smoking and Carcinoma of the Lung. Preliminary Report*. *Brit Med J* 1950; II: 739-48.
9. Doll, R and Hill, AB. *The Mortality of Doctors in Relation to Their Smoking Habits: Preliminary Report*. *Brit Med J* 1954; II: 1451-55.
10. Doll, R and Hill, AB. *Lung Cáncer and Other Causes of Death in Relation to Smoking. A Second Report on the Mortality of British Doctors*. *Brit Med J* 1956; II: 1071-81.
11. Doll, R and Hill A B. *Mortality in Relation to Smoking: Ten Years' Observation of British Doctors*. *Brit Med J* 1954; II: 1399-1410.
12. Williams, RC. *The United States Public Health Service, 1798-1950*. Washington, DC.: Commissioned Officers Association of the United States Public Health Service, 1951, Chapters 4, 5.
13. Terris, M, editor. *Goldberger on Pellagra*. Baton Rouge: Louisiana State University Press, 1964.
14. Bigelow, GH and Lombard, ILL. *Cancer and other Chronic Diseases in Massachusetts*. Boston: Houghton Mifflin, 1933: 118-293.
15. Potter, EA and Tully, MR. "The Statistical Approach to the Cancer Problem in Massachusetts". *Am J Pub Health* 1945; 35: 485-90.
16. *Health United States 1989*. US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1990.
17. *Indicadores de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

**PONENCIAS****LA SALUD PUBLICA EN ESPAÑA EN EL  
CONTEXTO EUROPEO, 1890-1925****Esteban Rodríguez Ocaña**

Dpto. Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Universidad de Granada.

El año pasado, ante este mismo foro, tuve ocasión de señalar dos grandes etapas en la Sanidad civil española que cubren la primera mitad del siglo XX, definidas en función de la profundidad y extensión de las competencias oficiales en Salud Pública. En esta segunda edición de los Encuentros Marcelino Pascua voy a abordar el contexto internacional en que se produjo la primera de dichas fases, que denomino ETAPA DE FORMACION de la Salud Pública española.

Dicho período se caracteriza porque 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". Dicha voluntad fue tomando cuerpo mediante la creación de una nueva legislación y administración sanitarias (en 1899 se creó, aunque efímeramente, la Dirección General de Sanidad) que, a nuestro entender, alcanzaron su definitivo asentamiento tras la reinstalación de dicha Dirección General de Sanidad (1922) y la promulgación del Reglamento de Sanidad Provincial de 1925, que creó los Institutos provinciales de Higiene como centros técnicos competentes y dotados de la administración sanitaria periférica.

**I. EL ATRASO SANITARIO  
DE ESPAÑA**

Al terminar el siglo XIX, España vivía una grave crisis económica, política y social.

La derrota frente a los Estados Unidos, en 1898, que acabó con las últimas colonias transoceánicas de la monarquía hispana, fue el revulsivo que cristalizó el malestar de los diversos estratos de la nación. Como afirma Manuel Tu n de Lara, el siglo XX comenzaba teniendo pendientes muchas de las propuestas levantadas en el XIX. De forma genérica, se empleó el término "regeneracionismo"<sup>1</sup> para referirse al intento de modificar todas las facetas de la vida social y la acción del Estado, con un sentido modernizador. La modernización, como programa, consistía en adaptar a las condiciones españolas las pautas y estructuras vigentes en los países que se consideraban, ejemplarmente, "civilizados", como eran los europeos occidentales.

No puede extrañarnos que esta aspiración tuviera un señalado componente sanitario, por cuanto la comparación con dichos países 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<sup>2</sup>, una más eleva-

<sup>1</sup> De forma más específica, regeneracionismo identifica a unos concretos grupos de presión (Liga de Productores, Unión Nacional, etc.) y a determinados ensayistas, como Joaquín Costa, vinculados a los movimientos de una burguesía media. Cf. Tu n de Lara. La España del siglo XX, 3.ª ed., vol. I, Barcelona: Laia, 1974:15-16. Medio siglo de cultura española, 1885 - 1936, Madrid: Tecnos, 1977: 57-78.

<sup>2</sup> Véanse los trabajos presentados al I Encuentro Marcelino Pascua.

da mortalidad general y la amplia presencia de enfermedades infectocontagiosas entre sus causas. Era obvio, igualmente, que los frentes de avance de la ciencia sanitaria se encontraban fuera de nuestras fronteras, y fuera había que acudir para aprender, bien a través de traducciones de tratados y monografías, bien mediante la presencia física en los centros extranjeros. Las causas de este atraso, en opinión de Manuel Martín Salazar (1913) <sup>3</sup> eran complejas, de índole política, cultural y médica. Por ejemplo, citaba entre ellas la persistente creencia popular en la "acción fatalista de la providencia", reflejo de la importancia de la religión en la conformación de la mentalidad popular, y la consideración excesivamente individualista del derecho, personificada en el "derecho de propiedad", que se oponía a cualquier atisbo de "derecho sanitario". A todo ello podía sumarse la débil implantación de las ciencias básicas en el currículum médico, en particular Microbiología y Química Biológica. Un último argumento *ad hominem*, que apuntaba dicho personaje, sería la escasa presencia de "médicos y naturalistas" entre los legisladores.

Las condiciones de salubridad de nuestras ciudades dejaban mucho que desear <sup>4</sup>. En Madrid, en 1902, se calculaba que, pese a la extensión del alcantarillado acometido desde 1856, existían más de 3.000 pozos negros y se señalaba que en los barrios extremos y en buena parte del caso antiguo, los sumideros carecían de sifones, mientras más de 4.000 casas carecían de suministro directo de aguas <sup>5</sup>. Barcelona, que acometió entre 1885 y 1893 un proyecto global de saneamiento, se veía obligada, en 1913, a construir nu-

merosos depósitos de descarga de agua para mantener la circulación de las alcantarillas, por la ausencia de suficientes conexiones a los domicilios <sup>6</sup>. En Sevilla, en 1901, se produjo un gran conflicto entre la Liga de Propietarios y el Ayuntamiento que estuvo a punto de impedir la construcción del nuevo alcantarillado en el casco antiguo de la ciudad <sup>7</sup>. En 1913, una encuesta llevada a cabo por Philip Hauser <sup>8</sup> entre los Inspectores provinciales de Sanidad demostró que

"[...] la gran mayoría de las capitales carecen de las condiciones sanitarias necesarias para la salud de sus habitantes".

En particular, de las 7 ciudades de más de 100.000 habitantes, sólo 2 (Zaragoza y Sevilla) contaban con una red amplia y moderna de alcantarillado, aunque el suministro de agua era deficiente en ambos casos. De otras 3 (Madrid, Valencia y Málaga) la buena dotación de aguas resultaba desaprovechada por el mal estado del alcantarillado, mientras que, todavía, Barcelona y Murcia se caracterizaban por un equipamiento incorrecto en ambos extremos.

Por otra parte, de "mortalidad verdaderamente vergonzosa" se calificaba a la que se registraba en España en el primer decenio del siglo XX, cuando se la comparaba con la de los "principales" países de Europa, en un contexto dominado por criterios poblacionistas. Para sanitaristas ilustres, como Francisco Murillo <sup>9</sup> (1909) o el ya citado Martín Salazar (1913), resultaba escandaloso que, pese a su elevada natalidad, España requiriese 436 años para

<sup>3</sup> Martín Salazar, Manuel. 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 Ciego, 1913.

<sup>4</sup> Real Consejo de Sanidad. Cuestiones fundamentales de Higiene Pública en España Madrid, E. Teodoro, 62 pp., 1901.

<sup>5</sup> Hauser, P. (1902) Madrid bajo el punto de vista médico-social, Madrid: Editora Nacional, 1979.

<sup>6</sup> Capel, H.; Tatjer, M. Reforma social, serveis assistencials i higienisme (1876-1900). En: Cent anys de Salut Pública a Barcelona. Barcelona: Ajuntament, 1991: 31-73.

<sup>7</sup> Pulido Fernandez, A. Saneamiento de poblaciones españolas. Sevilla. Madrid: C. Velasco, 1992.

<sup>8</sup> Hauser, P. (1913). Geografía médica de la Península Ibérica. vol. 2, Madrid: Eduardo Arias, 1913: 235-236.

<sup>9</sup> En el Prólogo a una publicación oficial, La reorganización sanitaria en España. Madrid: Imp. Alemana, 1909.

duplicar su población, mientras que Alemania necesitaba sólo 133, Inglaterra 166 o Italia 284. La población sana, subrayaban, era “el capital de una nación” (Murillo), o, de otro modo,

“[...] el acerbo humano que sirve verdaderamente de base a la riqueza y engrandecimiento de los pueblos.”<sup>10</sup>

Estas estimaciones adquirirían su dimensión económica más evidente cuando se asignaba un valor monetario preciso a cada vida humana, práctica que, como se sabe, tenía abundantes precedentes europeos en el siglo anterior. De hecho, algún directivo de la Sociedad Española de Higiene achacaba a la escasa familiaridad de los médicos españoles con “el cálculo y las cifras” la tardanza en provocar reacciones, puesto que, sustituida por los días de trabajo perdido, la disminución de fuerzas productivas y los gastos en atenciones policiales y benéficas, la sobremortalidad resultaba “el mayor dispendio para la economía nacional”.<sup>11</sup> Calculando a 5.000 ptas. el valor medio de una vida humana, que se asignaba en aquellos momentos, las pérdidas durante el primer decenio del siglo XX habrían supuesto la astronómica cantidad de 5.000 millones.

Además, la alta mortalidad de causa infecciosa era interpretada como prueba de la importancia del problema sanitario y del atraso relativo de España. El Director general de Sanidad en 1902, Angel Pulido, decía que representaba “un verdadero desastre y una grandísima deshonra”, propios de “un pueblo abandonado y sin defensa”,<sup>12</sup> extremos que repetía el ganador del Concurso especial celebrado por el Instituto de Ingenieros Civiles en 1919 acerca del “problema sanitario de España”:

“[...] o sea, que España incurre en la mayor de las inculturas que a una na-

ción pueda haber, la de no saber conservar la vida de sus ciudadanos... que podrían rescatarse a la muerte con sólo higienizar algo la nación [...]”<sup>13</sup>

El carácter beneficioso para la economía nacional de las inversiones sanitarias era de mención constante en los escritos e intervenciones sobre estos asuntos, y no sólo por la ganancia en vidas. Así, el ingeniero Membrillera resaltó los beneficios que del saneamiento urbano se derivarían para el turismo.<sup>14</sup>

En unos momentos en que las enfermedades transmisibles aparecían ante la opinión médica como “enfermedades evitables” no es extraño que su alta prevalencia se achacara al “atraso de nuestra administración sanitaria” y se esgrimiera como acicate para la adopción de una política decidida que abocara en la deseada “regeneración sanitaria”.<sup>15</sup>

## II. LA SITUACION EN EUROPA. LEGISLACION Y ADMINISTRACION SANITARIA

En el tránsito del XIX al XX, los países europeos afrontaron la incorporación de la nueva visión de los riesgos sanitarios producto de la Microbiología y sus secuelas (“el pasteurismo” que dicen los autores franceses). La incorporación de la nueva etiología biológica (sin duda con pretensiones de ser única) a las nociones etiopatogénicas de corte ambientalista y químico produjo una revaluación de los instrumentos de defensa frente a las grandes epidemias clásicas, la incorporación masiva de nuevos principios preventivos y terapéuticos contra las enfermedades transmisibles y el cambio de atención desde

<sup>10</sup> Martín Salazar (1913). *op. cit.*, p. 90.

<sup>11</sup> Angel Fernandez Caro, en el Prólogo al libro ya citado de F.G. de Membrillera (1920), p. III.

<sup>12</sup> Pulido Fernandez, Angel. Sanidad pública en España y ministerio social de las clases médicas. Madrid: Est. Tip. Enrique Teodoro, 1902: p. 23.

<sup>13</sup> Francisco G. de Membrillera. El problema sanitario de España. Exceso de mortalidad, causas que la producen. Influencia de la Higiene en la Economía nacional. Medidas de gobierno y acción de los ciudadanos para higienizar España y arrebatarse a la muerte más de 100.000 vidas por año. Barcelona: 1921: p. 21.

<sup>14</sup> *op. cit.*, pp. 105-107.

<sup>15</sup> Martín Salazar (1913), *op. cit.*, p. 66.

el ambiente hacia las personas, hasta, eventualmente, llegar de nuevo a conceder valor al sustrato cultural y social de las poblaciones.<sup>16</sup>

A nivel internacional, a estas novedades se plasmaron en la sucesión de Convenios Sanitarios Internacionales firmados por las principales naciones, entre ellas España, en beneficio de la salud pública y del comercio internacional, a partir del de Venecia (1892). Dichos convenios condujeron, en 1903 y 1908, a la instauración de sendos organismos permanente, la oficina Sanitaria Panamericana y la Oficina Internacional de Higiene Pública<sup>17</sup>. Esta última, con sede en París, fue el primer organismo sanitario con competencias universales hasta el fin de la 2.ª Guerra Mundial. Los nuevos Convenios internacionales supusieron un cambio de sentido de la lucha contra la transmisión de enfermedades, pasando de la preocupación por la procedencia (estado sanitario del puerto de origen, por ejemplo) al examen del estado de salud de los viajeros o incidencias sanitarias del viaje; en definitiva, cambiar una estrategia de defensa en todas direcciones por la detección de los casos sospechosos<sup>18</sup>. En función de estos acuerdos, que obligaban a la notificación de brotes epidémicos, a la actuación preventiva en origen sobre pasajeros y mercancías o a la incorporación de medios de desinfección permanentes a bordo de los barcos, se generaron pautas internacionales de comportamiento respecto a peste y cólera (1903), fiebre amarilla (1912) o, viruela y tífus exantemático (1926). Al mismo tiempo, las regulaciones sanitarias internas debieron ajustarse a los acuerdos internacionales, por lo que la reforma de la Sanidad marítima y de fronteras (lo que competía a Sanidad Exterior en

España) estuvo en primer plano de actualidad en torno a comienzos de siglo.

Ese nuevo poder de que se dotaba la medicina, las prácticas individuales higiénicas, la intervención de la Sanidad pública y la filantropía, no obstante, como advirtió en 1915 Giuseppe Sanarelli (1864-1940), habían sido incapaces de desterrar todos los males; al contrario, no se disminuían las la-cras heredadas del siglo anterior (tuberculosis, venéreas, alcoholismo, neurosis), aparecían nuevas enfermedades sociales y el medio urbano suministraba las mayores cotas de deformes e incapaces para el servicio de armas<sup>19</sup>. Este higienista de laboratorio, discípulo de Pettenkofer y de Pasteur y catedrático en Roma desde 1915, se hacía eco en Italia de las propuestas de Higiene Social promovidas en Alemania desde comienzos de siglo por, entre otros, Alfred Grotjahn (1869-1931). La preocupación de esta que aspiraba a ser una nueva especialidad, recaía, en lo fundamental, en resaltar los aspectos propiamente humanos del medio ambiente (la cultura, las relaciones familiares y sociales, las desigualdades económicas), sin despreciar por ello los condicionantes físico-químicos y biológicos, que debían subordinarse a los primeros. A una metodología que hacía hincapié en el empleo de las ciencias sociales, incluyendo la Estadística, correspondió una práctica preocupada por la salud de las comunidades, la atención a los sectores en riesgo (estadísticamente definidos) y la mezcla de intervenciones médicas y socioeconómicas. La promoción de campañas contra las grandes calamidades habituales de las sociedades urbanas industriales, como la mortalidad infantil y la tuberculosis (o el paludismo rural en Italia) fue una primera plasmación práctica de los principios de la Higiene social<sup>20</sup>.

<sup>16</sup> Cf. Rodríguez Ocaña, E. Por la salud de las naciones. Higiene, Microbiología y Medicina Social, Madrid: Akal [Cuadernos de Historia de la Ciencia], 1992.

<sup>17</sup> Howard Jones, N. Les bases scientifiques des Conférences sanitaires internationales 1851-1938, Ginebra: OMS, 1975; Howard-Jones, N. La Santé Publique internationale entre les deux guerres: Les problèmes d'organisation. Ginebra. OMS, 1975; Carvais, R. La maladie, la loi, les mœurs, in: C. Salomir-Bayet (ed.) Pasteur et la révolution pastoriennne, Paris: Payot, 1986: 299-311.

<sup>18</sup> Carvais (1986) *op. cit.*, p. 328, nota 220.

<sup>19</sup> Pogliano, p. 629.

<sup>20</sup> Rodríguez Ocaña, E.; Molero Mesa, J. 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 (ed.) La Salud en el Estado del Bienestar. Madrid: Editorial Complutense, 1993: 133-148.

A continuación vamos a revisar la situación, en términos de política sanitaria, de los más destacados y cercanos Estados europeos, con particular detenimiento en lo que se refiere a los aspectos de organización sanitaria. En todos ellos, como en España, las políticas higiénico-sociales, en el sentido que acabamos de señalar, fueron desarrolladas por organizaciones filantrópicas privadas (salvo el caso de la lucha contra el paludismo en Italia), y sólo tardíamente incorporadas a los servicios públicos sanitarios, por lo que no las tendremos en consideración.

## 2.1. Inglaterra

Inglaterra alcanzó en el último tercio del siglo XIX una posición de liderazgo en estas materias, ante los sanitarios de otros países. Fue el primer Estado donde los sanitarios poseyeran autoridad, es decir capacidad de influenciar la vida ciudadana, como quedó refrendado en la *Public Health Act* de 1875. La ley, en tal caso, fue eficaz merced a esa autoridad ganada por los higienistas, quienes convencieron a la opinión pública y a los poderes del Estado para que confiaran en sus recomendaciones periciales. Este proceso, cuyas diversas estrategias profesionales han sido recientemente analizadas por Hamlin<sup>21</sup>, ha sido comparado al triunfo de una confesión religiosa, toda vez que, en ambos casos, se trata de un dominio sobre un mundo invisible: en el caso de la Salud Pública, tóxicos, miasmas, microbios, sólo revelables ante precisas manipulaciones de laboratorio.

La mencionada Ley de Sanidad o Código de Higiene Pública<sup>22</sup> incluía disposiciones acerca de la vigilancia y mantenimiento de la

salubridad en las ciudades, incluyendo desde el alcantarillado al alumbrado público, vigilancia de los alojamientos, mataderos y mercados y otros riesgos o molestias para la salud. Además, medidas a seguir en caso de enfermedades contagiosas (a sugerencia del *MOH* o del médico en ejercicio) y epidémicas (propuestas por la autoridad central sanitaria). Igualmente contemplaba las cuestiones de sanidad marítima.

La administración sanitaria inglesa nacía en el *Local Government Board* (organismo compuesto por un presidente y un secretario, ambos parlamentarios, elegidos por el Rey, y un secretario ejecutivo, puesto ocupado por un técnico), que tenía a su servicio distintos inspectores médicos, ingenieros sanitarios y otros profesionales. Sus funciones eran la vigilancia del estado sanitario; el control sobre los municipios poco cuidadosos, verificado según el comportamiento de sus tasas de mortalidad; la confección de estadísticas y el estudio y combate de las enfermedades epidémicas. A este organismo central se subordinaban los *Local Boards of Health*, Servicios sanitarios de distrito<sup>23</sup>, dotados de agentes técnicos (inspectores médicos —*Medical Officers of Health*—, cuya existencia se remontaba a 1848, inspectores de limpieza —*Inspectors of nuisance*—, de alimentación —*Surveyor*— y analistas —*Analyst*—). A estos agentes técnicos de la administración, en particular a los *MOH*.

“[...] debe Inglaterra la superioridad real de su higiene pública y los bellos resultados producidos en lo que concierne a la morbilidad y mortalidad de la población.”<sup>24</sup>

Estudios recientes han puesto de manifiesto que la generalización de estas medidas y de la dotación de puestos técnicos se realizó con

<sup>21</sup> Hamlin, C. “The Sanitarian Becomes an Authority, 1850-1910”. *International Conference on the History of Public Health and Prevention*, Estocolmo, September 1991, (mecanografiado).

<sup>22</sup> Palmberg, A. *Tratado de Higiene Pública según sus aplicaciones en diferentes países de Europa* (España, Francia, Inglaterra, Bélgica, Alemania, Austria, Suecia y Finlandia), Madrid: Biblioteca Escogida de El Siglo Médico, 1892: 37-53.

<sup>23</sup> Un distrito sanitario no coincidía necesariamente con una circunscripción política, sino que o bien reunía varios núcleos de población, o bien era parte de una gran ciudad.

<sup>24</sup> Arnould, J. *Nouveaux éléments d'hygiène*, 4<sup>ème</sup> ed., Paris: Libr. J.B. Baillière et Fils, 1902: 1.003.

parsimonia. En 1865, de 570 ciudades afectadas por la ley de Sanidad de 1848, sólo 173 habían dotado plaza de inspectores sanitarios y de las 25 mayores sólo cinco. En Leeds no existió ese puesto hasta 1866, en Manchester hasta 1868 y en Birmingham hasta 1873. La ley de 1875 convirtió en obligatoria su provisión, exigiendo, además, la posesión de titulación específica para acceder a las plazas. La nueva situación dio lugar a más empleo, unos 1.400 puestos, pero cubiertos en su inmensa mayoría por contratos anuales, de manera que era fácil que un inspector activo no viera renovado su contrato.<sup>25</sup>

Las competencias de estos órganos periféricos incluían la vigilancia de las condiciones insanas de locales, alimentos e industrias; dictar medidas para hacerlas desaparecer o mitigar sus efectos; combatir las enfermedades infecciosas; realizar la estadística sanitaria. Anualmente debían dar cuenta de su gestión, a través de una Memoria o Informe.

La característica legislativa británica, con su preferencia por las leyes poco detalladas, que podían completarse o complementarse con facilidad mediante sucesivas "actas del parlamento", hizo que aspectos de los mencionados fuesen legislados subsiguientemente por separado, como, por ejemplo, el suministro de agua a los núcleos de población (1878), las emanaciones de las fábricas de productos químicos (*The Alkali Act*, 1881), la declaración de las enfermedades infecciosas (1890), la instauración de una Inspección médica del Trabajo (1898) o del Servicio Médico Escolar (1907), antes de que el *Local Government Board* se convirtiera en Ministerio de Sanidad en 1919. El impacto de los nuevos fundamentos científicos de la Salud Pública se produjo de forma preferente en la formación de los MOH, que, como hemos advertido, a partir de la ley de 1875 debían obtener una titulación especializada

antes de poder aspirar a tales plazas<sup>26</sup>, así como en la higiene colonial y militar<sup>27</sup>.

## 2.2. Francia

En Francia, la organización sanitaria se había modificado por Decreto de 5 de enero de 1889, que remitió a Interior lo que era, desde 1848, competencia del Ministerio de Comercio. Creó una Dirección de Asistencia e Higiene Pública, adscrita al M.<sup>o</sup> del Interior, asistida por un Consejo Consultivo de Higiene Pública (que existía desde 1848-1850) y dotada con dos Inspectores generales (para Sanidad exterior e interior). La línea jerárquica era la gubernativa, del Ministro a los Prefectos y a los Ayuntamientos, existiendo a cada nivel Consejos de asesoramiento. En 1882-84 estaban instalados en tres cuartas partes de los Departamentos franceses, pero sólo existían 185 Consejos municipales<sup>28</sup>. De estos organismos se decía, en 1892, que carecían de toda iniciativa, incluso de la capacidad de reunirse<sup>29</sup>, lo que confirman estudios actuales, donde se señala la abundancia de informes producidos por los mismos, reconociendo situaciones insalubres, frente a la escasa capacidad de conseguir actuaciones por parte de las autoridades para remediarlas. Parecía, según una fuente de la época, que estas se interesaban por los problemas de salud pública nada más que cuando se veían amenazados los intereses comerciales.<sup>30</sup>

<sup>26</sup> Es representativa la dinámica seguida por la Cátedra de Salud Pública de la Universidad de Edimburgo, primera del Reino Unido, fundada en 1898. Cf. Maclean, U. *The Usher Institute and the evolution of Community Medicine in Edinburgh*, Edimburgo: Usher Institute, 1975.

<sup>27</sup> Worboys, M. *Imperialism, Militarism and Bacteriology* Tagung Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert.- Deutschland und England im Vergleich, Universität Bielefeld, november 1986 (mecanografiado).

<sup>28</sup> Hildreth, M.L. *Doctors, Bureaucrats and Public Health in France, 1888-1902*, Nueva York-Londres: Garland Publishing Inc. 1987: 112.

<sup>29</sup> Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 374.

<sup>30</sup> Valin, 1882, citado por Hildreth (1987) *op. cit.*, p. 113.

<sup>25</sup> Wohl, A.S. *Endangered Lives. Public health in Victorian Britain*, Cambridge, Mass: 1983 Smith, F.B *The people's health 1830-1910*, Londres: 1979.

Por ley de 30 de noviembre de 1892 se estipuló la declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas —o su sospecha— (cuya lista se concretó en noviembre de 1893)<sup>31</sup>. Luego de la fundación del Instituto Pasteur (centro privado), en París, en 1885, los laboratorios sanitarios se extendieron, de modo que, para finales de siglo, existían en 29 ciudades<sup>32</sup>. Pero la incorporación de los nuevos supuestos de intervención higiénica no se produjo en serio hasta la Ley de Sanidad de 1902 y la inmediata sobre control de productos alimenticios de 1905.

La ley de Sanidad francesa de 15 de febrero de 1902<sup>33</sup> ratificaba el predominio gubernativo sobre la sanidad, cuyas máximas autoridades ejecutivas eran los alcaldes y prefectos en los municipios y provincias, respectivamente, aunque el primero debía ejercer su autoridad de acuerdo con un Reglamento sanitario municipal y los segundos asesorados por un Consejo departamental. Se prescribía la vacunación antivariolítica obligatoria, se reafirmaba la obligatoriedad de declarar ciertos padecimientos<sup>34</sup>, para los cuales eran de aplicación medidas de desinfección y se incorporaba, parcialmente, la norma inglesa, según la cual en caso de superar durante tres años la media de mortalidad un determinado distrito, se exigía la realiza-

ción de una investigación departamental y, de forma no del todo clara por motivos económicos, se presionaba a los ayuntamientos para que realizaran las mejoras recomendadas. También se detallaba la vigilancia de las viviendas, distinguiendo entre las de nueva construcción y las reformables, por haber sido declaradas insalubres; para ello se concedían ventajas fiscales y administrativas<sup>35</sup>.

En los municipios de más de 20.000 habitantes, se debían instalar oficinas de Higiene (o Servicios de Higiene, según la traducción de B. Avilés, 1892), *Bureaux d'Hygiène*, instituidos con anterioridad en ciertas ciudades (Havre, Nancy, Reims, Niza, Grenoble, Lyon, St. Etienne) a semejanza del de Bruselas<sup>36</sup>; sus cometidos concretos dependerían del respectivo Reglamento de higiene municipal, pero siempre incluirían los servicios de desinfección. Los Consejos de Higiene departamentales, encargados expresamente de supervisar las cuestiones de suministro de aguas, estadística y geografía médica y reglamentos sanitarios municipales, podían contar con Inspectores. En los pequeños municipios, existían unas figuras, "médicos de epidemias", creadas desde 1805, cuyo servicio, en opinión de un autor francés de finales del siglo diecinueve era irregular y muy poco eficaz.<sup>37</sup>

En el trámite parlamentario, la ley sufrió mermas significativas respecto a las propuestas emanadas del Consejo Consultivo de Higiene pública de Francia, como la supresión de la red permanente de inspectores, reclutados por oposición y remunerados por el Estado, o la dulcificación de las medidas que podían afectar a la propiedad de las viviendas.

La ley de 1 de agosto de 1905 incorporó a la vigilancia sanitaria de la industria alimentaria los nuevos supuestos científicos. La exégesis jurídica advierte el empleo no-

<sup>31</sup> Fueron estas las siguientes: Fiebre tifoidea, Tifus exantemático, Viruela y varioloides, Cólera, Escarlatina, Difteria, Sarampión, Fiebre miliar, Peste, Fiebre amarilla, Disentería, Fiebre puerperal, oftalmía RN. Otras nueve eran de declaración facultativa, entre ellas, la TBC. En 1881 ya se había obligado a lo mismo en relación con las enfermedades animales (lista de enfermedades contagiosas, con declaración obligatoria, incluyendo las sospechas, según Carvais (1986) *op. cit.*, p. 293.

<sup>32</sup> Hildreth (1987) *op. cit.*, p. 133.

<sup>33</sup> Arnould (1902) *op. cit.*, pp. 963-969. Sobre la difícil gestación de esta ley, véase Hildreth (1987) *op. cit.*, pp. 107-133 y Ellis, J.D. *The physicians-legislators of France. Medicine and Politics in the Early Third Republic, 1870-1914*, Cambridge, C.U.P., 1990: 182-191.

<sup>34</sup> La declaración de las enfermedades contagiosas fue modificada por decreto de 28 de septiembre de 1916, para añadirles la obligación de informar sobre los casos de Poliomiélitis aguda. Guiraud, L.; Gautié, A. *Manuel d'Hygiène*, 4ème. ed., Paris, Masson et Cie, 1922.

<sup>35</sup> Carvais, *op. cit.*, p. 288.

<sup>36</sup> Arnould (1902) *op. cit.*, p. 971.

<sup>37</sup> Arnould (1902), *op. cit.*, p. 973.

vedoso de la definición sanitaria de alimento, que excluyó de modo expreso tanto su corrupción como su toxicidad<sup>38</sup>. Para ello se estableció una red de laboratorios ligados al Ministerio de Agricultura.

La penetración de las nuevas técnicas se hizo, no obstante, con cierta lentitud. Así, en 1919, se señalaba que, de 87 departamentos, 7 poseían laboratorios importantes y 42 poco importantes, incluyendo en el recuento las distintas pertenencias administrativas, municipales, universitarias, hospitalares y particulares o privados<sup>39</sup>. La instalación de los servicios de desinfección municipal era contemplada con sorna por algunos observadores, dada la escasa preocupación advertida en la mayoría de los ayuntamientos. Buena parte de culpa tuvo la fuerte oposición que mostraron frente a la Ley de 1902, una vez aprobada, los propietarios, la resistencia pasiva de medios municipales y el desagrado de las Uniones o sindicatos médicos. Estos últimos, aún defendiendo los avances de la ciencia, que los legitimaban en su ejercicio profesional, rechazaban todo intento de interferir con la naturaleza comercial de los actos médicos. De esta forma, se oponían tanto a la gratuidad de la vacuna como a la obligación de declarar determinadas enfermedades, así como a todo intento de crear un cuerpo estatal de sanitarios.<sup>40</sup>

### 2.3. Italia

Antes de la unificación, la Sanidad corría a cargo de funcionarios civiles, con técnicos sólo como funciones consultivas dentro de las Juntas o Comisiones de Sanidad<sup>41</sup>. Una vez formado el Reino de Italia, el Gobierno Crispi creó una Oficina de Sanidad en el Mi-

nisterio del Interior (20 de junio de 1887), que desempeñó, desde 1887 a 1896, el que había sido primer profesor libre de Higiene de Italia, Luigi Pagliani (1847-1932)<sup>42</sup>.

Inmediatamente, se promulgó una Ley de Sanidad (1888, en vigor desde 1890). Por ella, la anterior oficina pasaba a ser Dirección general de Sanidad Pública, a la que se unieron un Laboratorio y una Oficina de Vacunación. Sobre ellos se creó la Escuela de Perfeccionamiento en Higiene Pública, para atender la docencia especializada y la actualización profesional (mediante cursos de seis meses de duración<sup>43</sup>). Así mismo, se creaban el Consejo Superior de Sanidad y los provinciales. Estableció “dos jerarquías completas y coaligadas entre sí”, según un historiador italiano admirador de la política fascista (Castiglioni), o fuertemente centralizadas y sometidas a la línea política, según un higienista francés de finales de siglo (Arnould); se trataba de una administración en tres niveles, central, provincial y municipal, donde la secuencia Ministro del Interior —Prefecto o gobernador— Comuna, se doblaba en Director General de Sanidad, Médico Provincial y oficina sanitaria local, con laboratorio en las ciudades de más de 20.000 habitantes. Es un rasgo característico de la experiencia italiana el que las competencias docentes fueran reclamadas (y obtenidas en exclusiva) por los Institutos universitarios, en 1896<sup>44</sup>, hasta que en 1934 se abrió el gran Instituto de Sanidad Pública (en Roma), dependencia del Ministerio del Interior, con siete grandes laboratorios y misiones de adiestramiento e investigación<sup>45</sup>.

El Reglamento general sanitario de 1901 estableció las enfermedades de declaración

<sup>38</sup> Carvais, *op. cit.*, pp. 290-293.

<sup>39</sup> Carvais, *op. cit.*, citado en n. 153, p. 324.

<sup>40</sup> Hildreth (1987) *op. cit.*, pp. 139-152; Ellis (1990), *op. cit.*, pp. 188-190.

<sup>41</sup> Castiglioni, A. Historia de la Medicina, Barcelona-Buenos Aires, (2.<sup>a</sup> ed. italiana, 1936), Salvat Editores, 1941: 818.

<sup>42</sup> Pogliano (1984) L'utopia igienista (1870-1920), in: F. della Peruta (ed) Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e Medicina, Torino, G. Einaudi editore, pp. 589-631 (cita de p. 608); Castiglioni, *op. cit.*, p. 820.

<sup>43</sup> POGLIANO, *op. cit.*, p. 608.

<sup>44</sup> La denuncia de Celli ante el Parlamento, tachaba a la Escuela de la Dirección General como expresión de centralismo y autoritarismo. Pogliano, *op. cit.*, p. 609.

<sup>45</sup> Castiglioni, *op. cit.*, p. 827-828.

obligatoria, con tres escalones: las que debían serlo siempre, las de declaración facultativa y las que eran obligatorias en las escuelas o en ciertos trabajos<sup>46</sup>. A partir de 1902, las plazas de Médico y Veterinario Provincial se concedieron por concurso<sup>47</sup>. A nivel municipal, existían los Oficiales sanitarios, cabeza, en su caso de la oficina sanitaria o, en poblaciones más pequeñas, médicos titulares. Sus funciones eran asistir al Alcalde en tutelar la higiene y salubridad públicas, la recepción de las notificaciones de enfermedad infectocontagiosa, que debía comprobar y transmitir y disponer el aislamiento y la desinfección pertinentes, así como la compilación de estadísticas. El preceptivo Reglamento de Higiene local debía incluir la regulación de la asistencia médico-quirúrgica a los pobres, además de las cuestiones estrictas de Salud Pública.<sup>48</sup>

#### 2.4. Alemania

Entre la autonomía técnica sanitaria del mundo británico y la jerarquía política y el carácter discursivo de los Consejos y organismos sanitarios latinos, según la opinión de Martín Salazar (1913), Alemania ocupaba una posición intermedia. Por un lado, a finales del siglo XIX la autoridad sanitaria estaba, en

lo fundamental, en manos de la Policía, al igual que en Francia (Palmberg, 1892), mientras que su administración tenía un carácter sumamente tecnificado y, aunque consultivos, los organismos como el *Kaiserliches Gesundheitsamt*, el Real Instituto para el estudio de las enfermedades infecciosas o el Centro de análisis y comprobación de los servicios de agua y alcantarillado, estaban dispuestos de forma eminentemente científica. La rigurosidad de los procedimientos administrativos germanos, su fundamentación técnica y el respeto con que eran acogidos por la población eran rasgos sobresalientes de la Sanidad alemana en el sentir de los responsables españoles de la primera década del siglo XX.

Desde la Unificación<sup>49</sup>, se estableció un Comité consultivo, la Oficina Sanitaria Imperial, *Kaiserliches Gesundheitsamt*, dentro del Ministerio del Interior, cuyas obligaciones eran: ejercer la suprema inspección sobre las cuestiones sanitarias, tanto del interior como del extranjero, preparar la legislación sanitaria y unificar las estadísticas. La mayor parte de su personal se nombraba de entre médicos militares.<sup>50</sup>

La norma que hizo obligatoria la vacunación contra la viruela (8 de abril de 1874), creó una primera figura de médico sanitario, al estipular la existencia de distritos de vacunación, dotados con establecimientos especializados y médicos encargados específicamente para ello, únicos a los que estaba permitido su práctica.<sup>51</sup>

El 30 de junio de 1900, la Ley de profilaxis de las enfermedades contagiosas instituyó otro organismo consultivo superior, el *Kaiserliches Gesundheitsrat* o Consejo Imperial de Sanidad. Las responsabilidades de gobierno, no obstante, residían en cada Estado alemán. Así, en el caso de Prusia, era el Ministerio de Educación quien incluía una Delega-

<sup>46</sup> Dentro del primer grupo estaban Escarlatina, Viruela y varioloides, Tifus petequial, Difteria y crup, Fiebre puerperal, Cólera, Fiebre amarilla y Peste bubónica; más tarde se añadieron otras como Disentería, Meningitis cerebro-espinal, Poliomiélitis y todas las sospechosas de difusión masiva. En el segundo grupo se comprendían Tuberculosis pulmonar, Paludismo, Sífilis transmitida por intermedio mercenario, Rabia, Carbunco y otras que podían indicarse en el Reglamento Higiénico Municipal (tiña, tracoma, oftalmía purulenta RN, etc.). Dentro del último apartado, en el cultivo del arroz (tiña favosa, sarna, conjuntivitis granulosa-1908); en minas y canteras: anquilostomiasis (1913); en las escuelas (1921) varicela, erisipela, tosferina, gripe, tbc cutánea y otras formas no pulmonares, pediculosis, tiña, etc. Filippini, A. *Prontuario dell' igienista*. Roma: Casa Editrice Luigi Pozzi, 1923: 158-160.

<sup>47</sup> Filippini (1923), *op. cit.*, p. 369.

<sup>48</sup> Sanarelli, G. (1922) *Lezioni d'igiene redatte dal V. Puntoni*. Roma, Socrate Bucciarelli Editore, 248; Filippini (1923) *op. cit.*, p. 373.

<sup>49</sup> Arnould (1902) *op. cit.*, pp. 995-1003.

<sup>50</sup> Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 486.

<sup>51</sup> Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 498-99.

ción científica para la medicina, mientras que sus gobiernos provinciales contaban con un Consejo técnico consultivo. La aplicación de los principios de la Policía médica había conducido, desde comienzos del siglo XIX en países de la Europa continental, al nombramiento de médicos (como los *Bezirkärzte, Kreisärzte o Kreisphysici* germanos) con funciones de vigilancia sanitaria, control de intrusos y medicina legal<sup>52</sup>. A sus funciones tradicionales se les fueron añadiendo las derivadas del desarrollo de la legislación protectora, como la producida sobre alimentos y bebidas (1879) o el combate contra las enfermedades contagiosas tras la ley de 1900. Aparte, se encargaban de organizar la asistencia médica a los pobres. Para cubrir estas plazas, era preciso superar un examen riguroso, que incluía contenidos de Higiene<sup>53</sup>.

La ley de 1900 establecía la declaración obligatoria de seis enfermedades transmisibles<sup>54</sup>, aunque desde 1881, estaban los médicos obligados a establecer una estadística de enfermedades infecciosas, con mención semanal del número de casos registrados y del número de fallecidos por distintas causas, algunas comprendidas en la nueva disposición, pero otras no<sup>55</sup>. Desde 1896, el gobierno prusiano, en particular, había intentado dotar de laboratorios higiénicos a cada provincia, campaña frustrada por la oposición de los presidentes de distrito. Hizo falta la campaña desarrollada por Robert Koch (1843-1910) contra la fiebre tifoidea en las provincias del suroeste, a comienzos del siglo, para conseguir que, desde 1905, dichos centros de diagnóstico y profilaxis se hicie-

ran realidad, en muchos casos ligados a las Universidades<sup>56</sup>.

Por orden del Consejo Federal de 22 de febrero de 1894 se estipuló la creación de Centros de inspección de alimentos<sup>57</sup>, con lo que se hicieron realidad las previsiones de una ley muy anterior (1879). Dicha orden creó un examen específico para los *Nahrungsmittelchemiker*, analistas de alimentos<sup>58</sup>. En general en los distintos Estados alemanes, la vigilancia de la salubridad de los alimentos era una responsabilidad policial, a la que colaboran como expertos médicos, analistas, veterinarios, entre otros profesionales, que se vieron reunidos y organizados en torno a estos Centros. En cambio, los servicios de Medicina Escolar se organizaron en los distintos Estados dependiendo de los municipios, en su mayor parte<sup>59</sup>.

El aspecto más destacado por los observadores contemporáneos de la legislación alemana en materia de salud era la atención a la previsión y seguridad de los trabajadores. Entre otros motivos, por el impacto que había supuesto la aportación de medios económicos para combatir el considerado como principal azote morboso del momento, la tuberculosis, mediante la construcción de Sanatorios populares<sup>60</sup>.

### III. EL PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

En el verano de 1899, un gobierno conservador reinstauró la Dirección general de

<sup>52</sup> Sussman, G.D. *Enlightened Health Reform, Professional Medicine and Traditional Society: The Cantonal Physicians of the Bas-Rhin, 1810-1870* Bull. Hist. Med 1977; 51: 565-584.

<sup>53</sup> Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 488.

<sup>54</sup> Lepra, Cólera, Tifus exantemático, Fiebre amarilla, Peste bubónica y Viruela.

<sup>55</sup> Eran estas: Cólera, Viruela, Fiebre tifoidea, Tifus exantemático, Sarampión, Escarlatina, Difteria y Fiebre puerperal. Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 502.

<sup>56</sup> Spree, R. *Health and social class in Imperial Germany. A social history of mortality, morbidity and inequality*, Oxford/Nueva York/ Hamburgo: Berg, 1988: 125.

<sup>57</sup> Flüggé, K *Tratado de Higiene y Bacteriología sanitaria para estudiantes, médicos y funcionarios sanitarios*, 2 vols., Madrid: Casa Editorial Calleja (8.ª ed. alemana, *circa* 1914), 1916 p. 186.

<sup>58</sup> Abel, R. (ed.) *Handbuch der praktischen Hygiene*, 2 vols., Jena. G. Fischer. vol. 1, p. 455.

<sup>59</sup> Flüggé (1916) *op. cit.*, vol. 1, 1993 p. 444.

<sup>60</sup> La cantidad aportada por las Sociedades del Seguro de Invalidez aumentó desde 107,000 marcos en 1893 a más de un millón en 1897, alcanzando casi los 13 millones en 1913. Spree (1988) *op. cit.*, p. 119.

Sanidad dentro del Ministerio de la Gobernación, a fin de afrontar la amenaza de la peste declarada en Oporto (Portugal). Ocupó este cargo, durante cuatro meses escasos, Carlos María Cortezo, médico de prestigio social y profesional, dueño de uno de los más influyentes semanarios especializados del país, *El Siglo Médico*.

Este centro gubernativo no tenía otros contactos con la realidad sanitaria de la nación que los que le proporcionaban sus enviados especiales (como dos Inspectores de fronteras que nombró), las comunicaciones de las autoridades provinciales (gobiernos civiles) y las de unos pocos Inspectores provinciales de Sanidad, nombrados desde 1892 a título personal, sin sueldo ni apoyo técnico o administrativo alguno, que, en la práctica, se reducían a ejercer la dirección de los servicios de Higiene especial (reconocimiento de prostitutas).

Como organismo central, a la Dirección General de Sanidad le fueron adscritas las competencias sobre el Instituto de Vacunación (fundado en 1871) y el Instituto Nacional (o Laboratorio central) de Bacteriología e Higiene (1894), que fusionó en un único Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología "Alfonso XIII", cuya denominación se simplificó en Instituto Nacional de Higiene en 1914. Dicho laboratorio, que tuvo una vida presumiblemente corta como entidad independiente<sup>61</sup>, fue la primera muestra por parte de la administración central de reconocimiento explícito de las nuevas aportaciones científicas en ese campo. Con anterioridad, Barcelona había creado un Laboratorio microbiológico (en activo desde 1887) con la pretensión básica de incorporar el tratamiento antirrábico de Pasteur<sup>62</sup> y Valencia

abrió otro en 1894<sup>63</sup>. En ambos casos, la noticia del tratamiento seroterápico de la difteria propuesto por Roux, conllevó las gestiones precisas para su empleo y producción a nivel local. Simultáneamente, el gobierno envió una comisión formada por Antonio Mendoza (jefe de bacteriología en el Hospital de San Juan de Dios de la capital) y Manuel Sanz a Francia y Alemania para estudiar dicha innovación. A su regreso, recomendaron, y así fue aceptado por el Real Consejo de Sanidad y por el Ministerio de Gobernación, que se permitiera dicha terapia y se autorizaran expresamente los laboratorios donde se produciría el suero. La verificación técnica de la bondad de dicho proceso de fabricación y sus productos recayó en el recién creado Instituto de Bacteriología, aunque, como quiera que todavía no estaba instalado, se concedió interinamente al servicio hospitalario dirigido por Mendoza<sup>64</sup>.

La siguiente ocasión en que Cortezo volvió a ostentar la responsabilidad de dirigir la Sanidad, entre diciembre de 1902 y enero de 1904, fue decisiva para preparar la pieza legislativa clave en el desarrollo de la nueva administración, la *Instrucción General de Sanidad*, decretada en enero de 1904.

Aunque con anterioridad, en 1900 y 1901 se había dispuesto, desde la Dirección General de Sanidad, la obligación de comunicar la existencia de determinadas enfermedades, que comportarían la aplicación de medidas de desinfección por intermedio municipal, la IGS ratificó la incorporación de estas prácticas a la sanidad española, que todavía debió ser completada en 1919 por un nuevo RD sobre "prevención de enfermedades infecciosas". La reiteración misma de la

<sup>61</sup> Fue creado por RD de 23 de octubre de 1894, pero en marzo de 1895 todavía no estaba constituido ni instalado, según se dice en el art. 7 de la RO de 2 de marzo de 1895 sobre aplicación del suero antidiftérico.

<sup>62</sup> Roca i Rosell, A. Historia del laboratori municipal de Barcelona de Ferran a Turró. Barcelona: Ayuntamiento, 1988.

<sup>63</sup> Bernat Condomina, Gabriel. El Ayuntamiento de Valencia y la inoculación del suero antidiftérico en 1895. *Medicina e Historia*, n.º 38 (3.ª época).

<sup>64</sup> Mendoza, A.; Sanz Bombin, M. Tratamiento de la difteria por el suero de la sangre de caballos inmunizados, procedimiento Behring-Roux. Memoria presentada al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación. Madrid: Imp. R. Rojas, 1895.

norma avisa de que se trataba de una cuestión de difícil cumplimiento.

En lo que se refiere a la estructura general de la administración sanitaria, la IGS definió tres componentes: 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, implantada desde el siglo anterior, se articulaba a nivel estatal, provincial y local 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, que ya existían en algunas capitales (Madrid, Barcelona, San Sebastián, etc). Por último, la función inspectora se articulaba mediante las nuevas figuras de los Inspectores de Sanidad, igualmente generales, provinciales y municipales, cuyas obligaciones eran la de vigilar la salubridad pública y sustentar técnicamente los acuerdos y resoluciones de los anteriores, no pudiendo ejecutar directamente acción alguna más que por delegación expresa de la autoridad competente. Se suponía que, como personal especializado, los Inspectores se encargarían de la dirección de los laboratorios e institutos señalados, donde fueran de nueva creación, pero no era obligatorio. Junto a estos aspectos, la Instrucción General de Sanidad regulaba las actividades de los gobiernos locales en lo que se refería a salubridad y atención sanitaria a los pobres.

La *Instrucción* española es el texto más largo y minucioso en la legislación sanitaria internacional comparada. Además de regular la organización sanitaria y el ejercicio profesional, dispone todo sobre el régimen sanitario interior: higiene municipal-escuelas, enfermedades "infectivas y contagiosas", cementerios, mercados, mataderos y edificios insalubres-, sanidad exterior, aguas minerales, estadística sanitaria, laboratorios de higiene, honorarios e infracciones, amén de recomendaciones concretas sobre equipos y prácticas de desinfección. Sus preceptos recogen muchas de las ideas y prácticas en vi-

gor en Francia e Italia; así, del modelo francés proviene la composición y disposición de los órganos consultivos (tachados de "literarios y discursivos" por Manuel Martín Salazar), mientras que parece seguirse el modelo italiano en lo que respecta a las funciones de inspección. Las cautelas en cuanto a la actuación autónoma de los Inspectores provinciales ("Disposiciones adicionales al capítulo II", art. 58 a 61), que se vio reforzada por el RD de 1919, y la apuesta por la responsabilidad municipal asemejan las francesas de 1902, como también las recomendaciones de actuación municipal en casos de mantenimiento de tasas elevadas de mortalidad durante cierto tiempo, actuaciones que no se obligaban ni se proporcionaban medios económicos suficientes para hacerlas cumplir (art. 119), incluso después de la reforma por el Estatuto de 1925. Para la constitución del Instituto Nacional de Higiene, en cambio, en particular tras el RD de 3 de octubre de 1916 que aprobó su Reglamento, se prefirió el modelo alemán, también aplicado en Italia, centrado en instalaciones de laboratorio, suministro de sueros y vacunas y parque central permanente, con desplazamiento de equipos volantes (las denominadas Brigadas sanitarias) a los lugares donde fueran necesarios. Estas brigadas se pretendieron incorporar a la organización sanitaria municipal, primero por RO, de 9 de septiembre de 1910 (en gran medida reiterada el 28 de julio de 1921) y surgiendo, en 1922, la formación de mancomunidades para el sostenimiento de dicho servicio.

La Instrucción General de Sanidad modificó la estructura de vigilancia de la salubridad pública al incorporar a las tradicionales Juntas de Sanidad, como Secretarios, a los nuevos Inspectores provinciales de Sanidad. La característica mezcolanza de participantes de diferentes procedencias y obligaciones, técnicos y políticos, vecinos propietarios y sacerdotes, propia de las Juntas, que las habían imposibilitado para desarrollar una tarea permanente en el siglo XIX, tenía su correctivo en esta disposición, puesto que el Secretario debía ser, en la práctica, el nexo de continuidad y la garantía

en los trabajos de vigilancia sanitaria. Por primera vez en la legislación sanitaria española tenía prioridad el estado habitual de la salud pública respecto a la amenaza externa.<sup>65</sup>

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.

Sin embargo, la realidad de su aplicación fue decepcionante. Los Inspectores provinciales se nombraron en número escaso, aparte de revelarse como poco constantes los nombrados. En 1915 era un problema el alto número de puestos vacantes<sup>66</sup>. Para conjurar ambos riesgos, se determinó, en junio de 1923, que los que aprobarán la oposición no podrían pedir la excedencia mientras existieran plazas sin cubrir<sup>67</sup>. Sus remuneraciones eran un porcentaje de las multas impuestas y, luego de recibir una gratificación con cargo al Crédito extraordinario de Sanidad de 1909, los Presupuestos de 1910 les rebajaron el sueldo. Carecieron, durante decenios, de apoyo material por parte de los Gobiernos civiles y Diputaciones<sup>68</sup>, de forma que su actividad se quedaba reducida al lugar de su residencia, la capital de provincia. Todo ello no contribuyó precisamente a proporcionarles autoridad.

<sup>65</sup> Es verdad que un RD de 5 de abril de 1854 asignó a los médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares el desempeño de "las principales incumbencias facultativas de Higiene pública y de salubridad municipal"; pero no se trató más que de vanas palabras, ni siquiera reflejadas en la Ley de Sanidad aprobada un año después, donde sólo consta la obligación de "auxiliar con sus consejos científicos a los Municipios, en cuanto diga relación con la policía sanitaria" (art. 64).

<sup>66</sup> Según la RO de 9 de junio, publicada en la Gaceta del 10, recogida en Los Progresos de la Clínica, 6 (supl. n.º 31), pp. 2-3.

<sup>67</sup> Inspectores provinciales de Sanidad. Los Progresos de la Clínica, 25 (1923), V.

<sup>68</sup> López de la Molina (1920). No debe continuar así. Med. Soc. Esp., 5, 173-175; Martín Salazar (1913), *op. cit.*, p. 106.

Algo similar puede decirse de los Inspectores Municipales de Sanidad, de los que es dudoso que antes de los años treinta desempeñaran algún papel significativo. En las grandes ciudades, como Madrid, Barcelona, Valencia y otras, existían servicios municipales de desinfección, laboratorios químicos (para análisis de aguas y alimentos) y laboratorios microbiológicos desde finales del siglo anterior, como entidades separadas, que, posteriormente, se fusionaron en forma de Institutos de Higiene Urbana. Por ejemplo, el barcelonés nació del laboratorio micrográfico, fundado en 1864, y los servicios de desinfección y del laboratorio microbiológico iniciados en 1885 y 1887, todos ellos reformados en 1891, que, tras diversos avatares, entre los que merece reseñarse la obligatoriedad de establecer servicios gratuitos de vacunación antivariólica desde 1908, se reunieron como Instituto de Higiene Municipal<sup>69</sup>. En estos puntos, la presencia de los Inspectores añadía poco; pero no podemos olvidar que, pese a lo reflejado en la ley, fueron una minoría las capitales donde se organizaron estos servicios.

Así se desprende de las conclusiones de una Asamblea Nacional de Químicos y Bacteriólogos Municipales, reunida en Madrid en mayo de 1924. En ella se exigió, como principal reivindicación, que los Ayuntamientos, en especial los grandes, cumplieran con las obligaciones que tenían asignadas en materia sanitaria por las disposiciones vigentes, entre otras, el entonces recientísimo Estatuto Municipal de 8 de marzo de 1924. El

<sup>69</sup> Roca Rosell, A. L'higiene urbana com a objectiu. Notes sobre la història de l'Institut Municipal de la Salut (1891-1936). En: Cent anys de Salut Pública a Barcelona. Barcelona, Ayuntamiento, 1991: 75-103. En Valencia, el laboratorio microbiológico se constituyó en 1894 y el Instituto Municipal de Higiene en 1911, *cf.* Bernat Condomina, Gabriel. El Ayuntamiento de Valencia y la inoculación del suero antidiftérico en 1895. Medicina e Historia, n.º 38 (3.ª época). Sobre Madrid, *vid.* Puerto Sarmiento F, Javier Cobo Josefa. El laboratorio municipal de Madrid en el último tercio del siglo XIX. *Dynamis* 1983; 3: 149-172.

panorama que trazaron resulta bastante desolador:

[...] existen capitales de provincia carentes de Laboratorio municipal; ... hay otras que entregaron el suyo a la brigada correspondiente; ... en buen número se carece de consignación para sostenimiento de los servicios; ... en algunos casos no existe tampoco para sueldos [...]<sup>70</sup>.

La Sanidad Exterior estaba dotada de personal y medios propios, correspondientes a los "servicios de puertos" que se habían organizado codificados por la Ley de Sanidad de 1855. Su adaptación al Convenio internacional de 1903 y siguientes, no se afrontó con decisión hasta 1909, en que se promulgó un Reglamento provisional para dicho servicio el 14 de enero<sup>71</sup>. En su virtud se crearon tres niveles de estaciones sanitarias (llamadas, inicialmente Inspecciones) en las fronteras terrestres y se mejoraron las estaciones sanitarias marítimas, sitas en dependencias portuarias, incluyendo los antiguos lazaretos de San Simón (Vigo) y Mahón, como los dos que correspondían a nuestro país por su ubicación geográfica. Se empleó en ello la mayor parte de un crédito extraordinario de dos millones de ptas, otorgado al Ministerio de la Gobernación con motivo de la amenaza de cólera (aparecido en el verano de 1907 en la Rusia europea), toda vez que la aplicación de los acuerdos sanitarios internacionales dejaba en situación de indefensión las fronteras españolas, al caducar los antiguos sistemas de vigilancia. Esta campaña hubo de mantenerse en los dos años siguientes, incluyendo nuevos créditos extraordinarios, toda vez que el cólera se presentó en el sur de Italia y otros países europeos e incluso en algunas poblaciones catalanas<sup>72</sup> y no todas las insta-

laciones alcanzaban las condiciones adecuadas.

Los años 1917 a 1920 fueron momento de la más intensa actividad propagandística y política en torno a problemas de salud, coincidiendo con un notorio incremento de la tensión social y la mencionada crisis epidémica. En ese período se publicó en Madrid la revista *La Medicina Social Española*, órgano de expresión de la Sociedad Española de Higiene, los Inspectores provinciales de Sanidad y los de Sanidad exterior, cuyo objeto confeso no se limitaba a la propaganda de las motivaciones y objetivos de la reforma, sino que buscaba obtener fondos para financiar una "Compañía Española de Instituciones Medico-sociales", ideada por el ministro conservador La Cierva. Los temas clave de discusión fueron, por una parte, el Seguro obligatorio de Enfermedad, en 1917-18 (convocatoria por el Ministro de Fomento de la 1.ª reunión oficial sobre Seguros sociales, campaña en la Real Academia de Medicina de Madrid, "Semana social" en distintas capitales) y, algo más adelante, luego de las graves epidemias de gripe de la primavera y, sobre todo, otoño de 1918, la profilaxis antiinfecciosa y la creación del Ministerio de Sanidad.

En tal contexto se hicieron varios intentos de aprobar una nueva Ley de Sanidad. Siendo Ministro de Gobernación Amalio Gimeno (1850-1936) se avanzó un proyecto de ley "de Reorganización sanitaria", que no prosperó, se unificó la Sanidad del Campo<sup>73</sup> con la de Gobernación y se promulgó una

<sup>70</sup> Los Progresos de la Clínica, 28 (1), (1924), XI-XXII (cita de p. XVI).

<sup>71</sup> La reorganización sanitaria en España, Madrid: Impr. Alemana, 1909, p. 37 y ss.

<sup>72</sup> La obra sanitaria en España durante los años 1910 a 1912, Madrid: Imp. y enc. V. Tordesillas, 1914.

<sup>73</sup> La Inspección general de Sanidad del Campo, dentro del Ministerio de Fomento, fue creada a finales de 1910, para atender tanto cuestiones de salud humana como veterinaria. Contó con una estructura regionalizada, servida por 11 inspectores. En 1917, elaboró cuestionarios para censo de anquilostomiasis, tracoma y otras oftalmías; y en 1918 produjo "inventarios" sobre paludismo y aguas potables. Se suprimió por decreto de Fomento de 23 de octubre de 1918, aunque, como típica muestra de la descoordinación ministerial, hasta el 11 de febrero del siguiente año no se dispuso la incorporación de sus servicios a los generales de Sanidad, dentro del Ministerio de Gobernación.

disposición sobre “prevención de enfermedades infecciosas” (RD 10 enero 1919) que asentó las normas para efectuar la declaración obligatoria de algunas de ellas y reforzó la intervención de los Inspectores de sanidad. Unos meses más tarde, bajo un nuevo Ministro, Burgos Mazo, uno de los fundadores del Instituto Médico Social, se retomó dicho proyecto de ley, asesorado por una Comisión de notables sanitarios, formada por médicos higienistas relevantes de los partidos dinásticos, con el mismo escaso éxito. Todavía en 1922, este proyecto fue bloqueado en el Parlamento mediante un típico ejemplo de filibusterismo parlamentario: la lectura despaciosa del Quijote desde la tribuna de oradores.

La razón inmediata de que no se alcanzaran acuerdos legales radicó, a primera vista, en la dimensión económica de tales proyectos. La presencia amenazante del cólera en Europa, o la peste en el norte de África, permitió disponer de créditos extraordinarios en 1909 (dos millones), 1910 (medio millón) y 1911 (un millón). A partir de esas fechas parece que se consolidó el rubro sanitario en los presupuestos. Como reconocía una publicación oficial de la Marina, en 1912, “la higiene es cara” y aún hacía falta más dinero para “las obras de regeneración fisiológica de la raza” (texto del RD de 10 enero 1919), dinero que no era posible acordar con unos Presupuestos gravados por tantas urgencias, de las que no era la menor la intervención militar en Marruecos, permanente desde 1913. En 1916, de un total de gastos estatales superior a 1.460 millones de pesetas, se destinaron 2,5 millones a la Inspección de Sanidad, que se elevaron a 3,5 en el año 1919, consecuencia de la situación mencionada. En 1920, sin embargo, y pese a la inflación creciente, el Ministerio de Gobernación volvió a consignar en los Presupuestos del Estado 2,6 millones para Sanidad.

La Salud pública, entendida como actividad científica y con repercusiones sobre la comunidad, estuvo limitada en la práctica al Instituto Nacional de Higiene y a otros muni-

cipales ya citados, como Barcelona, Madrid o Valencia, durante los primeros decenios del siglo XX. En 1914 se aprobó la constitución de la Sección de Epidemiología del INH, con el encargo de acudir allá donde se presentara un foco de enfermedad contagiosa<sup>74</sup>. Sus planteamientos metodológicos de trabajo eran, desde luego, anteriores a la fecha de su constitución, se remontaban a su intervención en crisis como las consecutivas al cólera de 1911 (en algunas pequeñas poblaciones catalanas) o al brote de tifoidea en Gijón un año después. En resumen, los principios que sustentaban dicha intervención eran: diagnóstico rápido individualizado (con confirmación de laboratorio), aislamiento de enfermos y contactos y desinfección<sup>75</sup>. Esta secuencia en nada difería de la puesta en práctica por los franceses ante el cólera en el Havre o en la región de París en 1891-92<sup>76</sup> o a los recomendados a los oficiales sanitarios italianos de primeros de los años 20, por ejemplo<sup>77</sup>. La diferencia tal vez hubiera que buscarla en que, en España, en 1911, la Sanidad central contaba con un núcleo reducido de gente capacitada para la tareas de desinfección, así como una pareja limitación de medios, por ejemplo: sólo existían en esa fecha dos laboratorios transportables para diagnóstico bacteriológico (modelo Koch).

#### IV. CONCLUSIONES

El proceso de modernización sanitaria de España se llevó a cabo, pues, de forma entrecortada, si bien sus líneas estratégicas coincidían con las que habían impulsado las legislaciones sanitarias europeas desde el último cuarto del siglo anterior. La ausencia de

<sup>74</sup> La obra sanitaria en España (1914), p. 121.

<sup>75</sup> El libro que da cuenta de las actuaciones oficiales durante 1910 a 1912, La obra sanitaria . . . , ya citado, incluye una exposición muy extensa de lo acontecido en estos casos, así como un análisis preliminar en el que me baso en este punto.

<sup>76</sup> Hildreth (1987), *op. cit.*, pp. 124-127.

<sup>77</sup> Cf. Filippini (1923), *op. cit.*

una Ley de Sanidad modernizada se debió, posiblemente y entre otros factores que deberían ser estudiados analizando las discusiones en Cortes, a la dificultad de armonizar los intereses corporativos con los sanitarios, fenómeno estudiado para el caso francés y que, dadas las abundantes influencias que la nación vecina gozaba en nuestro país, no sería extraño que se hubiese manifestado. La dificultad en conseguir el cumplimiento de los preceptos de declaración obligatoria así lo indican, igualmente. Entre el modelo inglés, de legislación abierta, y el franco-italiano, de leyes amplísimas y minuciosas, en la práctica se pretendió imitar a los ingleses, gobernando por decreto, aún cuando los contenidos de estos fuesen paralelos a las formulaciones latinas. En cuanto a los problemas objeto de atención legislativa, destaca llamativamente la ausencia de una preocupación por las condiciones de habitabilidad de las viviendas, como requisito saludable, que se encuentra en todas las legislaciones europeas estudiadas.

La falta de prioridad de que gozaron los temas sanitarios es preciso entenderla a la luz de un análisis político. La prolongada ausencia de dotación económica y el recurso a créditos extraordinarios en el primer decenio nos habla del efectivo retraso español. Ello ligado al peso de las inversiones en sanidad exterior, que, por otra parte, era a lo que obligaban los compromisos internacionales. Los problemas de salud sólo alcanzaron en nuestro país una posición preeminente cuando se trató de urgencias vitales inaplazables, caso de las grandes catástrofes epidémicas, como la gripe de 1918-19<sup>78</sup>. Como inmediatamente después las urgencias sociales se revelaron de índole estructural, la apuesta política caminó por derroteros de confrontación y no de integración. Es relevante advertir que, en los distintos países europeos

<sup>78</sup> En otro contexto, también cuando se precisaron fórmulas masivas de legitimación de un Estado asentado sobre la violencia y el desgarro de una prolongada guerra civil: Ley de Bases de Sanidad nacional y promulgación del Seguro obligatorio de Enfermedad.

estudiados, las reformas sanitarias engarzaron dentro de contextos ideológicamente conciliadores, tales como la unificación nacional (Alemania, Italia) o en las doctrinas del solidarismo (Francia).

El horizonte ideal, dotarse de “una legislación basada en principios científicos” (o sea, bacteriológicos e inmunitarios) y de unos sistemas de intervención eminentemente técnicos, estaba claro para las grandes figuras médicas de la Academia y la política y, en particular, para los que formaron el primer núcleo de profesionales dentro de la Dirección General de Sanidad o las Inspecciones de Sanidad, incluyendo el Instituto Nacional de Higiene. En este cogollo, donde se advierte sintonía entre los dos partidos del turno, conservadores y liberales<sup>79</sup>, se manifestaban, en general, defensores del predominio de los sanitarios frente a la dependencia de las autoridades políticas, en particular las municipales, lo que conllevaba la defensa de un sistema piramidal centrado en la capital del Reino.

Otro rasgo común a la mayoría de estos pioneros fue la consideración prioritaria que concedían a lo que podemos llamar el derecho público sanitario por encima de los derechos individuales. En especial, rechazaban con energía los impedimentos causados por la lejanía de la mayoría de la población —incluyendo los médicos de ejercicio—<sup>80</sup> respecto a los nuevos conocimientos y a las nuevas figuras profesionales. En virtud de tal escala de valores, se postularon medidas dictatoriales para garantizar el desempeño de las tareas sanitarias, como ocurrió abiertamente durante la gripe de 1918-19.

<sup>79</sup> Véase el paralelismo de las obras propagandísticas *La reorganización sanitaria en España (1909)* —ministerio conservador— y *La obra sanitaria en España...* (1914) —ministerio liberal—.

<sup>80</sup> Véase el testimonio de las resistencias (pasivas) manifestadas por comunidades y médicos titulares ante las estaciones sanitarias de segunda clase, situadas en poblaciones cercanas a las fronteras, en *La obra sanitaria en España...*, *op. cit.*, p. 13.

Una forma de conseguir superar esos obstáculos era la proclamación de la eficacia de lo nuevo. El despliegue tecnológico (máquinas esterilizadoras, desinfectoras locomóviles) buscaba impactar en la conciencia de los espectadores, a la vez que les confortaba en su desgracia. Andando el tiempo,

“la sola presencia en las calles de la ciudad del *material sanitario* (*sic*), perteneciente al estado, bastó, en la mayoría de los casos, para hacer concebir esperanzas de rápida mejora”<sup>81</sup>.

No por ello dejaban de advertirse guiños de enlace con lo tradicional, a fin de facilitar las nuevas prácticas sociales: en ese sentido, es significativo que se resaltara el mal olor desprendido en la mayoría de las operaciones de desinfección, puesto que así “se armonizan algo con la tradición secular para combatir las epidemias”<sup>82</sup>. La diferente actitud con que fue-

ron afrontadas, por ejemplo, en Barcelona, las epidemias gripales de 1889-90 (cuando se afirmaba que las autoridades nada podían hacer de particular, más que suministrar auxilios benéficos) y 1918-19 (en que se emplearon a fondo servicios de desinfección y se solicitaron vacunas) marca los avances en la dotación y en la persuasión sanitaria<sup>83</sup>.

El centralismo, la proclividad a imponer una autoridad especial y, sin duda también, la procedencia militar de buena parte de los iniciadores de la bacteriología aplicada en España permitió su cercanía al gobierno dictatorial de Primo de Rivera, el cual legisló claramente en su favor. Con los Reglamentos de Sanidad provincial y municipal de 1925 y con la organización inmediata de la Escuela Nacional de Sanidad puede considerarse cerrada la etapa de formación de la Salud Pública en España.

---

<sup>81</sup> La obra sanitaria..., *op. cit.*, p. 153.

<sup>82</sup> Martín Salazar (1913) *op. cit.*, p. 99.

---

<sup>83</sup> Rodríguez Ocaña, E. La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19. In: 1891-1991 Cent anys de Salut Pública a Barcelona, Barcelona: Ayuntamiento, 1991: pp. 131-156.

**PONENCIAS****SALUD PUBLICA Y DESARROLLO DE LA EPIDEMIOLOGIA  
EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XX****Juan Fernando Martínez Navarro**

Centro Nacional de Epidemiología

La Epidemiología contemporánea se inicia, a partir del siglo XVIII, ligada al nacimiento de la clínica moderna. La incorporación de las nociones de tiempo, espacio y especificidad, son los elementos necesarios para establecer los criterios clínicos que permitieron diferenciar los distintos cuadros nosológicos <sup>1</sup> y, una vez establecida la categoría de enfermedad, poder establecer las relaciones causales. Es esta posibilidad la que permitió, a través de observaciones empíricas, identificar la etiología de las diferentes enfermedades. A ello, contribuiría la aplicación del método experimental, al establecer las reglas para la verificación.

Pero no es este el único camino que se abrió para su desarrollo, ni tampoco el más fructífero. En efecto, a principios del siglo XIX, y durante todo él, se producirían dos acercamientos al estudio de la enfermedad como fenómeno colectivo, si bien desde posiciones diferentes: El Movimiento Salubrista y el Movimiento Estadístico <sup>2</sup>. Ambos fueron fundamentales para el progreso de la Epidemiología, al permitir establecer, especialmente este último, la existencia de relaciones causales mediante la observación y la cuantificación. El estudio de este proceso escapa a nuestro objetivo, ya que la reflexión se justifica en función a la forma que adquirió el pensamiento Epidemiológico en España.

En nuestro país, como señala Rodríguez Ocaña <sup>3</sup>, el desarrollo de la Medicina Social, aunque estuvo subordinado a las corrientes europeas y no desarrolló un pensamiento ori-

ginal, se constituyó a partir de tres elementos:

i) La cuantificación de los fenómenos demográficos, que tuvo un pobre desarrollo, tanto por la tardía implantación del Registro Civil (1870), como por la escasa aplicación de las técnicas estadísticas, así como la baja producción de investigaciones originales.

ii) El valor económico de la salud, especialmente referido a las pérdidas generadas por la enfermedad y la muerte evitable.

iii) La etiología social de las enfermedades, centrada en el alcoholismo; en las condiciones de la vivienda, del trabajo y de la alimentación; en la pobreza, etc.

De las tres, será la última la que desarrollará una mayor literatura, si bien su exceso de retórica vinculada en su mayor parte, a posiciones reformistas, formuladas desde las asociaciones científicas y políticas, le hizo susceptible a las críticas justificadas en la neutralidad científica. Pero, quizás, fuera la existencia de este compromiso social, en el marco del Regeneracionismo de principios de siglo, la explicación de su desarrollo en la Administración Sanitaria. Faltó, sin embargo, su desarrollo académico.

Por esta razón, el planteamiento de la Epidemiología en España, se hizo en el marco de la Administración Sanitaria. No observamos ni conocemos otro desarrollo al margen de la Administración, siendo notable la escasa contribución de la Universidad. Sólo, a partir de la última década, se ha modificado esta si-

tuación al aplicarse por grupos de investigadores en las Escuelas de Salud Pública, en los centros de investigación y en los ámbitos universitarios y clínicos.

Se hace, por tanto, absolutamente necesario señalar este hecho anómalo, que explica por qué no existe una creación teórica ni metodológica en nuestro país donde, sin embargo, si que hay una práctica, si bien limitada a la Administración Sanitaria.

## I. LA ORGANIZACION SANITARIA Y EL DESARROLLO DE LA EPIDEMIOLOGIA

### Ia. La organización sanitaria

A principios del siglo XX, la sociedad española se caracterizaba por vivir un proceso de modernización, lo que se conoció como el "Regeneracionismo" que fue la expresión política de la burguesía media. Para ello fue necesario llevar a cabo una progresiva diversificación estructural de la economía, con el fin de reducir el creciente aislamiento de nuestro país, motivado por la recién adquirida independencia americana<sup>4</sup>. Y, ante la debilidad estructural del Estado y su escasez en recursos materiales y personales, se afrontó, asimismo, la modernización de la Administración Pública y, consecuentemente, la Sanitaria.

La reorganización de los servicios sanitarios iniciada formalmente en 1904, con la Instrucción General de Sanidad Pública, y, realmente, con el incremento presupuestario de 1909, significó más dinero, y una promesa de tiempos mejores. Al menos, así lo reflejaban los documentos oficiales de la época que, aún considerando insuficiente el presupuesto, no dejan por ello de felicitarse "Sea bien venida la aurora de una nueva orientación en los métodos de gobierno. Aunque tarde, con relación al adelanto sanitario de otros países, llega aún en sazón oportuna de imprimir carácter de permanencia y espíritu de sólida constitución, a las reformas transcendentales que desde las es-

feras del poder se ejecutan y se anuncian, aprovechando, hábilmente, el perezoso, pero inequívoco despertar de las energías nacionales"<sup>5</sup>.

El resultado fue el inicio de las reformas de los servicios sanitarios; del control de las enfermedades transmisibles y de otros problemas sanitarios tales como la mortalidad materna, infantil, las enfermedades carenciales y las situaciones endémicas. Medidas que se consideraban urgentes en vista de la situación epidemiológica española, motivo de preocupación de nuestros sanitarios, como amargamente reconoce Murillo, en 1918, "descartada Rusia, la mortalidad de España es la mayor entre las naciones cultas, y este sacrificio inútil de vidas significa, para la raza, una sangría suelta que conduce a la degeneración, y, para el país, un derroche insensato de su capital nativo, causa primaria de nuestra decadencia económica y política"<sup>6</sup>.

En efecto, en 1901, la esperanza de vida al nacer era de 40 años, con una tasa de mortalidad general de 28 por 1000 habitantes, una elevada mortalidad por enfermedades infecciosas, cuya tasa estandarizada era de 1588 por 100000 habitantes, dominando las de transmisión aérea y fecal-oral, con una tasa de 1076 y 457 por 100000 habitantes, respectivamente. Lo que se correspondía con una sociedad cuya organización espacial era rural (67,8 % en 1900, 61,3 % en 1910-1920 de la población total vivía en núcleos rurales), y tenía una economía de subdesarrollo agrícola (la población activa dedicada al sector primario era del 66,7 %, 64,1 % y 58,2 % para los años 1901, 1910 y 1920, respectivamente)<sup>7</sup>. En resumen, éramos un país pobre, con una baja capacidad de consumo debido a los bajos salarios, con una estructura estatal débil y con un subempleo generalizado.

Este proceso de reformas, que comenzó con el inicio del siglo, se caracterizó, al igual que en los países próximos, como Francia e Italia, por ser una organización con tres niveles: consultivo (comisiones asesoras); ejecutivo (político administrativo), y técnico (funcionariado). Este proceso se inicia el año 1904 con la

aprobación definitiva de la Instrucción general de Sanidad Pública. En ella, se mantiene la organización consultiva a través del Real Consejo de Sanidad (donde hay dos Secciones, una la de Epidemias y Epizootias, y la otra la de Estadística); de las Juntas Provinciales, cuyo secretario es el jefe del servicio técnico de Higiene y cuya Comisión Permanente se dotará de “un Laboratorio de Higiene, habilitado, cuando menos, para los análisis de sustancias alimenticias y con materiales de desinfección ... estos laboratorios se ampliarán a los análisis de estudios bacteriológicos”<sup>8</sup>. Y, por último, por las Juntas municipales de Sanidad que tienen la misma estructura, manteniendo un laboratorio municipal.

Como organismo técnico se desarrollaron las Inspecciones de Sanidad, correspondientes a cada uno de los niveles político-administrativos, con los inspectores —general (interior y exterior), provincial y municipal—, como personal técnico específico, que deben justificar, mediante oposición, sus conocimientos en Higiene y Administración sanitaria<sup>9</sup>. Entre sus funciones estaba el control de las epidemias y de los enfermos contagiosos, a través del Consejo, de las Juntas y de los Laboratorios de Higiene y de los Institutos de Vacunación. Más concretamente, los inspectores municipales realizarán “la extirpación de los focos infecciosos y cumplirá todas las funciones que se le asignan en los diferentes capítulos de esta Instrucción, y en especial los relativos a higiene municipal, epidemias, epizootias y enfermedades infecciosas”<sup>10</sup>.

Si bien las Inspecciones provinciales fueron reglamentadas en 1912, se deberá esperar hasta la década de los años 20 para poder disponer de una moderna Sanidad. El nuevo Reglamento interno del Cuerpo de la Inspección provincial de Sanidad (1920), reforzó el papel y la figura de los Inspectores, incrementando su número: “Se crea el cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad, en número de 65 y dependientes de la Inspección general de Sanidad, subinspección de Sanidad interior”<sup>11</sup>. Así como detalló las

actividades de salud Pública que debían realizar: “Los inspectores provinciales de Sanidad han de procurar conocer en todo momento y del modo más completo posible, el estado sanitario de la provincia, tanto en lo que respecta a deficiencias higiénicas que puedan influir en la salud pública, muy especialmente en lo que se refiera a la existencia de enfermedades infecciosas”<sup>12</sup>, dominando, por tanto, una actividad dirigida al control de las enfermedades infecciosas y de las endemias, a través, no sólo de la notificación de las mismas, sino del análisis de los datos de morbilidad y mortalidad, del control de las epidemias y del control del ambiente. Las Inspecciones fueron reforzadas en su capacidad de intervención en 1921, al aprobarse la constitución de las Brigadas Sanitarias que se integraron, en 1925, en los Institutos provinciales de Higiene.

Un sentido similar tuvo la creación de la Dirección general de Sanidad, en 1922, que continuó su labor sanitaria en base a tres ejes:

- 1) acoplar la organización médica tradicional a la organización “societaria” con el fin de que “equipare la Sanidad del Reino a la dignidad y altura de las categorías similares de la Administración pública”<sup>13</sup>, al mismo tiempo que se reconocen las aspiraciones corporativas de los sanitarios titulares que ven aquí “consagrada y firme la aspiración unánime de la clase, de ser los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad”<sup>14</sup>;
- 2) promocionar la higiene rural y urbana, para realizar “la magna obra profiláctica y regeneradora que aguardan los pueblos...”<sup>15</sup>;
- 3) continuar la lucha contra las enfermedades infecciosas, desde una concepción defensiva de la acción sanitaria (declaración, aislamiento y desinfección), como reflejan las normas de control de las enfermedades transmi-

sibles de 1901<sup>16</sup>, 1909<sup>17</sup>, 1919<sup>18</sup> y, posteriormente, la de 1945<sup>19</sup>.

El desarrollo de estos tres propósitos generó importantes contradicciones motivadas por el escaso desarrollo de la administración del Estado y su bajo nivel fiscal, lo que produjo limitaciones políticas, económicas y de recursos. En este sentido, el mantenimiento de la tutela del Estado hacia las Corporaciones Locales se manifestó en la creación de unidades de intervención centralizada, tales como la Brigada Sanitaria Central (posteriormente Servicio Epidemiológico Central). O, por la creación de servicios técnicos de dependencia mixta, como fueron los Institutos provinciales de Higiene, financiados por la Mancomunidad de Municipios y con una dependencia administrativa y financiera de las Diputaciones, y técnica de las Inspecciones provinciales de Sanidad y, esto es, de la Administración Central del Estado.

La fórmula encontrada fue, en este caso, la de corresponsabilidad política y económica de los Municipios, cuyos presupuestos estaban controlados por las Diputaciones; y de tutela Técnica estatal, lo que limitó el principio de la autonomía municipal que significó el Estatuto Municipal (1925), como refleja el comentario del preámbulo del Reglamento de Sanidad Municipal "... al designio de establecer la vigilancia e intervención del Gobierno en todo cuanto se relaciona con la misión sanitaria que incumbe a los Ayuntamientos por la falta de tradición y el atraso que una gran parte de ellos muestran en los servicios relacionados con el importante servicio sanitario y que exigen una consecuente restricción al principio autonómico en que la reforma municipal se funda"<sup>20</sup>.

En 1925, y dentro del proceso de reformas de la Administración del Estado y "de acuerdo con la tendencia, común a las grandes urbes de todos los países, dirigida a la municipalización de los servicios generales"<sup>21</sup>, se procedió a la aprobación de los Reglamentos de Sanidad provincial y municipal, que permitió la transferencia de actividades sanitarias, normalmente relacionadas con acciones

de nivel local (saneamiento básico, control de enfermos infecciosos, etc), apoyadas técnicamente por los Inspectores municipales y provinciales de Sanidad y políticamente por los Gobernadores y Alcaldes. Con el fin de garantizar y mejorar este apoyo se crearon, en el interior de las Inspecciones provinciales de Sanidad, los Institutos provinciales de Higiene, que vertebraron las actividades de salud Pública con un carácter estrictamente técnico, y que se constituyeron a partir de "Las actuales Brigadas sanitarias, Laboratorios provinciales e Institutos provinciales de higiene organizados y sostenidos por Mancomunidades municipales, refundirán sus servicios en los Institutos de Higiene que están obligadas a organizar y sostener las Diputaciones provinciales, conforme al apartado C) del art.128 del Estatuto"<sup>22</sup>. Su organización contará como mínimo con las Secciones de "1.º) Epidemiología y desinfección. 2.º) Análisis (clínicos, higiénicos y químicos). 3.º) Vacunaciones"<sup>23</sup>. Su supresión se hará en el año 1967, como consecuencia de la reforma de la Función Pública que se realizó entonces, pero experimentó modificaciones en los años 1935 y 1944.

La reforma de las Mancomunidades Sanitarias de 1935 complementó y reforzó la organización provincial de la Sanidad "En lo sucesivo se designará con el nombre de Institutos provinciales de Higiene el conjunto de actividades sanitarias de carácter técnico dependientes del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión en cada provincia..."<sup>24</sup>, configurándose en Secciones técnicas de dos tipos, comunes a todas las provincias, que son: "a) Epidemiología y Estadística sanitaria; b) análisis higiénico-sanitarios; c) tuberculosis; d) higiene infantil; e) venéreo y lepra"<sup>25</sup> y específicas en función a su nivel de endemia "a) paludismo; b) tracoma; c) higiene mental; d) Ingeniería sanitaria; e) higiene industrial del Trabajo; f) Higiene de la alimentación"<sup>26</sup>. Así como dotándolos de un alto nivel de autonomía funcional y económica, esta última debido a la financiación obtenida por la participación, obligada, de los municipios. Pero excluyó algunas, si bien

significativas, de sus competencias “con la sola exclusión de los servicios de Sanidad exterior y Establecimientos hospitalarios que, por extender sus servicios al conjunto de la Nación, no puedan ser convenientemente unificados con los demás servicios de influencia exclusivamente provincial.”<sup>27</sup>

En cuanto a la organización subprovincial, se crearon, en 1935, los Centros Secundarios de Higiene rural<sup>28</sup>, como unidades territoriales intermedias entre la provincia y los municipios, subordinados a los Institutos provinciales de Higiene; con un carácter básicamente técnico, y con una estructura similar a los Institutos, al disponer de servicios comunes (tuberculosis, higiene infantil e higiene social) y especiales, en función a las endemias de la localidad (paludismo y tracoma). El director era un médico de Sanidad Nacional, cuerpo de especialistas en salud Pública que creado en 1927 (Real Decreto-ley de 29 de marzo), por la fusión, en un sólo cuerpo de funcionarios, de los inspectores de sanidad exterior, de sanidad interior y de instituciones sanitarias.

Por último, la Ley de Bases de Sanidad, del año 1944, reformó la organización sanitaria, manteniendo las características esenciales del modelo sanitario de preguerra. De esta manera se mantuvo la división entre los niveles consultivos (Consejo nacional, provincial o local de Sanidad) ejecutivos (políticos) y técnicos (Jefatura provincial de Sanidad). Se mantiene el mismo nivel de relación entre los servicios centrales y provinciales<sup>29</sup>.

Así las funciones “serán realizadas por la Dirección General de Sanidad con la cooperación económica de las Diputaciones provinciales y de las Mancomunidades sanitarias”<sup>30</sup>. En las provincias se mantuvo la división entre las funciones de coordinación de los servicios sanitarios, que realizaban las Jefaturas provinciales de Sanidad (antes Inspecciones) y las técnicas, que realizaban los Institutos provinciales de Sanidad (antes de Higiene) que disponían de los siguientes servicios: “a) sanidad exterior en las provincias marítimas o fronterizas; b) epidemiología; c) análisis

higiénico-sanitarios; d) higiene infantil, escolar y maternología; e) tuberculosis; f) dermatología e higiene social; g) veterinaria; h) especialidades clínicas al servicio de las secciones mencionadas; i) hematología; j) saneamiento e higiene de la vivienda; k) servicio de desinfección y desinsectación. Pabellón de aislamiento y lazareto; servicio de transporte de enfermos”<sup>31</sup>.

A partir de 1967 y, en el proceso de reformas de la Administración Pública, las unidades provinciales perdieron autonomía, especialmente económica, al suprimirse las Mancomunidades Sanitarias y, consecuentemente, los Institutos provinciales de Sanidad, observándose una creciente centralización. En 1977, tras la creación del Ministerio de Sanidad, se suprimieron las Jefaturas Provinciales de Sanidad, que fueron sustituidas por las Direcciones de Salud, que formaban parte de las Delegaciones Territoriales del Ministerio. Por último, la transferencia de las competencias sanitarias de la Administración Central del Estado a las Comunidades Autónomas, que se inicia en 1980, marca el final de este proceso.

## **Ib. El desarrollo de las unidades de Epidemiología**

En 1899 se creó el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, mediante la fusión de los Institutos Central de Bacteriología e Higiene y el de Vacunación del Estado<sup>32</sup>, dotándose, de esta manera, la Administración Sanitaria de una institución técnica, centralizada, que concentró los recursos cualificados. No había otra opción teniendo en cuenta la debilidad estructural del Estado, en general, y de la Administración Sanitaria, en particular, especialmente en las diferentes provincias.

La reorganización sanitaria iniciada en 1909 reformó en profundidad el Instituto, dotándolo de 5 funciones:

“1) Estudio de las enfermedades infecciosas habituales en las distintas regiones de

España, con aplicación de las medidas de saneamiento necesarias para combatirlas. Van incluidas en este grupo las enfermedades epidémicas, así como también las enzootias y epizootias.

2) Docencia. Habrá una enseñanza práctica e intensiva de la Higiene que, basada en los pilares microbiológicos de esta ciencia, termine en sus aplicaciones sanitarias.

El Instituto será la escuela, la pepinière de los futuros higienistas españoles, y de él habrá de salir, pertrechado de todas las armas, el personal destinado a realizar la obra sagrada de la reconstitución étnica nacional.

3) Elaborar sueros y vacunas en condiciones especiales, que den al Estado la garantía de un tipo regulador, por su bondad y sus condiciones económicas, a más de proporcionarle productos para atender, ya de continuo o ya de momento (cólera, peste, etc.) a las contingencias y necesidades de la salud pública.

4) Análisis de toda clase de sustancias, objetos y productos; análisis de todas formas y categorías, pero principalmente, en sus relaciones con la Sanidad y la Higiene.

5) Es de auxilio, o mejor, de defensa sanitaria inmediata, y está representada por la movilización del Parque, especialmente de las brigadas sanitarias, en cualquier momento y lugar que las circunstancias lo demanden.”<sup>33</sup>

La reforma afectó, obviamente, a la propia organización del Instituto que, en 1910, tenía una estructura dotada con 5 Secciones (Epidemiología, Sueroterapia, Vacunación, Bacteriología y Análisis químicos); y 4 Subsecciones (Veterinaria; Parasitología; Tratamiento antirrábico; Ingeniería sanitaria con el Parque de Sanidad)<sup>34</sup>.

La asignación de las funciones especializadas de Epidemiología, así como la creación de la unidad técnica correspondiente, fue una importante aportación. En nuestra opinión, se trata de la primera unidad exis-

tente en España y su creación estuvo directamente relacionada con la reforma del Instituto y su obligada, ante la penuria, concentración de recursos. De hecho, esta es la razón para su creación “intervenir en la resolución de cuantos problemas epidemiológicos se presenten en el país. Con ese fin se ha creado recientemente, y confirmado en el presupuesto de gastos que acaba de votar las Cortes, una Sección nueva, llamada de Epidemiología, con su personal y material propio e independiente, encargada de acudir allí donde se presente un foco epidémico cualquiera de enfermedad contagiosa, y en el que las circunstancias demanden el estudio especial de su naturaleza o de las causas que lo determinen con el fin de establecer las medidas que sea preciso llevar a cabo para su más fácil extinción”<sup>35</sup>. Con el fin de remarcar la importancia de la Epidemiología en la reforma del Instituto se insiste en que de una función tan preferente, entre las varias que debe desempeñar este Centro, que además de estar dispuesto el personal de todas sus secciones a colaborar en todo momento en esta tarea esencialísima, se ha creído conveniente especializar en esta clase de estudios a una sección dada, para que con más prontitud y eficacia pueda responder a sus fines, que son siempre urgentes y de un interés excepcional para la salud pública<sup>36</sup>. La epidemia de cólera de Vendrell, en 1911, es un elocuente ejemplo de su funcionamiento, que se continuó en 1920, con la creación de la Brigada Sanitaria Central, más tarde Servicio Epidemiológico Central (1927), suprimido en 1930.

La Brigada Sanitaria Central (1920) fue una unidad de acción inmediata, por ello debía “disponer de un fuerza técnica, provista de los medios necesarios para combatir las enfermedades infecciosas endémicas o epidémicas, y preparada siempre en condiciones de acudir a los lugares que la Superioridad designe”<sup>37</sup>. Este mismo objetivo tuvo el Servicio Epidemiológico Central (1927), tal como se expresa en su art. 1.º “Dependiente de la Dirección General de Sanidad que a su vez había sustituido a la Inspección de Sanidad Interior, y

comprendido entre sus instituciones sanitarias, se crea el Servicio Epidemiológico Central, destinado a combatir las enfermedades evitables de carácter endémico o epidémico existentes en España, a extirpar sus focos y a prevenir, en cuanto sea posible, la aparición de otros nuevos”<sup>33</sup>, si bien amplió sus funciones, que son:

a) Investigación de las causas, vías y medios de propagación y curso de las enfermedades epidémicas en España de los procedimientos a seguir para prevenirlas y combatirlas.

b) Investigación de las causas que motivan la persistencia en España de los focos endémicos como bases de las medidas sanitarias que hayan de establecerse para su desaparición.

c) Estudio y comprobación de los procedimientos y métodos de lucha correspondiente a la práctica epidemiológica.

d) Cooperación y, siempre que la Superioridad lo ordene, dirección sobre el terreno de las campañas locales que hayan de ejecutarse, tanto para combatir los estados endémicos y epidémicos, como para prevenir la invasión y transporte de las enfermedades infecciosas e infectocontagiosas.

e) La formación de un archivo con todos los datos que, concernientes a estas materias, puedan reunirse como consecuencia de los servicios anteriormente enumerados.

f) La organización y distribución de la propaganda antiepidémica por los métodos y procedimientos que la Superioridad apruebe”<sup>39</sup>.

Sin embargo, fue en el interior de las Inspecciones provinciales de Sanidad donde se produjo el cambio de la epidemiología. Las primeras unidades de epidemiología, las Secciones de Epidemiología y Desinfección, se ubicaron en los recién creados Institutos provinciales de Higiene, en 1925 como ya sabemos, y realizaban las siguientes funciones “... cuanto se relacione con el diagnóstico y la profilaxis de las enfermedades infecciosas e infectocontagiosas, investigación epidemio-

lógica de sus causas y medidas de todo género que deben adoptarse, como asimismo será la encargada de practicar las operaciones de desinfección y esterilización precisas en cada caso y de aislamiento y transporte de los enfermos infecciosos y de los de grave urgencia, completando y supliendo las necesidades de los Municipios en cuanto a estos servicios se refiere”<sup>40</sup>.

Esta reforma articuló las instituciones sanitarias (sanidad municipal, Institutos provinciales de Higiene y Dirección general de Sanidad) con los niveles de decisión política (alcaldes, gobernadores civiles y ministro de la Gobernación) lo que significó la existencia de diferentes niveles de intervención sanitaria en la población. Esta correspondencia fue la clave para el establecimiento y mantenimiento (los sistemas anteriores no fueron eficaces) de un moderno sistema de información para la notificación obligatoria de enfermedades que fuese capaz de generar información, analizarla e intervenir. En efecto, el Servicio de Estadísticas demográfico-sanitarias<sup>41</sup> fue el primer sistema español de información sanitaria al establecer: (1) el circuito de información desde el municipio a la Dirección general de Sanidad; (2) la semana como unidad de información; (3) la retroalimentación a través del BOLETÍN SEMANAL; (4) indicar el conjunto mínimo de datos necesarios para la identificación y análisis de problemas: localidad, nacidos vivos, nacidos muertos, defunciones por todas causas, fallecidos de menos de 1 año, número de casos declarados y defunciones registradas por ellas; (5) intervenir coordinando los servicios técnicos con los político-administrativos.

De esta manera se dieron las bases para el establecimiento de una actividad epidemiológica centrada en el análisis de la información epidemiológica a partir de (1) la exigencia de la notificación de casos, contactos y posibles fuentes de infección; (2) del “estudio cuidadoso de los datos recibidos regularmente cada siete días de los pueblos y villas de la provincia, misión que más perso-

nalmente podrá conferirse a los epidemiólogos de los Institutos provinciales de Higiene, y que deberán manifestarse en un informe semanal, elevado, sin excepción, a las inspecciones provinciales de Sanidad”<sup>42</sup>; y 3) la aplicación de las medidas sanitarias de acuerdo con el “criterio de práctica higiénica moderna” y de los “conocimientos actuales epidemiológicos”, como señala el legislador en la citada Real Orden, que indica, asimismo, que lo que constituye el objetivo de la declaración es el aislamiento del enfermo.

Este cambio de actitud implicó un progresivo uso de la Estadística en la Epidemiología que se hizo manifiesto en la reforma de las Mancomunidades Sanitarias, en 1935, al sustituir la Desinfección por la Estadística en la denominación de las Secciones de Epidemiología de los Institutos provinciales de Higiene<sup>43</sup>. Esta reforma marcó el cambio que se venía manifestando desde finales de los años 20. Esta situación se paralizó en 1939, como consecuencia de la guerra civil, si bien su inercia llega a principios de los años 50. Las reformas posteriores, la de 1944 y la de 1977, no implicaron cambios especiales, sino un proceso de continuidad que mantuvo la práctica de la epidemiología, pero no permitió la superación de sus contradicciones que fueron agravándose progresivamente.

En este contexto, control de los procesos infecciosos y municipalización de la política sanitaria con persistencia de organismos muy centralizados, se desarrolló la Administración Sanitaria y, en ella, la Epidemiología.

## II. LA EPIDEMIOLOGIA Y LA ESTRATEGIA SANITARIA

Como hemos visto la Epidemiología se desarrolló en la Administración Sanitaria. Fue, por ello, la actividad relacionada con el control de las enfermedades transmisibles la que vertebró su desarrollo, tanto institucional como científico, en coherencia con el patrón transmisible que dominaba tanto en la morbilidad como en la mortalidad, y con la existencia de un sólido marco conceptual —la

teoría del contagio— para su explicación y control.

Lo cierto es que por primera vez, se disponía de un marco científico de referencia como guía de la acción “mientras la Higiene antigua esgrimía sus armas contra los miasmas invisibles, especie de entequeias imaginativas que se perdían en lo intangible de las cosas, la Higiene nueva se dirige contra seres reales y efectivos como son los microbios, reconocidos como causa de las enfermedades infecciosas”<sup>44</sup> que cumplía, además, con todas las exigencias metodológicas de la ciencia moderna al permitir la observación, la reproductibilidad y la verificación de las hipótesis etiológicas en aplicación de los postulados de Koch. Una aplicación temprana de esta nueva actitud científica se ofreció en la prevención, y posterior control, del cólera en la España de 1911. Las medidas adoptadas constituyeron los criterios generales de control de los procesos transmisibles. Estas fueron:

- a) conocimiento diagnóstico rápido del primer caso que se presente en cualquier lugar;
- b) aislamiento de los enfermos y las personas que, estando o habiendo estado en contacto con ellos, podrían ser causa de contagio;
- c) destrucción, por medio de desinfectantes, de los gérmenes morbosos que contaminando cosas o personas son causa de propagación de enfermedad.<sup>45</sup>

Estrategia que implicaba un importante conocimiento de la infección, sus técnicas diagnósticas, los medios de contagio y los vehículos de difusión, aspectos dirigidos al conocimiento de la historia natural de la enfermedad infecciosa y a la adopción de medidas de control, en relación directa con la clínica, pero que, llenaron de pragmatismo su práctica al dirigirla hacia la acción y retrasando la incorporación de conceptos e instrumentos metodológicos modernos, limitando su uso y desarrollo. Tres son las razones para afirmar esto:

1.<sup>a</sup> Se priorizó el diagnóstico de laboratorio respecto a la información epidemiológica para la toma de decisiones, “pero hoy no puede darse un paso en la resolución de problemas sanitarios, sin la intervención y el consejo de los laboratorios, que son los encargados de establecer las cuestiones todas, de inspirar las reglas de la profilaxis pública de las enfermedades infecciosas, y, lo que es todavía más importante, de hacer marchar o progresar todas las ramas de la ciencia sanitaria”<sup>46</sup> ya que, en última instancia, “la eficacia de la profilaxis contra las epidemias depende de la exactitud con que se hace el diagnóstico bacteriológico de la enfermedad infecciosa de que se trate y de la prontitud con que se descubran los primeros casos origen del contagio”<sup>47</sup>. De esta manera la microbiología asumió una posición estratégica en el control de las enfermedades transmisibles.

2.<sup>a</sup> El contraste entre la especificidad del diagnóstico frente a la inespecificidad de la acción, centrada en el aislamiento y la desinfección, como nuevas estrategias científicas propias de la higiene moderna, en sustitución de las prácticas de la higiene tradicional. Su control se comenzaba con la declaración del caso, como inicio de una intervención eficaz centrada en la desinfección, “Hay necesidad, por consiguiente, de reconocer y consignar la declaración de enfermedades infecciosas [para el posterior aislamiento del enfermo contagioso] y la eficacia de la desinfección”<sup>48</sup>, acción, esta última, considerada de indiscutible valor científico “... y contra la propagación de estas enfermedades la ciencia no tiene hoy otro remedio más eficaz que la desinfección, la cual es un conjunto de prácticas encaminadas a destruir los gérmenes causantes de las enfermedades, impidiendo su difusión” como se señala de forma enfática y esperanzada en 1901<sup>49</sup>, esperanza que se mantiene en las disposiciones legales de 1904, 1919 y 1945. En este contexto la declaración de enfermedades es un trámite intermedio entre el diagnóstico y la desinfección y, como subvalor, su utilización como información estadística.

Asimismo fue evidente que el control del caso no era suficiente, por ello las medidas de control se extendieron del ambiente inmediato del enfermo al medio urbano y rural. La verdad es que los problemas urbanos, con una elevada incidencia de las infecciones intestinales y con graves problemas de saneamiento, vivienda, ruralización, etc. preocupaban al extremo de que los Inspectores provinciales de Sanidad debían “conocer en todo momento y del modo más completo posible, el estado sanitario de la provincia, tanto en lo que respecta a deficiencias higiénicas que puedan influir en la salud pública, muy especialmente en lo que se refiera a la existencia de enfermedades infecciosas”<sup>50</sup>. Por ello, se reforzaron las tradicionales competencias municipales en materia sanitaria, obligando a los Municipios y a las Diputaciones a la creación y mantenimiento de hospitales o locales habilitados para la atención de los enfermos infecciosos y de sus contactos<sup>51, 52, 53, 54</sup>. Se dotaron, directa o a través de las Mancomunidades, de Laboratorios municipales y provinciales de Higiene, de lugares para el aislamiento de los enfermos y de equipos y personal para la práctica de la desinfección, desinsectación y desratización. Todo un esfuerzo dirigido al control de la enfermedad transmisible en la población, a partir de medidas de carácter general aplicadas a ambientes y enfermedades concretas.

Sin embargo, es obvio el carácter general que ambas acciones tienen, en contraste con la creciente especificidad de la actividad médica, que cimentaba su eficacia; por ello, mantener esta inespecificidad de la higiene frente al desarrollo de técnicas diagnósticas, terapéuticas y preventivas cada vez más específicas para los diferentes procesos infecciosos que presenta la medicina, significó una creciente desconfianza acerca de su eficacia, optando por estrategias ajustadas al tipo de proceso.

3.<sup>a</sup> La tardía introducción del método estadístico en la Salud Pública y, en concreto, en Epidemiología, donde también observamos el retraso en la introducción del método, signi-

ficó un bajo uso de la información de morbilidad y mortalidad, a pesar de que nadie dudaba de su necesidad y utilidad “Contra los estímulos del interés, atento a disfrazar la verdad con supercherías y ficciones, y contra los errores de buena fe, existe un tribunal inapelable que mide, compulsa y aquilata los resultados de la acción sanitaria: la tabla de mortalidad del Instituto Geográfico y Estadístico”<sup>55</sup>, ni tampoco de la necesidad de su producción, ni de su calidad, al ser “Fuente de información exacta, guía fiel de la acción sanitaria y piedra de toque donde se contrastan sus resultados, prescindir de ella equivaldría a caminar a ciegas por terreno desconocido. Pero por lo mismo que su importancia es capital, es indispensable que los datos que la integran sean perfectamente exactos y fehaciente, pues de lo contrario conducirían a conclusiones falsas, esterilizando estudios de gran provecho y dando margen a determinaciones funestas para la conservación de la salud pública”.

“Para evitar tan grave daño necesita poseer este Ministerio [el de Gobernación] una Estadística de morbilidad y de mortalidad, que sea a la vez total y detallada y que, a la condición de completa y fehaciente, reuna la mayor rapidez en la tramitación de sus informes”<sup>56</sup>. Sin embargo, sería el Instituto Geográfico y Estadístico la institución encargada de esta función para toda la Administración Pública, por lo que la Administración Sanitaria tuvo que establecer una colaboración, con el citado Instituto, para disponer de los estados mensuales demográficos publicados “en el nuevo Boletín de Estadísticas demográfico-sanitarias”<sup>57</sup>. Esto no quiso decir que la Administración Sanitaria renunciase a disponer de información propia. Al contrario, especialmente después de la epidemia de gripe de 1918, existió un interés por conocer los problemas sanitarios, siendo obligación de los Inspectores provinciales de Sanidad la recolección de información (partes de declaración y estadísticas mensuales de enfermedades, defunciones, epidemias y alteraciones ambientales, hídricas fundamentalmente) y la elaboración de una memoria anual que

contuviese “los datos estadísticos de importancia sanitaria referentes a la provincia; el estudio de las epidemias ocurridas, marcando su duración, origen, marcha, medidas adoptadas y juicio crítico de los resultados obtenidos, y mejoras higiénicas realizadas en las poblaciones de la provincia o logradas en higiene escolar, hospitalaria, industrial, rural y en profilaxis contra la morbilidad y mortalidad infantil antituberculosa y antivenérea”<sup>58</sup>. Sin embargo éstas informaciones se han perdido, lo que indica que la Administración Sanitaria, al no disponer de estructuras que garantizaran el funcionamiento de los complejos sistemas de información, no fue capaz de consolidarla. La morbilidad, por ejemplo, no fue recogida hasta que se organizó el Servicio de Estadísticas sanitarias<sup>59</sup>, momento que coincidió con un profundo proceso renovador de la Salud Pública que afectó de forma importante al posterior desarrollo de la Epidemiología y de la Estadística Sanitaria.

Sin embargo, hacia finales de los años veinte la formación de nuestros epidemiólogos en el uso de la información sanitaria y del método estadístico y epidemiológico era muy escasa “En algunos [países], como los Estados Unidos, constituyen [las estadísticas] la base casi exclusiva de los estudios epidemiológicos, y así, los laboratorios de epidemiología, como nos dice Palanca, son a base de planos, máquinas y reglas de calcular, y las prácticas epidemiológicas se hacen a base de fichas, correspondientes a otros tantos casos que, combinándose por sus diversos caracteres comunes, ayudan a ver analogías y sacar conclusiones, cosa muy distinta a como se considera la epidemiología en nuestro país, que se hace por completo a base de estudios bacteriológicos, prácticas de laboratorio y clínica”<sup>60</sup>. Por ello, no debe extrañar que al uso del método estadístico se atribuyesen actividades hoy integradas en la epidemiología “refiriéndonos a las enfermedades infecciosas, la estadística resuelve problemas importantísimos que sólo por este método se pueden abordar, permitiendo conocer, entre otros datos: 1) las infecciones que predominan en un país, región, pobla-

ción o barrio y, por tanto, las que principalmente deben ser atacadas; 2) la distribución de la morbilidad infecciosa dentro del año; 3) las leyes que rigen la aparición y desarrollo de sus epidemias; 4) el tanto por ciento de la mortalidad y, por tanto, la gravedad relativa de cada infección y de cada epidemia (esto evitaría los entusiasmos infundados de ciertos métodos terapéuticos empleados en ciertas epidemias menos graves); 5) las modificaciones obtenidas por los tratamientos empleados, valorados por la disminución de la mortalidad antes y después de su aplicación; 6) la eficacia de las medidas preventivas (vacunación, lucha directa contra el germen, mejoras higiénicas generales); y, 7) el grado de difusión y las facilidades de contagio, valorados por la rapidez con que se alcanza el máximo en la cifra de atacados”<sup>61</sup>. Esta disociación entre la Epidemiología y la Estadística Sanitaria explicaría el retraso en el desarrollo de la primera en España, donde sus unidades quedaron limitadas al control del caso individual y a la aplicación de medidas de desinfección en los ambientes inmediatos al caso.

Sin embargo, como hemos visto todo este siglo representa un esfuerzo continuado de renovación de la salud pública española y, consecuentemente, de la epidemiología. Este esfuerzo se hace más evidente en la segunda mitad de la década de los años veinte, cuando empieza a recogerse los frutos del programa de formación de sanitarios llevado a cabo entre el Gobierno español y la Fundación Rockefeller, orientado a crear un cuerpo de funcionarios sanitarios de la Administración. Su formación se encargó a la recién creada Escuela Nacional de Sanidad (1924), que puso en marcha un programa para la formación de los técnicos que necesitaba el Sistema Sanitario completado con la formación de especialistas en el extranjero, especialmente para el personal que se distinguió en los Cursos de Oficiales Sanitarios, a partir de fondos de la Fundación Rockefeller.

La repercusión de estas medidas sobre la práctica de la Epidemiología se abre con la

importante publicación de Ortiz de Landazúri (1929)<sup>62</sup>, que podríamos considerar como el primer trabajo que organiza una unidad de epidemiología de tipo moderno. En él se señala con absoluta precisión la diferencia entre la práctica epidemiológica tradicional y la moderna. La primera es así descrita “hace años, en los comienzos de la lucha contra esta clase de enfermedades [las infecciosas], la función sanitaria en presencia de un brote epidémico se reducía a una labor enérgica que podríamos calificar de «limpieza general» ... desconociéndose y no haciéndose distinción entre los orígenes o fuentes de contagio y las vías de propagación elegidas por las infecciones, la labor de los médicos se efectuaba lejos de la menor realidad epidemiológica”. El cambio consiste en “analizar el brote infeccioso para determinar la vía o vías de contagio responsables del mismo y rápidamente tomar medidas necesarias para abolir o interrumpir dicha vía de infección”. Pero aun aquí existen diferencias, pues no es sólo el conocimiento de los mecanismos de transmisión lo que diferencia una práctica de la otra, sino el objeto de la atención del epidemiólogo. Así, nos dice “En los comienzos, y conocido el papel que el agua, los alimentos, etc., desempeñaban como agentes causales de propagación de las infecciones, la labor de los sanitarios se dirigía a practicar una serie de investigaciones analíticas sobre los mismos con el fin de determinar por exclusión cual de ellos era el causante del brote epidémico”. Sin embargo, el énfasis se desplazó, posteriormente, a “el papel que los enfermos, portadores sanos y convalecientes, desempeñaban en la propagación de gran número de enfermedades infecciosas”, por ello “hoy día, en buena práctica epidemiológica, al aparecer un brote epidémico, las investigaciones se dirigen, en primer lugar, hacia los enfermos existentes, de cada uno de los cuales o del mayor número posible de ellos se hace una detenida historia epidemiológica ... se van ordenando por grupos los hechos epidemiológicos más salientes ... recopilada esta serie de datos, y refiriéndolos a una determinada proposición, nos permite

llegar por exclusión a determinar exactamente la causa probable". Por último, propone y expone los métodos descriptivos a utilizar por el epidemiólogo. Así se pasa de un epidemiólogo antiguo, cuya práctica estaba centrada en el laboratorio, el aislamiento y la desinfección, a uno moderno que realiza el análisis de los datos, en una actividad que hoy podríamos definir como de vigilancia epidemiológica.

La producción de la información epidemiológica corresponde a la actividad de Marcelino Pascua, quien materializó estas expectativas en el Decreto, ya citado, que creaba el Servicio de Estadísticas Sanitarias (1930), donde se pone en marcha el Sistema de Notificación Obligatoria de Enfermedades, pero donde se aprecia la síntesis de la acción y el análisis epidemiológico es en 1935, cuando se cambia la denominación de las antiguas Secciones de Epidemiología y Desinfección por la de Epidemiología y Estadística, lo que posibilita la Orden de 15 de febrero de 1936 por la que se dan normas para el servicio de Estadística, cuyo contenido se integra claramente en las actividades de análisis de la información, que hoy conocemos como vigilancia epidemiológica. Es en este momento —1936— cuando la Epidemiología está en condiciones de, sin dejar de estar orientada hacia la acción, asumir su papel en el análisis epidemiológico de la información sanitaria, convirtiéndose en poblacional. Hasta entonces, los Servicios de Epidemiología no respondían a este concepto, no habiendo superado su dimensión individual y su carácter intervencionista.

Las publicaciones científicas de la época también los incorporaron, reflejo de la introducción de los nuevos métodos (los métodos estadístico y epidemiológico). Se observa entre los años 1926-1935, una utilización creciente, en los trabajos epidemiológicos publicados en la Revista de Sanidad e Higiene Pública, de las Técnicas de la Estadística descriptiva<sup>63</sup>, de los estudios de correlación, de tendencias y de la bondad de los ajustes<sup>64</sup>, del uso de las tasas standarizadas<sup>65</sup> y de los

estudios de series temporales<sup>66</sup>. Su inercia llega hasta finales de los años 40.

Este proceso se rompió como resultado de la guerra civil (1936-1939), volviendo la Epidemiología a estar dominada por el pragmatismo de la acción, centrada en el diagnóstico y el control del enfermo.

## CONCLUSIONES

La evolución histórica de la Epidemiología española, manifiesta varias realidades.

En primer lugar, la fuerte implicación que existe entre la política general y la concreta, y entre ésta y el desarrollo científico. La historia de la Epidemiología, aquí, es la de una ruptura.

En segundo lugar, la reducción que se ha hecho de la Epidemiología al ámbito de lo infeccioso. Esta definición implica no sólo una reducción, sino, sobre todo, la exclusión de aquello que no se ajusta a la definición. En esencia, la mayor parte de lo que hoy se considera Epidemiología, se consideraba entonces como Estadística Sanitaria, como son los estudios de mortalidad y morbilidad. Por ejemplo, en 1936, el análisis epidemiológico de los datos aportados por el sistema de declaración de enfermedades, se llevaba a cabo en el departamento de Estadísticas Sanitarias. El estudio y control de brotes, correspondía al epidemiólogo.

En tercer lugar, no se desarrollaron estudios acerca de las condiciones de vida y la enfermedad, si bien la relación se aceptaba en general. Pero ello como algo tácito, no entra ni en los intereses de los epidemiólogos ni en su competencia. En España, no hay prácticamente estudios en este terreno.

Por último, la práctica de la Epidemiología en España, se ha realizado en el marco de la Administración Sanitaria, lo que significa que su práctica ha existido en nuestro país, al menos en sus diversas formas, desde 1910.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Foucault, M. El nacimiento de la clínica. 3.<sup>a</sup> edición. México: Siglo XXI, editores, 1977.
2. Lilienfeld, A. Times, Places and Persons. Aspects of the History of Epidemiology. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1980.
3. Rodríguez Ocaña, E. La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
4. Maluquer de Motes, J. De la crisis colonial a la guerra europea: veinte años de la economía española. En: Nadal J, Carreras A, Sudria C. La economía española en el siglo XX. Una perspectiva histórica. Barcelona: Ed. Ariel. 3.<sup>a</sup> edición, 1989.
5. Anónimo. La reorganización sanitaria en España, 1908-09 (págs. 5-6). Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1909.
6. Murillo. La obra sanitaria en España durante los años 1910 a 1912. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1914.
7. Maluquer. op. cit.
8. Instrucción General de Sanidad Pública, 1904, art. 21.
9. Instrucción General de Sanidad Pública, 1904, art. 50.
10. Instrucción General de Sanidad Pública, 1904, art. 54.
11. Real Orden de 26-27 de agosto de 1920 sobre el Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, art. 1.
12. Real Orden de 26-27 de agosto de 1920 sobre el Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, art. 22.
13. Real Decreto-Ley de 28 de febrero de 1922 creando la Dirección General de Sanidad del Reino. Exposición de motivos.
14. Real Decreto de 28 de febrero de 1922 creando la Dirección General de Sanidad del Reino. Exposición de motivos.
15. Real Decreto de 28 de febrero de 1922 creando la Dirección General de Sanidad del Reino. Exposición de motivos.
16. Real Decreto de 31 de octubre de 1901 sobre Lucha y Declaración de las Enfermedades Infecciosas, art. 9.<sup>o</sup>.
17. Instrucción General de Sanidad Pública, 1904, arts. 124 a 132.
18. Decreto de 10 de enero de 1919 sobre Disposiciones generales sobre prevención de las Enfermedades Infecciosas, art. 3a.
19. Reglamento para la lucha contra las Enfermedades Infecciosas, desinfección y desinsectación, 1945, Cap. II.
20. Real Decreto-Ley de 9 de febrero de 1925 sobre el Reglamento de Sanidad Municipal.
21. Real Decreto-ley de 9 de febrero de 1925 sobre el Reglamento de Sanidad Municipal, 1925, preámbulo.
22. Real Decreto-Ley de 20 de octubre de 1925 sobre Reglamento de Sanidad Provincial, art.13.
23. Real Decreto-Ley de 20 de octubre de 1925 sobre Reglamento de sanidad Provincial, art. 26.
24. Reglamento Técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de Higiene, en el Decreto de 19 de junio de 1935 sobre la reforma de las Mancomunidades Sanitarias, art.1.
25. Reglamento Técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de higiene, en el Decreto de 19 de junio de 1935 sobre reforma de las Mancomunidades Sanitarias, art. 7.
26. Reglamento técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de Higiene, en el Decreto de 19 de junio de 1935 sobre reforma de las Mancomunidades Sanitarias.
27. Reglamento Técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de Higiene, en el Decreto de 19 de junio de 1935 sobre reforma de las Mancomunidades Sanitarias.
28. Reglamento Técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de Higiene, en el Decreto de 19 de junio de 1935 sobre reforma de las Mancomunidades sanitarias. arts. 19-24.
29. Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944. Título 1.<sup>o</sup>.

30. Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, base 19.
31. Ley de Bases de Sanidad nacional de 25 de noviembre de 1944, base 20.
32. Real Decreto de 28 de octubre de 1899 sobre la creación del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII.
33. Anónimo. La reorganización sanitaria en España, 1908-09. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1909, págs. 120-124.
34. Anónimo. op. cit, 1909, pág. 124.
35. Anónimo. La obra sanitaria en España durante los años 1910-1912. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1914, pág. 121.
36. Anónimo. La obra sanitaria en España durante los años 1910-1912. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1914, pág. 121.
37. Real Orden de 18 de noviembre de 1921 sobre el Reglamento provisional para el Servicio de la Brigada sanitaria Central, art. 1.
38. Real Decreto del 30 de noviembre de 1927 por el que se crea el Servicio Epidemiológico Central, art. 1.
39. Real Decreto de 30 de noviembre de 1927 por el que se crea el Servicio epidemiológico Central, art. 2.
40. Real Decreto-Ley de 20 de octubre de 1925 sobre Reglamento de Sanidad Provincial, art. 26.
41. Real Orden de 27 de marzo de 1930 dando las normas para la confección del Servicio de Estadística demográfico-sanitaria.
42. Real Orden de 27 de marzo de 1930 dando las normas para la confección del Servicio de Estadísticas demográfico-sanitarias. Introducción.
43. Reglamento técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de Higiene, en el Decreto de 19 de junio de 1935 sobre la Reforma de las Mancomunidades Sanitarias, art 7.º.
44. Murillo, F. La reorganización sanitaria en España. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1909, págs. 193-194.
45. Anónimo la obra sanitaria en España durante los años 1910-1912. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1914. págs. 14-15.
46. Anónimo. La obra sanitaria en España durante los años 1910-12, Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1914, pág. 121.
47. Anónimo. La obra sanitaria en España durante los años 1910-12. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1914, pág. 121.
48. Real Decreto de 31 de octubre de 1901 sobre Lucha y Declaración de Enfermedades Infecciosas. Exposición.
49. Real Decreto de 31 de octubre de 1901 sobre Lucha y Declaración sobre las enfermedades infecciosas. Exposición.
50. Real Orden de 26-27 de agosto de 1920 sobre Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, art. 22.
51. Real Decreto de 31 de octubre de 1901 sobre Lucha y declaración de las Enfermedades Infecciosas. Exposición.
52. Instrucción General de Sanidad Pública, 1904, arts. 124 a 132.
53. Decreto de 10 de enero de 1919 sobre Disposiciones generales sobre prevención de las enfermedades infecciosas, art. 3a.
54. Reglamento para la Lucha contra las enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación, 1945, capítulo II.
55. Murillo, F. La reorganización sanitaria en España 1908-09. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1909.
56. Real Orden de 20 de febrero de 1909, citado por Murillo, F. En: La organización sanitaria en España 1908-09. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1909, págs. 175-176.
57. Murillo, F. La reorganización sanitaria en España 1908-09. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1909.
58. Real Orden de 26-27 de agosto de 1920 sobre Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad.
59. Martínez Navarro y colb. Algunos problemas en la reconstrucción de las series históricas de las estadísticas demográficas-sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid, 1992.
60. Vallejo de Simón, A.M. Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural. Instituto Reus. Madrid, 1928.
61. Vallejo de Simón, A.M op. cit, pág. 426.

62. Ortiz de Landázuri. La función epidemiológica moderna, Rev San Hig Públ 1929.
63. Clavero del Campo, G. Variaciones en el tiempo y en el espacio de la curva nacional de fiebre tifoidea en España. Cociete semestral. Rev San Hig Públ 1934; 9: 542-548.
64. Pascua, M. La mortalidad infantil en España. Madrid, Dirección General de Sanidad., 1934.
65. Sánchez Verdugo, J. Mortalidades crudas y estandarizadas de las provincias y capitales españolas. Rev San Hig Públ 1931; 6: 1921-1929.
66. Villar Salinas, J. Mortalidades urbanas y rurales en España. Rev San Hig Públ 1944; 18: 274-286.

**PONENCIAS****FUERZAS SOCIALES Y DESARROLLO DE LA SALUD PUBLICA  
EN ESPAÑA. 1917-1923\*****Rafael Huertas**

Departamento de Historia de la Ciencia. Centro de Estudios Históricos. CSIC. Madrid.

\*Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación n.  H045/91, subvencionado por el Plan Regional de Investigación de la Comunidad Autónoma de Madrid.

La crisis final de la Restauración (1917-1923) constituye un período de la historia de España en el que las "fuerzas sociales", consideradas en sentido amplio, adquieren un protagonismo hasta entonces inédito en la vida política y social del país.

Dicho período, que tiene como comienzo la Huelga General de 1917 y que finaliza con la Dictadura de Primo, ha sido calificado por los historiadores de muy diversas maneras: sexenio crítico, época de "conatos revolucionarios"<sup>1</sup>, "crisis de la Restauración"<sup>2</sup>, etc., pero resulta prácticamente unánime la consideración de la existencia de una crisis de legitimación del sistema, con una fuerte contestación de lo que se ha llegado a denominar "fuerzas anti-sistema"<sup>3</sup>; de modo que, si hasta 1917, la monarquía parlamentaria española sobrevivió sin grandes contratiem-

pos, la crisis económica, la agitación social y política y la guerra colonial en Marruecos ejercieron presiones sin precedentes que motivaron una "crisis estructural" muy grave de la que la sociedad española ya no pudo recuperarse. Paul Aubert ha señalado que dicho año constituye el final económico, político e ideológico del siglo XIX, en el que, además, "nuevos protagonistas expresan aspiraciones democráticas fuera del marco institucional"<sup>4</sup>. Podemos hablar, pues, de una crisis política abierta —de hegemonía y de autoridad— que, en el sentir de Tu n de Lara, no debe ser entendida como una disfunción sino como la consecuencia de un antagonismo social entre un bloque de poder internamente dividido y unas masas cada vez más conscientes<sup>5</sup>. Junto a todo ello, no podemos olvidar el importante papel que el avance del corporativismo —en permanente enfrentamiento dialéctico con las concepciones netamente liberales— jugó en la quiebra del orden liberal, al menos tal y como éste había venido desarrollándose desde hacía más de un siglo<sup>6</sup>. Fuerzas "anti-sistema" y

<sup>1</sup> Maura Gamazo, G. Bosquejo histórico de la Dictadura. Madrid: 1939; p. 9.

<sup>2</sup> Aunque clásicamente se considera la crisis de la Restauración al reinado de Alfonso XIII, reservándose para el período estudiado el término "crisis final", algunos autores insisten en que fue sólo a partir de 1917 cuando estallaron críticamente las contradicciones internas de un sistema que puso en evidencia su agotamiento ante la nueva situación nacional. Esta precisión cronológica puede verse en la obra colectiva coordinada por García Delgado, J.L. La crisis de la Restauración. España entre la Primera guerra mundial y la II República, Madrid: 1986 en particular el trabajo de Arostegui, J. "El insurreccionalismo en la crisis de la Restauración", pp. 75-99.

<sup>3</sup> Uno de los más destacados análisis sobre el papel de las fuerzas de oposición al régimen de la Restauración es el realizado por Meaker, G. La izquierda revolucionaria en España. 1914-1923. Barcelona: 1974.

<sup>4</sup> Aubert, P. (1978) "Los intelectuales y la crisis de 1917" En La crisis del estado español, 1898-1936, Madrid: 1978: 246.

<sup>5</sup> Tu n de Lara, M. (1978) "Rasgos de la crisis estructural a partir de 1917" En La crisis del Estado Español, 1899-1936, Madrid: 1978: 15-31.

<sup>6</sup> Véase Elorza, A., Arranz, L. y Del Rey, F. Liberalismo y corporativismo en la crisis de la Restauración En García Delgado, J.L. 1986 (ed.) La crisis de la Restauración España, entre la primera guerra mundial y la II República, Madrid: 5-50. Asimismo, Villacorta, F. Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX. 1890-1923, Madrid: 1984.

fuerzas corporativas que van a desempeñar un desigual papel —como catalizadores y/o como protagonistas directos de conflictos sociales— dependiendo del ámbito y de la problemática que consideremos. En lo que se refiere a la Salud Pública, la penosa situación sanitaria española, repetidamente denunciada por higienistas y médicos reformadores<sup>7</sup>, agravada por la epidemia de gripe de 1918-19<sup>8</sup>, dio pie a iniciativas públicas y privadas<sup>9</sup> que intentaron, con mejor o peor fortuna, hacer frente al importante vacío administrativo y legislativo existente y que la Instrucción de Sanidad de 1904, todavía vigente, no era capaz de cubrir satisfactoriamente.

<sup>7</sup> Son múltiples las referencias bibliográficas que pueden encontrarse en este sentido, tanto en las publicaciones médicas de la época —Medicina Ibero, La Medicina Social Española, etc.— como en monografías más o menos extensas e influyentes de las que, a modo de ejemplo, podemos citar Martín Salazar, M. La sanidad en España, Discursos leídos en la Real Academia de Medicina, Madrid: 1913, y Muriillo, F. La defensa social de la Salud Pública, Discursos leídos en la Real Academia de Medicina, Madrid: 1918.

<sup>8</sup> Sobre esta epidemia existe una reciente tesis doctoral de Echeverri, B. La pandemia de Gripe de 1918-19 en España, Universidad Complutense de Madrid 1990 (inédita), así como diversos estudios sobre la repercusión de la misma en regiones concretas; entre estos últimos pueden citarse Castellanos, J. y Ramos, M.D. 1985 Enfermedad y crisis social: La gripe en Málaga (1918), Málaga; Bernabeu, J. (coord.) La ciutat davant el contagi. Alacant i la Gripe de 1918-19, Valencia: 1991; Rodríguez Ocaña, E. La Grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19 En Cent anys de Salut Pública a Barcelona. Institut Municipal de la Salut, Barcelona: 1991: 131-156.

<sup>9</sup> A finales de 1918 se funda en Madrid el Instituto de Medicina Social con el objetivo expreso de promover la regeneración sanitaria, la educación de la población, la motivación de las autoridades hacia los problemas sanitarios, así como el estudio y la investigación en materia de Medicina Social. Los estatutos del Instituto pueden encontrarse en Aguado, A. y Huerta, L. Cartilla popular de Medicina Social, Madrid: 1919. Sobre dicha institución, véase Alvarez Pelaez, R. (1988) "El Instituto de Medicina Social: primeros intentos de institucionalizar la eugenesia" *Asclepio* 1988; 40: 343-358. También Rodríguez Ocaña, E. La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923), Madrid: 1987: 36 y ss.

## MEDICINA SOCIAL Y MOVIMIENTO OBRERO

La mejora de las condiciones de vida y de trabajo del proletariado, constituye sin duda una vieja aspiración del movimiento obrero desde sus comienzos<sup>10</sup>. Es de sobra conocido que las desigualdades sociales condicionan, de manera definitiva, las diferencias en el modo de enfermar entre ricos y pobres<sup>11</sup>, de manera que aspectos que no dependen estrictamente de la organización de los servicios sanitarios, como la vivienda, la alimentación, la higiene y la seguridad en el trabajo, etc., forman parte de antiguas reivindicaciones obreras que redundan en la salud de los trabajadores.

Estas son la coordenadas en las que podemos situar la relación entre reivindicación obrera y Salud Pública durante años. Ejemplo suficientemente significativo es, en este sentido, la actitud del Partido Socialista Obrero Español, a través de su más importante órgano de expresión, ante la epidemia de gripe del año 18. Como bien ha indicado M.I. Porras en uno de sus estudios sobre dicho brote epidémico, *El Socialista* denunció la mayor mortalidad en los barrios proletarios, así como la relación entre las condiciones de vida —hambre, hacinamiento, etc.— y la mayor predisposición de la clase obrera a contraer la enfermedad<sup>12</sup>. Ante esta situación,

<sup>10</sup> Desde el clásico trabajo de F. Engels sobre La situación de la clase obrera en Inglaterra, muchas han sido las aportaciones al respecto, ampliamente recogidas por la historiografía mundial. Para España, una reciente contribución colectiva puede verse en Huertas, R. y Campos, R. (coords.) Medicina Social y Clase Obrera en España (siglos XIX y XX), Madrid: 1992.

<sup>11</sup> Una reciente reflexión sobre el tema es la efectuada por Berlinguer, G. Salud y desigualdades En Huertas, R. y Maestro, A. (coords.) La ofensiva neoliberal y la sanidad pública, Madrid: 1991: 15-37.

<sup>12</sup> Porras, M.I. La epidemia de gripe de 1918-19 en la prensa obrera En Huertas, R. y Campos, R. (coords.) Medicina Social y Clase Obrera en España (siglos XIX y XX), Madrid: 1992. De esta autora puede verse, asimismo, Porras, M.I. La Real Academia Nacional de Medicina y la problemática sobre la etiología de la gripe en la epidemia de 1918-19 En González de Pablo, A. (coord.) Medicina Contemporánea. Orígenes y evolución, Madrid: 1993: 103-132.

las propuestas socialistas se van a centrar en: "Higienizar la población, y especialmente los barrios obreros; construir alcantarillado, sanear las viviendas, fomentar la construcción de las casas baratas e higiénicas y procurar que los acaparadores no realicen un negocio criminal a costa del hambre"<sup>13</sup>.

Como se ve, medidas políticas y económicas encaminadas básicamente a mejorar infraestructuras, medidas de higiene pública<sup>14</sup> —que priorizan la limpieza y el saneamiento del medio físico donde se asienta una colectividad— que aunque realizadas en plena época epidémica, bien podrían corresponder a cualquier otro momento. Todavía no se encuentra, pues, en el movimiento obrero<sup>15</sup>, propuestas sanitarias concretas —esto es, sobre la estructura administrativa organizada por los poderes públicos con fines higiénicos o médico-sociales— que permitan, bien en el plano asistencial, bien en el plano preventivo, valorar un papel protagónico en el desarrollo de la Salud Pública.

Habrá que esperar a la II República para encontrar un primer documento, de gran valor historiográfico en mi opinión, aunque aislado y sin posibilidades de desarrollo ulterior, en el que se introduce de manera explícita la salud como un elemento más de las reivindicaciones obreras. Me refiero a la Ponencia que sobre "Política Sanitaria" fue presentada en el XVII Congreso Ordinario de la Unión General de Trabajadores de 1932. En dicho texto se exponía: "Hasta hace poco los trabajadores mismos luchaban por asegurarse el pan con un salario justo y la instrucción en la escuela gratuita y bien organizada. Os cabe a vosotros el honor de in-

cluir hoy en nuestro programa otra nueva y no menos justa pretensión: asegurarse la salud. Instrucción, bienestar económico, salud: he aquí un bello programa a desarrollar. El solo hecho de incluir en nuestro programa el derecho a la salud basta (...). Pero aun hay más, el luchar por la salud, recordando el régimen capitalista actual, supone oponeros a la explotación de los dolores humanos, que nos separa en categorías de enfermos. Es necesario que el desvalido y el enfermo encuentren en todo momento, como un derecho adquirido por el solo hecho de nacer, la asistencia debida"<sup>16</sup>.

El descalabro que para los movimientos sociales en general, y el obrero en particular, supuso la Dictadura franquista hizo imposible, durante muchos años, profundizar en el sentido apuntado por los médicos ugetistas. Por eso, la exigencia de unos servicios sanitarios públicos de calidad y accesibilidad garantizada a toda la población y, en definitiva, la puesta a punto de un discurso "sanitario" por parte de los sindicatos de clase y de las fuerzas políticas de izquierda debe entenderse en una fase muy posterior donde, junto a los planteamientos tradicionales y genéricos de superación de las desigualdades, la lucha de clases se traduce también en cuestiones concretas como la identificación de prioridades —en las inversiones, por ejemplo— en función de las necesidades sanitarias de la población y en la defensa de un determinado modelo de servicio sanitario público (Servicio Nacional de Salud) que garantice la equidad, la planificación democrática y la participación en el funcionamiento del sistema de salud. Tales principios no fueron incorporados en España hasta las "luchas sanitarias" del tar-

<sup>13</sup> El Socialista 14 de octubre de 1918, n.º 3365, p. 2.

<sup>14</sup> Sobre la evolución histórica de la terminología a la hora de definir conceptos como "higiene pública" e "higiene social", es de utilidad Rodríguez Ocaña, E. 1987, pp. 14 y ss.

<sup>15</sup> Aunque las fuentes manejadas para la elaboración del presente ensayo han sido socialistas, pienso que la valoración puede hacerse extensiva al movimiento anarquista.

<sup>16</sup> Actas del XVII Congreso Ordinario de la Unión General de Trabajadores, p. 312. La Ponencia estaba firmada por Cipriano Pastor, Julio Bejarano, Sadi de Buen, Celiano Martín, Isidro Cameno, Manuel Sierra y José Pérez. Sobre las tendencias existentes en la República puede verse Huertas, R. "La concepción de los servicios sanitarios públicos en la II República" En Huertas, R. y Campos, R. (coords.) Medicina Social y Clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: 1992: pp. 565-580.

dofranquismo y, ya en la transición democrática, con la aparición en las reivindicaciones sindicales, y en los programas de los partidos políticos marxistas, de contenidos explícitos con política sanitaria, aunque con desiguales grados de elaboración<sup>17</sup>.

### EL CONCEPTO DE PROLETARIADO MEDICO Y LA NACIONALIZACION DE LA MEDICINA

Más trascendencia tuvo la actuación de las fuerzas corporativas médicas en los debates que, sobre la necesaria reestructuración sanitaria del país, se produjeron durante la crisis de la Restauración. La Asociación de Médicos Titulares, fundada en 1902, que ya había protagonizado un importante enfrentamiento con la Dirección General de Sanidad con motivo de la promulgación del "Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares de España"<sup>18</sup>, aparece, sin duda, como la fuerza corporativa más combativa y más enfrentada a la Administración Sanitaria<sup>19</sup>. Augusto Al-

marza, presidente de la Asociación, se convierte en el líder de todo un movimiento que, siempre en defensa de los intereses de los médicos titulares, se iniciará en el verano de 1921 cuando un grupo de médicos rurales firmaron en Haro un Manifiesto que, difundido en el *Boletín de la Asociación de Médicos Titulares*, se convirtió en el punto de partida de un intenso y apasionado debate sobre el papel del Estado en la organización de la Salud Pública.

Si analizamos brevemente el contenido del Manifiesto y los posteriores comentarios que, publicados en el mencionado *Boletín*, contribuyeron a enriquecer y desarrollar sus argumentos, podemos advertir, junto a interesantes propuestas de reorganización sanitaria —intentos de paliar el "problema de la sanidad"—, claras reivindicaciones de mejora de las condiciones económicas y contractuales de todo un colectivo de profesionales que se sienten explotados por los caciques de la España rural y que constituyen un "proletariado médico" frente a los especialistas de la ciudades y, sobre todo, frente a una "oligarquía médica" constituida por los responsables de la Administración sanitaria<sup>20</sup>.

En el Manifiesto de Haro se aboga, por primera vez en la literatura médica española, por la "nacionalización de la medicina", término con el que se pretende una reorganización de los servicios sanitarios del país pero, sobre todo, la redefinición del cometido de los médicos titulares. La nacionalización de la medicina consistiría, según el Manifiesto, "en asignar a cada médico la zona sobre la que ha de ejercer la inspección higiénica y sanitaria con la obligación aneja de prestar asistencia facultativa a los enfermos de dicha

<sup>17</sup> Entre los trabajos que, en ese momento, alcanzan mayor difusión podemos destacar Infante, A. (coord.) *Cambio Social y Crisis Sanitaria*, Madrid: 1975. Acarin, N. *et al* *La salud. Exigencia popular*, Barcelona: 1976. Análisis recientes de esas propuestas han sido efectuadas por Maestro, A. *Situación actual y perspectivas del sistema sanitario público en España. La alternativa de Izquierda Unida*, Madrid: 1990. El texto corresponde a una Conferencia impartida en la Escuela Nacional de Sanidad.; Maestro, A. *La alternativa sanitaria de la izquierda española: su proceso de construcción desde la transición democrática* y Pérez Iglesias, F. *Los planteamientos sanitarios de los sindicatos de clase en la transición española, ambos recogidos en Huertas, R. y Campos, R. (coords.) Medicina Social y Clase Obrera en España (siglos XIX y XX)*, Madrid: 1992: 595-623 y 581-593 respectivamente.

<sup>18</sup> Dicho Reglamento fue promulgado el 11 de octubre de 1904 y en él se confirmaba la inamovilidad en el cargo de los médicos titulares, con contratos de duración ilimitada.

<sup>19</sup> De entre las múltiples organizaciones corporativas existentes: Unión Médica Nacional, Comité Ejecutivo de la Clase Médica, Federación de Sanidad Civil, etc., etc., me centraré en el análisis de las formulaciones de la Asociación de Médicos Titulares por entender que son las más relacionadas con el desarrollo de la Salud Pública.

<sup>20</sup> En la Asamblea de Cuerpo de Médicos Titulares, celebrada en Madrid los días 25, 26 y 27 de octubre de 1922, se aludió en repetidas ocasiones a los "técnicos de Sanidad" que colaboraban con el Ministerio, en la Inspección General de Sanidad, como "oligarquía médica" o como "los médicos magnates de Gobernación". Véase el *Boletín de la Asociación de Médicos Titulares*, n.º 621, correspondiente al 28 de octubre de 1922, pp. 1147 y ss.

zona que la reclamen”<sup>21</sup>. Aunque sin desarrollarlos en exceso, se introducen conceptos básicos como la sectorización y la unificación de labores de prevención y de asistencia, proponiéndose para el desempeño de las mismas la creación de un Cuerpo de Médicos Nacionales que, al igual que otros funcionarios del Estado, recibirían un sueldo directamente del erario público —y no de los Ayuntamientos, evitando así la dependencia del médico de los caciques locales—, para lo cual se propone la instauración de una “contribución sanitaria”, “a la que contribuirá todo el que no sea pobre de solemnidad, y que recaudará el Estado por medio de sus delegados de Hacienda, lo mismo que lo hace con los demás impuestos”<sup>22</sup>.

Es interesante constatar como la financiación de este supuesto modelo de servicio sanitario “nacionalizado” se pone en relación con la desprestigiada campaña de África, con un doble propósito: por un lado, ante el enorme despilfarro de dinero público que supone la guerra en Marruecos, demostrar la viabilidad del “impuesto sanitario”; por otro, acercarse a una opinión pública cada vez más sensibilizada ante un conflicto bélico colonialista que obligaba a los ciudadanos a “postular en la calles y entregar a sus hijos” (...) “Ese ciudadano no puede ser un obstáculo a la nacionalización o socialización de la Medicina, tanto más cuanto que ello no significa nueva explotación, sino que, por rodear de mayores garantías su salud, a él ha de favorecerle en primer término”<sup>23</sup>.

<sup>21</sup> “Manifiesto” Boletín de la Asociación de Médicos Titulares, número extraordinario de noviembre de 1921, pp. 5-8, p. 6. El “Manifiesto” estaba firmado por 25 médicos entre los que no se encuentra el inspirador del mismo por no pertenecer, en ese momento, al partido de Haro.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>23</sup> Martínez, A. “Sobre la nacionalización de la medicina. III” Boletín de la Asociación de Médicos Titulares 1922: 591: 331-335, p. 335. Albino Martínez fue uno de los más arduos defensores de la “Nacionalización”, siendo autor de una serie larga de artículos que con el mismo título —“Sobre la nacionalización de la medicina”— fueron publicados a lo largo de la primera mitad del año 1922. En lo sucesivo citado con el nombre del autor y la

La conversión de los médicos titulares en un Cuerpo de funcionarios del Estado (con sueldo fijo y asegurado, montepíos de jubilación e invalidez, posibilidad de licencias, permutas, etc.) es, no cabe duda, el objetivo final de la reivindicación corporativa, la forma de salir de esa situación de “proletarización” y explotación a la que muchos se sienten sometidos.

El término “proletariado médico” es utilizado con relativa frecuencia en los medios de información sanitaria para aludir a la “obligada penuria”<sup>24</sup> de muchos profesionales que, ejerciendo o en el medio rural o en el urbano<sup>25</sup>, esperan del Estado la seguridad económica que les resulta imposible obtener mediante la práctica médica liberal. Se insiste, así, en que “el pago por el Estado, aspiración unánime del Cuerpo de médicos titulares, de realización inmediata, [es] el primer paso en el camino que ha de seguirse para llegar a la nacionalización de los servicios médicos”<sup>26</sup>.

Un “proletariado médico” que insistirá en su cercanía con los trabajadores manuales y las clases populares cuando asegura, con el paternalismo propio de los que jamás llegarán a asimilarse a la clase obrera, que “socializar o nacionalizar la medicina será obra que llegarán a implantar las clases inferiores de la Sociedad cuando se penetren de que esa es su conveniencia como lo es también para el

<sup>24</sup> Así, por ejemplo, el artículo de Elviro Berdeguer, A. El proletariado médico-rural. Nacionalización de la medicina española *El Siglo Médico* 1922: II: 119-122. Incluso Francos Rodríguez llegó a pedir el indulto, al Ministro de Gracia y Justicia, para un médico rural porque, aunque cometió un delito, “circunstancias especiales, ligadas a esa misma situación de miseria en que se encuentra el proletariado de la clase médica, le indujeron a cometer el crimen” [*Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, 8 de agosto de 1919, p. 886.]

<sup>25</sup> Para comprender las características, históricamente condicionadas, del ejercicio médico en el medio rural, es imprescindible el trabajo de Albaracín, A. “La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX” *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* 1974: 13: 133-204.

<sup>26</sup> Martínez, A. (1922), p. 133.

país y para los mismos médicos”<sup>27</sup>, mostrándose convencidos de que “Fácilmente las colectividades obreras harían suyo nuestro programa, porque fácilmente se percatarían de su importancia y trascendencia para su bienestar”<sup>28</sup>.

Las llamadas a la movilización o, al menos, a la toma de conciencia, son frecuentes en la prensa médica. “La nacionalización de la medicina” —se dirá— “es problema que reclama urgentemente la formación de una conciencia colectiva impulsora de los movimientos de la clase médica española hacia la conquista de lo que a algunos parecerá un sueño”<sup>29</sup>. Es en este intento de acercamiento e identificación con las clases populares, y en la necesidad de conseguir la máxima capacidad organizativa, en el que hay que entender la propuesta de integración nada menos que en un sindicato de clase como la UGT. Tal iniciativa, planteada en diversas ocasiones en el seno de la Asociación de Médicos Titulares, nunca prosperó pero no puede negarse la habilidad de sus dirigentes al pretender asimilar la lucha corporativa con la sindical: “no estando organizados para constituir una fuerza capaz de hacerse escuchar, podíamos y debíamos ingresar en la Unión General de Trabajadores, seguro de que ésta haría suyo nuestro programa”, aun siendo conscientes de que “en la Asociación caben todas las ideas políticas, desde la carlista a la socialista y que el ingreso en la Unión General de Trabajadores no significa la adjuración de nuestro pensamiento”<sup>30</sup>.

Solo a través de este programa de nacionalización, entienden los titulares firmantes

<sup>27</sup> La cita corresponde a un texto firmado por A. ALMARZA y publicado, sin título, a continuación del “Manifiesto” en Boletín de la Asociación de Médicos Titulares, número extraordinario de noviembre de 1921, p. 9.

<sup>28</sup> Martínez, A. (1922), p. 332.

<sup>29</sup> Ibid, p. 304.

<sup>30</sup> La cita corresponde a la conferencia inaugural de la Asamblea del Cuerpo de Médicos Titulares de octubre de 1922, pronunciada por A. Almarza y recogida en el Boletín, n.º 621, p. 1169.

del Manifiesto, se podrá resolver “de un sólo golpe el problema de la Sanidad en España, por la división en zonas de cada urbe y la asignación, para cada una de ellas, de un Inspector de Sanidad”<sup>31</sup>, asegurándose, de este modo, un servicio estadístico, una organización científica de la lucha contra las enfermedades infecciosas, etc., que permitiría al Estado disponer de una “organización sanitaria poderosa para todo lo referente a higiene pública, que habría de dar sus frutos desde el primer momento”<sup>32</sup>. Junto a ello, se garantizaría la gratuidad de la asistencia a las familias de la zona, así como la mejora de la situación económica de los médicos titulares, “pues el médico, con retribución decorosa del Estado, verá recompensados sus servicios y desvelos, lo que le hará trabajar con una mayor tranquilidad y un mayor estímulo”<sup>33</sup>.

Se pretende con ello ofrecer, en contrapartida a las mejoras en el empleo, un servicio sanitario integral que, cubriendo labores asistenciales y profilácticas, supere las fórmulas liberales del ejercicio médico, vigentes a comienzos de siglo, modificándolas ante las nuevas demandas asistenciales, ya que “por entonces era sólo la Beneficencia municipal o sea los pobres de solemnidad; hoy se hace necesario, mejor dicho, indispensable, abarcar el amparo oficial a la clase obrera, media y pequeños comerciantes o propietarios (...). Si las familias obreras y clase media han de pagar los honorarios que de justicia corresponden a los médicos, no es posible lo resistan en enfermedades de larga duración o crónicas, o en epidemias en que son varios los enfermos, o cuando es el *ganapán* de la casa el que esta enfermo”<sup>34</sup>. Como se sabe, primero el mutualismo y, más tarde la previsión basada en técnicas aseguradoras

<sup>31</sup> “Manifiesto” p. 7.

<sup>32</sup> Ibid, p. 8.

<sup>33</sup> Ibidem.

<sup>34</sup> Samaranch, M. Nacionalización de la Medicina Boletín de la Asociación de Médicos Titulares 1922: p. 500.

fueron superando, poco a poco, las viejas fórmulas benefico-asistenciales<sup>35</sup>. Clásicamente vienen considerándose, a partir de la Conferencia de Seguros de Barcelona de 1922, dos posturas bien diferenciadas ante la implantación del Seguro de Enfermedad en España: la de higienistas, médicos socialistas y técnicos del Instituto Nacional de Previsión, partidarios de su implantación inmediata, y la del resto del colectivo médico que, agrupados en distintas organizaciones, constituyeron un frente común opuesto a su puesta en marcha inmediata<sup>36</sup>. Tal postura, sin embargo, aunque coincidente en su formulación final, respondía a razones y objetivos muy diferentes según las distintas organizaciones. Así, mientras los colegios profesionales acabaron defendiendo a ultranza la práctica liberal de la profesión y negando la propia viabilidad del Seguro Social de Enfermedad, los médicos titulares siguieron abogando por la nacionalización del ejercicio médico, como garantía última de una asistencia gratuita a toda la población, incluso a sabiendas de los grandes impedimentos políticos y culturales con que tal concepción se encontraría. Jose Amador, desde las páginas del Boletín de la Asociación de Médicos Titulares, llama la atención sobre la necesidad de “un cambio grande en nuestras costumbres

<sup>35</sup> Sobre los orígenes del mutualismo y de la previsión social en España, véase Montero, F. Orígenes y antecedentes de la previsión social, Madrid: 1988. También Martínez Quinteiro, M.E. El nacimiento de los seguros sociales, 1900-1918 En Alvarez Junco, J. (coord.) Historia de la acción pública en España. Beneficencia y previsión, Madrid: 1990: 241-285.

<sup>36</sup> Dicho bloque de “unión sagrada”, término utilizado por los cronistas de la época, estuvo integrado por la Federación Nacional de Colegios Médicos Españoles, Sindicato Médico de Madrid, Sindicat de Metges de Catalunya, Asociación de Médicos Titulares y Comité de Sociedades Benéficas de Madrid. Véase Rodríguez Ocaña, E. La asistencia médica colectiva en España, hasta 1936 En Alvarez Junco, J. (coord.) Historia de la Acción Social Pública en España. Beneficencia y Previsión, Madrid: 1990: 321-360. Sobre la Conferencia de Barcelona de 1922, es de gran interés la obra de Cuesta, J. Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restauración, Madrid: 1988: 633 y ss.

profesionales” y sobre el hecho de que “Uno de los obstáculos que encontrará en España la nacionalización de la medicina es la falta de precedente en el extranjero, pues de Rusia y su bolcheviquismo se han dicho tantas cosas para desprestigiar su régimen, que no podemos citarlo como ejemplo digno a imitar. Pero si cualquier país de los que tienen un régimen capitalista lo aceptara, aquí tendría fácil cabida”<sup>37</sup>.

### LA SANIDAD PUBLICA Y EL CORPORATIVISMO MEDICO

No deja de resultar significativo constatar como esta “Nacionalización de la medicina”, más avanzada, al menos desde el punto de vista teórico, que la restrictiva concepción de las Cajas de Seguro, se vio devaluada por el excesivo celo corporativo de sus defensores. Las agrias discusiones entre Augusto Almarza y Manuel Martín Salazar son una buena muestra de que los contenidos del debate no eran políticos sino profesionales<sup>38</sup>. Las reticencias de los titulares hacia el Seguro de Enfermedad se basaban, fundamentalmente, en la posibilidad de que, tras su implantación, se les negara la oportunidad de incorporarse como facultativos del mismo y fueran relegados, nuevamente, a ocuparse de una cada vez más precaria asistencia benéfica.

El Proyecto de Ley de Profilaxis Pública de Enfermedades Evitables, elaborado por

<sup>37</sup> Amador, J. Por la nacionalización de la Medicina Boletín de la Asociación de Médicos Titulares, 1922; 578, 14-18, 17.

<sup>38</sup> El enfrentamiento entre ambos llegó a su punto culminante a propósito del debate sobre el Proyecto de Ley sobre Profilaxis de enfermedades evitables. Descalificaciones personales de todo tipo fueron vertidas tanto en Martín Salazar, M. Lo que aconteció en el Senado con la Ley de Sanidad aparecido primero en El Imparcial 27 de julio de 1922 y después en El Siglo Médico 1922; II: 118-119, como Almarza, A. Mi respuesta Boletín de la Asociación de Médicos Titulares 1922; pp.:608, 801-6.

Martín Salazar y presentado en el Senado en mayo de 1922<sup>39</sup>, pretende legislar sobre este aspecto. La coordinación entre el futuro Seguro de Enfermedad y la Sanidad Municipal está en la mente de los legisladores cuando insisten en que: "Establecida la ley del Seguro de Enfermedad, las cantidades que los Municipios consignen hoy en sus presupuestos para atender a la asistencia de las familias pobres, ingresarán en las Cajas del Seguro, para subvenir a esta nueva forma de asistencia social de los Municipios; y los médicos titulares actuales encargados de este servicio pasarán a ser médicos del Seguro, conservando el carácter y atribuciones de inspectores locales del Sanidad"<sup>40</sup>.

Con ello se pretende mejorar la situación de los facultativos rurales, ya que según reconoce el propio Martín Salazar "Todo el mundo sabe que los médicos titulares no cobran hoy, si la cobran, más que la asignación mezquina que los presupuestos municipales consignan para la asistencia benéfica de las familias pobres, y que aunque la Instrucción general de Sanidad les dio además la función de inspectores municipales de Sanidad, fue sólo con carácter un poco romántico y sin pagarles, por lo cual los servicios sanitarios municipales en toda España andan totalmente abandonados"<sup>41</sup>.

Es de destacar el apoyo incondicional que El Siglo Médico, sin duda la publicación profesional más influyente en la España de la época, prestó a Martín Salazar. Teniendo como directores nada menos que a Carlos María Cortezo —el artífice de la Instrucción de 1904— y a Angel Pulido, no es de extrañar que brindaran a su colega un trato de fa-

vor en las páginas de la revista<sup>42</sup>. Pero además, el programa profesional de la misma, podría haber sido asumido, al menos sobre el papel, por cualquier médico titular: "La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. Independencia y retribución de la función forense. Dignificación profesional. Unión y solidaridad de los médicos. Fraternalidad, mútuo auxilio. Seguros, previsión y socorros"<sup>43</sup>.

La desconfianza ante la Administración parece ser la razón fundamental de las desavenencias y, desde luego, una de las constantes en el discurso de los portavoces de la Asociación de Médicos Titulares. Así, las labores epidemiológicas de los Inspectores de Sanidad previstas en la normativa vigente de 1904, no pudieron ser cubiertas ya que, según critica A. Almarza, "Una Real orden posterior eximió a los médicos titulares de dar los partes mensuales de morbilidad y mortalidad que la Instrucción de Sanidad nos exigía. Claro estaba que donde no querían tener estadística sanitaria era en la Inspección general de sanidad"<sup>44</sup>. Ahora, ante un nuevo Proyecto de Ley, incluso la denominación de inspectores "locales" —y no "municipales"— es visto como un intento de despojar a los titulares de dicho cometido ya que, según ellos, abriría la posibilidad de que desde la Inspección General de Sanidad se nombraran directamente los cargos de inspectores. Algunos años antes, M. Martín Salazar había mostrado su preocupación por la posibilidad de que "si de un momento a otro nos sorprendiera la aprobación por las Cortes de

<sup>39</sup> Con distintas, aunque escasas, modificaciones, este Proyecto de Ley había sido presentado repetidamente desde 1921 por distintos ministros, siendo siempre rechazado.

<sup>40</sup> Martín Salazar, M. Lo que aconteció en el Senado con la Ley de Sanidad El Imparcial 27 de julio de 1922.

<sup>41</sup> *Ibidem*, p. 807.

<sup>42</sup> Como ya he indicado, el mencionado artículo de El Imparcial fue reproducido en El Siglo Médico, precedido de un comentario y del expresivo título "Titulares, a enterarse".

<sup>43</sup> Dichos puntos aparecían encabezando la Sección profesional en todos los números de la revista.

<sup>44</sup> Almarza, A. Sobre la la estadística sanitaria véase Rodríguez Ocaña, E. La estadística en la administración sanitaria española del siglo XX Primer encuentro Marcelino Pascua, Madrid 14 de junio de 1991: 42-77.

una nueva Ley de Sanidad, que al organizar los servicios habría de exigir, naturalmente, la creación de nuevos cargos técnicos, nos encontraríamos en un gran aprieto por falta de personal idóneo para desempeñar cumplidamente tales funciones”<sup>45</sup>. La pretensión de crear Institutos de higiene provinciales y municipales y de dotarlos del personal técnico “adecuado” es motivo de inquietud entre los médicos titulares, de cuya cualificación profesional parece dudarse.

Por eso se insiste en que el cargo de médico titular debe llevar anejo el de Inspector municipal de Sanidad y que, además, por dicha actividad preventivista, habrían de recibir una gratificación del 50 por 100 de su dotación económica. Tal reivindicación fue llevada a la Cámara Alta por el senador Sánchez y Sánchez. Sus palabras son suficientemente significativas del malestar de unos titulares —cuya Junta de Gobierno y Patronato resulta sistemáticamente desoida— que se sienten amenazados ante el poder de la “oligarquía médica”: “¿No podían ser inspectores municipales de cada término los médicos titulares que están en posesión de ese cargo desde hace mucho tiempo, sin el aumento que tantas veces han solicitado, sin ser retribuidos, Sres., Senadores, por los múltiples servicios que prestan en orden a la Ley de Quintas, en auxilio de la Administración de Justicia y por ser verdaderos héroes de la higiene, en la medida y forma con que pueden serlo con carácter municipal? Pues aquí se prescinde en absoluto de los médicos titulares y se inicia la creación de un Cuerpo especial de inspectores por la gracia de Dios y por el deseo del Sr. Martín Salazar, que es el director general de sanidad”<sup>46</sup>. Fue, finalmente, este mismo Senador el que propició la no tramitación del Proyecto de Ley y el aplazamiento *sine die* de su discusión, por lo que no parece demasiado arriesgado afirmar que, entre otras razones, los intereses corpora-

tivos de un colectivo contribuyeron, en muy buena medida, a frenar el tan necesario cambio legislativo sanitario en España.

Con todo, no conviene engañarse sobre el alcance del mencionado Proyecto. Alejado de una concepción global de política sanitaria y presentado, en esta ocasión, por el conservador Vicente Piniés, el texto se limitaba a diseñar un régimen de profilaxis y tratamiento de las enfermedades transmisibles, a cubrir algunos aspectos de salubridad general y a prever la realización de estadísticas y de inspecciones sanitarias. Algunos párrafos de su exposición de motivos recuerdan más los viejos principios de la Policía Médica que los de una verdadera Medicina Social: “...aunque tarde, los economistas y políticos han caído en la cuenta de que no hay capital comparable, en importancia y rendimiento, al que representa el organismo humano y la masa de población de un país. Cuánto mayor sea ésta y más vigorosa la raza, mayores son la producción, la riqueza y el poderío de las naciones”<sup>47</sup>. El hecho de que se trate de una Ley de Bases de Profilaxis Pública de Enfermedades Evitables, y no de una Ley de Sanidad, nos da una idea del escaso talante transformador de la propuesta. El propio Director General de Sanidad admitía, ante el Senado que “no se trata de una ley general de Sanidad, sino de una ley parcial, de un aspecto concreto de las leyes sanitarias, y, por tanto, todo cuanto esté fuera del concepto de profilaxis pública no encaja dentro de la ley”<sup>48</sup>. No se trataba, pues, de una reorganización profunda de los servicios sanitarios, en cualquiera de sus facetas, sino de sentar las bases de una Higiene Pública que se situaba deliberadamente al margen de los aspectos asistenciales<sup>49</sup>.

<sup>47</sup> Diario de Sesiones de la Cortes. Senado, 30 de mayo de 1922. Apéndice 3.º, al n.º 43, p. 1.

<sup>48</sup> Diario de Sesiones de las Cortes. Senado 21 de noviembre de 1922, p. 2059.

<sup>49</sup> Motivo por el cual, M. Martín Salazar evitó el enfrentamiento directo con el senador Sánchez, al argumentar que “Es un error fundamental confundir lo que es la beneficencia y la asistencia públicas con lo que es la sanidad pública y, por tanto, cuando se trate de una ley

<sup>45</sup> Martín Salazar, M. (1913), p. 27.

<sup>46</sup> Diario de Sesiones de las Cortes. Senado, 21 de noviembre de 1922, p. 2055.

Parece evidente que los médicos titulares no fueron capaces de confrontar ante dicho Proyecto de Ley, su propio modelo de "nacionalización de la medicina", tan enérgicamente defendido en sus órganos de expresión, limitando sus críticas al plano sindical-corporativo. Sin embargo, aun con una finalidad de reivindicación corporativa, no podemos dejar de destacar elementos consustanciales a lo que más tarde sería considerado en Europa como paradigma de servicios sanitarios públicos: universalización de la asistencia, sectorización, financiación de la sanidad a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, unidad de los servicios preventivos y asistenciales, están presentes ya, de manera tímida, de manera ingenua si se quiere, de manera interesada, en los planteamientos de los médicos titulares. No era, claro está, ni el momento ni el lugar para nacionalizar la sanidad; tanto la situación económica y política, como la propia mentalidad de nuestros responsables sanitarios no lo hubieran hecho posible, pero no puede por menos que destacarse el papel revulsivo que históricamente han jugado en nuestro país los médicos titulares, cuyas reivindicaciones motivaron el inicio de los debates sobre la necesidad de un Ministerio de Sanidad<sup>50</sup>, propiciando, igualmente, un primer apunte teórico sobre el funcionamiento del sistema sanitario público en el que se preveía la unificación de tareas asistenciales y de profilaxis.

---

general o de una ley de beneficencia pública, entonces llegará el momento de discutir, por ejemplo, la Junta de Gobierno y Patronato que ha querido defender el Sr. Sánchez y Sánchez. De suerte, que yo no trato de ese asunto porque creo que está fuera de la cuestión, que está fuera del proyecto, puesto que esto es una ley parcial de Sanidad que no se ocupa más que de la profilaxis pública de las enfermedades infecciosas.

<sup>50</sup> Las reivindicaciones de los médicos titulares, junto al desajuste administrativo de la Sanidad española y a la elevada mortalidad fueron los tres elementos básicos que justificaron la opinión mayoritariamente favorable para la creación de un Ministerio de Sanidad. Véase Valenzuela, J. y Rodríguez Ocaña, E. "La política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Reivindicaciones de un Ministerio de Sanidad" Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Murcia 18-21 diciembre de 1986, Murcia: 1988: 514-523 también, Huertas, R. El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad ideológico e iniciativas políticas. *Asclepio* 45: 1: 89-122.

Dicho planteamiento, no obtuvo en su momento ni el desarrollo ni el respaldo adecuado. El Reglamento de Sanidad Provincial, aprobado por Real Decreto de la Presidencia del Directorio Militar el 20 de octubre de 1925, supuso una innegable ordenación de la Higiene Pública española, que coincidió con la política retardataria mantenida por la Dictadura con respecto a la implantación del Seguro de enfermedad. Nada se alude en el Reglamento a los médicos titulares, cuyo protagonismo fue recuperado parcialmente durante la II República, en una condiciones socio-políticas muy diferentes, cuando en el I Congreso Nacional de Sanidad del año 1934, en el marco de la indispensable coordinación entre la Sanidad Nacional y el inminente Seguro de Enfermedad, consiguieron sacar adelante una proposición que, aprobada por aclamación, especificaba lo siguiente: "Los que suscriben, teniendo en cuenta los resultados de la discusión habida en el presente tema, proponen a la Asamblea que se exprese de un modo taxativo que, en lo sucesivo, habrá de entenderse por Sanidad Nacional el conjunto de todas las corporaciones, organizaciones y servicios que actúen desde los dos puntos de vista de la Medicina preventiva y curativa en todas sus manifestaciones"<sup>51</sup>.

Con todo, pienso que la propuesta de "Nacionalizar" la medicina hay que entenderla, si tenemos en cuenta el momento histórico en que fue hecha y los artífices de la misma, no como una alternativa política al modelo sanitario imperante sino como una estrategia de incorporación de todo un grupo profesional a las nuevas exigencias de una sociedad en crisis. El Estado aparece, como bien ha indicado Francisco Villacorta, "como referencia abstracta del creciente protagonismo de los factores colectivos de la vida social y de la redefinición, desde ese espacio colectivo, de las funciones desempeñadas por los distintos grupos sociales"<sup>52</sup>. Socie-

---

<sup>51</sup> El texto corresponde a la discusión de la ponencia presentada por Bardaji, E., Belloguin, M. y González, P. *El Seguro social de Enfermedad y la Sanidad municipal Actas del I Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid: 1934: 449-503, y 502-3.

<sup>52</sup> Villacorta, F. (1989), p. 487.

dad corporativa frente a sociedad liberal, intervencionismo estatal frente a mercado; tabla de salvación en la que apoyarse para

hacer frente a la crisis económica y al posible desprestigio social sin cambiar la estructura socio-económica ni el sistema político.

**PONENCIAS****ESTRUCTURAS POLITICO-ADMINISTRATIVAS Y SALUD PUBLICA  
EN ESPAÑA****Pedro Maset Campos**

Catedrático de Historia de la Medicina. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia

**I. CRISIS EN EL SISTEMA  
SANITARIO**

La situación actual del sistema sanitario en España, colocado en una encrucijada, sólo se puede entender cabalmente si se analiza desde una perspectiva globalizadora que tenga en cuenta además de los componentes propios derivados del interior de dicho sistema, los que en buena parte lo están determinando estructuralmente, provenientes de la evolución del Estado, y del aparato del Estado antes y después de la "crisis fiscal" de 1973 (O'Connor, 1973).

Resulta especialmente insuficiente estudiar la evolución y funcionamiento sanitarios desde claves fundamentalmente "sanitaristas" (como hacen Hollingsworth, Hage y Hanne-man, 1990), y para circunstancia parecidas crítica Milton Roemer (1991), al comparar Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. Nos parece más ilustrador el acercamiento que, a la situación de crisis en dicho país realiza Milton Terris (1992), al resaltar la amenaza que para la salud de la población implican las políticas de recortes presupuestarios.

Hemos visto en las intervenciones anteriores cómo la creación de los sucesivos sistemas sanitarios ha estado ligada, en los países occidentales, a la lucha de clases en los distintos contextos que ha ido adquiriendo el capitalismo a lo largo de los siglos XIX y XX. Con la finalidad de incorporar a mi exposición conceptos extraídos de la constitución de estos sistemas sanitarios resaltar  algunas de las cuestiones relevantes.

La configuración del Estado a partir de la Revolución Industrial plantea la naturaleza y el funcionamiento del aparato de Estado dentro de la confrontación de clases desencadenada. La pretensión de Bentham de un Estado neutral, no beligerante en las grandes polémicas y garante de la igualdad de condiciones a la hora de llevar a cabo el "contrato" social entre ciudadanos va alterándose paulatinamente. Es interesante señalar cómo en la Inglaterra del siglo XIX estas tensiones entre la concepción liberal y la dimensión  tica de un Estado que desarrolla las pretensiones de la clase capitalista, lleva ya en 1833 a propuestas favorecedoras, desde el Estado, de las clases humildes como las de Chadwick en 1842 (1965), y desemboca entre otros resultados, en la creación de la General Register Office, en la que desempe n  un papel ciertamente defensor de la intervención del Estado en favor de la salud de los trabajadores, el "liberal" William Farr (Eyler, 1979). Ya en estas primeras estructuras sanitarias estatales se percibe la existencia de los condicionantes de clase que Marx atribuía al Estado y a sus funcionarios en el desarrollo de sus cometidos y en su mentalidad (Pérez Días, 1978). Con la creación en 1883 por Bismarck del primer Seguro Obligatorio de Enfermedad se ponen de manifiesto los dos aspectos del problema, el objetivo del aparato de Estado en su pretensión de neutralizar el ascenso político de la clase trabajadora, y la actuación sociopolítica de la "clase" médica, globalmente identificada con los valores del capitalismo (Spree, 1988). Precisamente esta

creación "política" del Seguro de Enfermedad ocurre en medio de uno de los debates más importantes para la socialdemocracia alemana, en el que se cruzan los argumentos de Engels y los de Kautsky y Bernstein sobre las posibilidades (y el revisionismo) de la vía "parlamentaria" al socialismo (Kellogg, 1991), y la función del aparato de Estado.

Apareciendo globalmente más acertada la interpretación de Marx frente a la de Weber sobre el papel desempeñado por los funcionarios en el aparato del estado (Therborn, 1979), hay que evitar, a mi entender, una versión instrumentalista del aparato de Estado como fiel servidor de los intereses del capital. A partir del estudio de la obra de Gramsci, y de su reflexión sobre el papel del Estado tanto en su funcionamiento como en la configuración de una hegemonía cultural (Buci-Glucksmann, 1976, Díaz-Salazar, 1991), han ido desarrollándose instrumentos conceptuales que permiten mayor finura de análisis. De esta forma Offe (1985) plantea la necesidad de diferenciar la función concreta, no ligada a la obtención genérica de plusvalía, del funcionamiento del aparato de estado, guiado por una racionalidad legitimadora, y Clarke, Esping-Andersen, O'Connor (1985), entre otros, van abriendo camino para una concepción del aparato de Estado como intrínsecamente atravesado y condicionado en su interior por la propia lucha de clases. Incluso, no sin cierta polémica, se propone una "autonomía" relativa del Estado frente a la lucha de clases (Poulantzas, 1972), pretensión rebatida correctamente por Thomson (1980) y Petras (1984).

Los condicionantes sociopolíticos de la creación del Seguro de Enfermedad en Alemania y del Servicio Nacional de Salud en Gran Bretaña, han sido señalados de forma contundente tanto por el propio Sigerist (1984) como por Allsop (1984) y Grimes (1986), y entre nosotros, por Vicente Navarro (1976). De este análisis, me interesa extraer un hecho a menudo no suficientemente destacado. Me refiero al papel determinante, que en el contexto general, políticamente fa-

vorable a la implantación de un esquema de sistema sanitario público, posee el que exista de un grupo de profesionales sanitarios con experiencias anteriores concretas de actuación salubrista y de obtención de conceptos y elaboración de teorías de intervención públicas, lógicas y coherentes (Marsset, 1991). Se podría obtener esta conclusión de una pura reflexión epistemológica sobre las ciencias sociales, puesto que la teoría sigue a la interpretación de la práctica social, pero lo confirma, como era de esperar la propia realidad. De la comparación entre las circunstancias presentes en la Inglaterra de la postguerra, tras la II Guerra Mundial, con las de la Francia en las mismas fechas, en ambos casos con ascenso de la mentalidad de izquierdas, de progreso, en la cultura social, en la organización sindical y en los partidos presentes en el arco parlamentario, se podría esperar la aprobación de similares esquemas de Servicio Nacional de Salud, pero ello sólo ocurrió en el Reino Unido. La clave radica, a mi entender (Marsset, 1991), en la ausencia, en el caso francés, de una alternativa de organización sanitaria expresada profesionalmente, a causa de la inexistencia en este país de una experiencia salubrista cotidiana como la que deparó la llevada a cabo en Inglaterra desde el "sanitary movement" hasta los inspectores sanitarios y los G.P.s, que ya se expresó en la minoría del informe, cuando a comienzos del siglo, Lloyd George implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Tanto desde argumentos profesionales dados por el matrimonio Webb, como desde razonamientos éticos suministrados por los fabianos, se esgrimió frente a la propuesta de Lloyd George la conveniencia de un esquema globalizador que pusiera énfasis en la prevención de la enfermedad, en la promoción de la salud y en la cobertura universal y gratuita (Brand, 1965). En el período de entreguerras aumentó en Gran Bretaña la experiencia y la teorización, por parte de los profesionales sanitarios progresistas ligados al Partido Laborista, y a la izquierda en general, sobre los derrotados que debería adoptar un sistema sanitario omnicompreensivo. El informe Beveridge plasmó esta evolución en unas

coordinadas keynesianas. El último aspecto a reseñar es cómo, tras su aprobación, la concreción del funcionamiento del NHS le confirió clara hegemonía a la mentalidad y práctica curativa especializada frente a las dimensiones salubristas y de atención primaria (Navarro, 1985). Todo ello como resultado de la negociación ulterior que tuvo que llevar a cabo el ministro de Sanidad del gobierno laborista, Aneurin Bevan, con la clase médica.

## II. SALUD Y CRISIS DEL ESTADO DE BIENESTAR

La posterior creación de los Servicios Nacionales de Salud en Europa ha ido de la mano de la consecución de las condiciones económicas, sociales y políticas favorables. Una de las consecuencias de la evolución del Estado de Bienestar ha sido el fortalecimiento, entre otros aspectos, del personal destinado al sector servicios, y en concreto el dependiente de los servicios públicos, dando lugar a la aparición de unos mecanismos de funcionamiento, y una conciencia social diferente de la generada por la clásica división producida en los esquemas habituales del capitalismo entre el proletariado y la clase dominante. Ello ha hecho aparecer una lógica de funcionamiento y producción de "mercancías" destinadas, no a la generación de plusvalía, apreciables por su valor de cambio, sino a la satisfacción de necesidades, valoradas por la utilidad de su uso, y por ello objetivables, analizables ya no en su vertiente estrictamente cuantitativa (monetarista), típica del sistema capitalista, sino por el grado de adecuación y cumplimiento de los objetivos por los que se imparten o prestan. Aunque es cierto que genéricamente se sitúan estas actividades en el ámbito de la producción capitalista, para facilitar la mejor consecución de beneficios a la globalidad del sistema, su lógica interna no obedece a las leyes de intercambio y valoración imperantes. Algo parecido se puede afirmar sobre otro componente del nuevo sector de servicios creado con el Estado de Bienestar, me refiero a la conducta y actitud

de los trabajadores de estos niveles que, superando la clásica función de legitimadores del orden dominante, según los esquemas clásicos del marxismo, van asumiendo papeles protagonistas en la recomposición de la lucha de clases, frente a la profunda modificación de la clase trabajadora tradicional. Por su trabajo concreto, contrastado continuamente con la satisfacción de necesidades de la población, y por sus condiciones de organización, van asumiendo una función integradora de los distintos componentes que en la población aparecen de una u otra forma disgregados por el sistema, enfermos, jubilados, parados, jóvenes, estudiantes, movimientos vecinales, consumidores, etc., y ligándolos a las organizaciones tradicionales sindicales, o políticas coherentes.

En el campo concreto de los servicios sanitarios, a lo largo de estos años de desarrollo del Estado de Bienestar, se ha producido un gran crecimiento de la dimensión curativa, asistencial, frente a la preventiva y promotora de la salud. Ello se ha reflejado en el crecimiento de las redes hospitalarias, en la ideología científica biológico-individualista predominante, en la formación de médicos y su especialización, en los presupuestos destinados a las actividades curativas, ya hospitalarias o medicamentosas, etc. En este caso el crecimiento del personal sanitario no ha dado lugar al desarrollo de actividades de índole progresista, principalmente porque el paradigma curativo lo impedía. Sólo una orientación de la estructura sanitaria en la que el papel preponderante lo desempeñe el paradigma salubrista está en condiciones de imprimir una dinámica racional, de progreso al conjunto del sistema sanitario y al de los sectores implicados, como los servicios sociales, urbanismo, educación, etc., (Esping-Andersen, G. y col., 1985).

Cuando a partir de 1973 se desencadena la "crisis" fiscal de Estado en los principales países del mundo capitalista, una de las repercusiones más llamativas tiene lugar en los sistemas sanitarios (OCDE, 1981) Gonzalo, B.G., 1983. Svensson, P.G., 1981, Navarro,

V. 1988, 1991). Una de las primeras señales de alarma fue la publicación del informe del Dr. Black (1978, 1981) sobre el paradójico resultado del funcionamiento del NHS, que en lugar de disminuir las diferencias entre los distintos estratos sociales estas habían aumentado. Es verdad que este informe fue reanalizado por varios autores, entre ellos Le Grand (1987), Wafstaff (1990), y O'Donnell (1991), apuntando a las insuficiencias metodológicas del mismo. En octubre de 1991, el director regional de la OMS en Europa, en el Congreso de la Sociedad española de Salud Pública, Asvall (1991), ya apuntó algunos de estos problemas causados por la nueva situación socioeconómica, poniendo énfasis en el mantenimiento de los objetivos salubristas como irrenunciables. Son múltiples los trabajos analizando las consecuencias que el recorte presupuestario, llamado eufemísticamente "medidas de contención", introduce en el funcionamiento de los servicios sanitarios. Desde los continuos llamamientos a la razón y solidaridad por parte de Milton Terris en su revista *The Journal of Public Health Policy*, o los editoriales de la *Revista de la Asociación norteamericana de Salud Pública*, a trabajos como los de Evans y col (1991), o el número especial de *Health Affairs* de 1991 dedicado a la reforma de los servicios sanitarios. Precisamente en este número, además de otros artículos de todos conocidos, alguno de ellos sobre España, hay uno debido a Patricia Day y Rudolf Klein (1991) en el que analizan, es verdad que con los resultados preliminares, los primeros efectos de la decisión de hacer recaer en los médicos, y en general en las unidades de uso y gasto sanitario el control sobre la impartición de los servicios sanitarios con presupuestos limitados y bloqueados. Las conclusiones, similares a las que apunta sobre el mismo problema Navarro (1991a), no pueden ser más alarmantes, al eliminar el objetivo salubrista de la conducta de los profesionales y poner en su lugar el objetivo economicista. Lo que era un componente de racionalización y prioridad en salud, que escapaba a los condicionantes de la lógica global del sistema capi-

talista se desvanece frente a los controles dictados por otras consideraciones. Precisamente sobre estas cuestiones de los criterios para la evaluación y control "de calidad" (!!) en la prestación de los servicios sanitarios, sean o no públicos, tratan ya algunos trabajos intentando un enfoque global y, sobre su sentido y objetivos, desmenuzando en porciones aisladas y descontextualizadas (Fox, 1991). Es decir, interpretar esta calidad y funcionamiento del sistema sanitario ubicándolo dentro del sistema social.

### III. SALUD Y POLITICA EN ESPAÑA

Hemos visto en las intervenciones anteriores de este II Encuentro Marcelino Pascua la evolución de las principales características de la salud pública en España, y se ha comprobado cómo, aunque escasa, también fue importante la experiencia adquirida por los sanitarios en su práctica cotidiana interpretando la realidad y proponiendo medidas adecuadas para los grandes problemas presentes en nuestro país. Sin embargo la época más fructífera fue la que deparó la Segunda República al crear las condiciones materiales para que desde el punto de vista del ejercicio de la profesión se consolidasen estas experiencias y se plasmasen en teorizaciones concordes con nuestra realidad (Maset, 1987). De la trayectoria posterior a la guerra civil, la conclusión más importante para nuestro propósito es la constatación de la eliminación de esas condiciones tan costosamente construidas en el período anterior, y la situación de enorme inferioridad que en todos los órdenes tuvo la salud pública. Del discurso teórico de la salud pública franquista se habían eliminado precisamente los contenidos más avanzados sociales y gnoseológicos representados por la obra de Marcelino Pascua y su escuela, retrocediendo a las premisas de comienzos de siglo. Tanto por su ubicación ministerial, el Ministerio de Gobernación o del Interior, como por la penuria de las dotaciones presupuestarias e ineficacia de sus atribuidas competencias, e insuficien-

cia de recursos humanos, la estructura de la sanidad pública española está claramente en inferioridad de condiciones frente a la estructura asistencial cuando se va erigiendo el esquema del Seguro Obligatorio de Enfermedad en los años cincuenta, volcada en la vertiente curativa, fundamentalmente hospitalaria en los años sesenta y setenta. En este proceso de configuración de todo un sistema sanitario llama poderosamente la atención el escaso, casi nulo papel desempeñado por profesionales de la salud pública. Es el momento en el que, por lo expuesto, el protagonismo político, social e ideológico en el campo de la sanidad lo va a llevar el conjunto de médicos hospitalarios, tanto los ya contratados como los en formación. Este fenómeno se agudiza al final del franquismo con las movilizaciones que se realizan en este sector en favor de la democracia y de una estructura sanitaria justa. Del análisis de las contribuciones teóricas más "progresistas" el mundo de la sanidad, como pudo ser el Congreso de la Juventud Médica de 1972 en Valencia, destaca el predominio de las formulaciones (y reivindicaciones) asistenciales. Fueron escasa las intervenciones clamando por una propuesta realizada desde la salud pública.

Cuando se conquista en España la transición democrática (1976-80), al aplicar el esquema utilizado en otros países, nos encontramos con que no poseemos ninguna experiencia sustancialmente profunda que haya podido ser punto de referencia para proponer un esquema teórico ni organizativo alternativo global. A lo máximo que se llega es a proponer casi un hospital cada 10.000 habitantes (pues la única referencia vivida por los médicos que han estado fuera, o difundida como criterio cuantitativo de modernidad y "civilización" es la media atribuida en aquel entonces a la "OMS" (!) de 10 camas hospitalarias cada 1.000 habitantes) (Alvarez, 1975, Maestro, A., 1990).

Es de señalar que en este contexto de dificultad práctica para la maduración teórica en salud pública supuso un hito la creación en 1977-78 del cuerpo de epidemiólogos puesto que permitió al menos la recopilación

y análisis crítico de la globalidad de los indicadores más significativos de la morbilidad y mortalidad españolas, y con ello ir sentando las bases para construir una interpretación global de la situación sanitaria española.

Cuando, con un gobierno socialista se aprueba en 1986 la Ley General de Sanidad por la que se crea el Sistema Nacional de Salud se dan dos circunstancias de gran trascendencia (Marset, 1991a). La primera es la de realizarse en un contexto socioeconómico de estancamiento y recesión, no concurrendo las típicas condiciones presentes en la constitución de los Estados de Bienestar, de crecimiento económico sostenido. Ello supondrá, en ausencia de voluntad política, una financiación a la baja de la reforma sanitaria con todas las frustraciones que ello implica. La segunda circunstancia es también de hondo calado, pues se lleva a cabo la reforma sanitaria en ausencia de experiencia y teoría sobre modelos alternativos de sistemas sanitarios. Ese vacío lo va a ocupar rápidamente una instancia de enorme potencia económica y de orientación asistencial, la red del tradicional Seguro de Enfermedad, el INSALUD. Un ámbito privilegiado para observar ello va a ser el que depara la construcción y puesta en funcionamiento del nivel de atención primaria, los Centros de Salud. Se repite a un nivel, es verdad cuantitativamente superior, la medicina curativa de los anteriores consultorios (Ramos, 1992) del Seguro de Enfermedad. La dimensión salubrista, sanitaria, brilla por su ausencia en la reforma sanitaria. En un contexto de crisis socioeconómica la dimensión asistencial ocupa el liderazgo teórico del panorama sanitario, desde las connotaciones economicistas impuestas por la interpretación neoliberal preponderante. Confirma esta afirmación el Informe Abril Martorell, realizado por el Congreso de los Diputados de mayoría socialista, sobre la situación sanitaria, confeccionado desde presupuestos exclusivamente económicos acordes con las tendencias hegemónicas en el mundo occidental basadas entre otras cosas en los recortes presupuestarios de los gastos sociales. A este informe, que yo sepa, no se le

ha hecho ninguna réplica desde el mundo de los salubristas, ni como Sociedad de Epidemiología, ni como Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Sólo ha obtenido respuesta desde ámbitos sindicales, profesionales progresistas, y políticos de izquierda (Navarro, 1991 a).

¿Por qué en este momento está situada la salud pública española en una encrucijada? La lógica científica que depara el ejercicio de la salud pública lleva a cuestionar en última instancia la estructura socioeconómica global desencadenante de los distintos perfiles epidemiológicos. Esta práctica y teorización salubrista requiere que la estructura sanitaria desde las que se ejercen pueda estar de alguna forma resguardada de las excesivas influencias instrumentalizadoras de las instancias de poder, sea este económico o político. La ausencia de un espacio mínimamente eficaz de ejercicio de esta práctica sitúa las condiciones de la crisis de la salud pública española. Es de todas conocida la insuficiencia de la estructura epidemiológica estatal y la imposibilidad de dar respuesta adecuada a las causas más importantes de morbilidad y mortalidad socialmente preocupantes (siniestralidad laboral, siniestralidad de tráfico, drogodependencias, enfermedades degenerativas, etc.).

De forma imprevista el desarrollo del estado de las Autonomías, la construcción de los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas está creando las condiciones para tener una estructura donde poder recoger e interpretar científicamente el estado de salud de la población. Sin embargo este proceso autonómico posee elementos contradictorios. Por una parte la dependencia de una parte importante de los profesionales de estas estructuras puede explicar la escasa disponibilidad para mostrar los efectos adversos de la situación social en el ámbito de la salud. Así cuando se demuestra en una comarca industrial la relación entre el aumento persistente de la contaminación ambiental y la tasa de cáncer (Marion, 1991), el estudio hecho tras las protestas sociales

concluye en que no se puede garantizar "científicamente" la relación causal entre ambos fenómenos (Termo, 1991). O cuando se intenta justificar que no está aumentando la tuberculosis y la pobreza en la población española (Martínez Navarro, 1990).

Otro aspecto contradictorio es la privación a los municipios de las competencias previas que poseían en materia de salud y asistencia sanitarias. Frente a ello se va erigiendo un centralismo burocrático en el nivel autonómico, repitiendo el modelo centralista estatal preexistente. De esta forma no se ofrece una estructura político-administrativa que permita convertir al Área Sanitaria en el ámbito idóneo para el análisis epidemiológico y para la elaboración de las propuestas sobre las circunstancias de salud presentes en la población. Tampoco se articula la posibilidad para que en el ámbito privilegiado en la ejecución y prevención de enfermedad, el primario, el de los Centros de Salud, estas se puedan llevar a cabo con la colaboración decisoria de la comunidad, con su plena participación.

Precisamente en un estudio dirigido por mí comparando el uso y actitudes de profesionales de la salud y líderes comunitarios de dos áreas de salud, una de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha, y la otra en la del País Valenciano, demostramos como el actual sistema de EDO no es contemplado por los profesionales como adecuado a las circunstancias sanitarias más preocupantes y graves para la salud de la población, mientras que los dirigentes de la colectividad ni siquiera saben para qué sirve, aunque valoran altamente el que hubiese un mecanismo público participativo que fuese capaz de disminuir las dolencias más importantes, las enfermedades degenerativas invalidantes, los accidentes de tráfico y laborales, las drogadicciones, etc. (Ruiz, 1994). En otro estudio también dirigido por mí sobre la actividad de la colectividad en colaboración con los miembros de los Equipos de Atención Primaria (EAP), a diferencia de la sistemática usada por Rigkin en Suecia (V Riflain, 1986) en la que los EAP determinan con el Diagnóstico de Sa-

lud cuáles son las prioridades y se solicita y promueve la participación de la población en la erradicación de los principales riesgos, nosotros hemos demostrado cómo la participación de la población es posible y necesaria incluso para la elaboración del Diagnóstico de Salud y establecimiento de los problemas más importantes para la salud, y por ello la determinación de las prioridades (Sánchez, 1992).

Precisamente estas experiencias prueban que frente a las tentaciones presentes en darle una orientación legitimadora del orden existente, a través del aparato del Estado, o incluso de convencer sobre la inevitabilidad de los recortes en los gastos sanitarios e imposibilidad de modificar las principales causas sociales de enfermedad, los trabajadores de la estructura sanitaria, los salubristas pueden desempeñar un papel de gran trascendencia en la consecución de una mejor salud.

## BIBLIOGRAFIA

- O'Connor J. The fiscal crisis of the state. Nueva York, St. Martin's Press, 1973
- Hollingsworth JR, Hage J, Hanneman RA. State intervention in medical care. Consequences for Britain, France, Sweden and the United States, 1890-1970. Ithaca: Cornell Univ. Press, 1990
- Roemer MI. Prudence in international comparison: insights for the United States from the Canadian Health Insurance experience. *Int J Health Service* 1991; 21: 681-684.
- Terris M. Budget Cutting and Privatization: the threat to health. *J Public Health Policy* 1992; 13: 27-41.
- Chadwick E. The sanitary condition of the labouring population of Gt. Britain. Edimburgo, University Press, 1965
- Eyler JM. Victorian social medicine. The ideas and methods of William Farr. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979
- Pérez Díaz V. Estado, burocracia y sociedad civil. Discusión crítica, desarrollos y alternativas a la teoría de Karl Marx. Madrid: Alfaguara, 1979
- Spreer R. Health and social class in imperial Germany. Oxford: Berg, 1988
- Kellogg P. Engels and the Roots of "revisionism": a re-evaluation. *Science and Society* 1991; 55 158-174.
- Therborn G. ¿Cómo domina la clase dominante? Aparatos de Estado y poder estatal en el feudalismo, el socialismo y el capitalismo. Madrid: Siglo XXI, 1979
- Buci-Glucksmann Ch.; Badaloni, N. Gramsci: el Estado y la revolución. Barcelona: Anagrama, 1976
- Díaz-Salazar R.. El proyecto de Gramsci. Madrid: Anthropos, 1991
- Offe C.; Clarke, S; Esping-Andersen, G; Friedland, R; Wright, EO; O'Connor, J; Gold, DA.; Lo, C. Capitalismo y Estado. Madrid: Ed. Revolución, 1985
- Poulantzas N. Poder político y clases sociales en el estado capitalista. Madrid: Siglo XXI, 1972
- Thompson EP. The poverty of theory. Londres: Merlin Press, 1980
- Petras J. Capitalismo, socialismo y crisis mundial. Madrid: Ed. Revolución. 1984
- Sigerist HE. De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social en Lesky, E. Medicina Social. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1984
- Allsop J. Health policy and the National Health Service. Nueva York: Longman, 1984
- Grimes SS. The British National health Service: State intervention and the medical marketplace, 1911-1948. Michigan: U.M.I, 1990
- Marsset P. Políticas neoliberales en salud, en La Ofensiva Neoliberal y la Sanidad Pública. Madrid: FIM, 1991
- Brand JL. Doctors and the State. The british medical profession and Government Action in Public Health, 1870-1912. Baltimore: The Johns Hopkins Press: 1965
- Navarro V. Salud y lucha de clases. México: Horizonte, 1985
- OCDE. El Estado protector en crisis. Madrid: Ministerio de Trabajo, 1981

- Gonzalo González B, Ferrera Alonso F, Tejerina Alonso, JI. Evolución y tendencias de la Seguridad Social durante la crisis. Madrid: Ministerio de Trabajo, 1985
- Svensson PG. National Health Care Systems in Non-Growth Economies. *Scandinavian J Social Med* 1981; Suppl. 28.
- Navarro V. El Estado de Bienestar y sus efectos distributivos: parte del problema o parte de la solución. *Gac Sanit* 1988; 8: 53-79.
- Navarro V. Producción y Estado de Bienestar. El contexto político de las reformas. *Sistema* 1991; 102: 31-67.
- Black D y Thomas GP. *Providing Health Services*. Londres: Croom Helm, 1978
- Black D. Report of a research working group on inequalities in Health. Londres: DHSS, 1981
- Le Grand J. Inequalities in health: some international comparisons. *European Economic Review* 1987; 31: 182-191.
- Wagstaff A, Doorslaer EV, Paci, P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Rev of Economics* 1990; 5: 89-112.
- O'Donnell O, Propper C. Equity and the distribution of UK National Health Services resources. *Journal of Health Economics* 1991; 10: 1-19.
- Asvall JE. Moving Europe towards a better future in health teh WHO viewpoint. Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Valencia, diciembre de 1991 SESPAS 1991 (Mimeografiado).
- Evans RG, Barer ML, Hertzman, C. The 20 year experiment: accounting for, explaining, and evaluating health care containment in Canada and the United States. *Annu Rev Publ Health* 1991; 12: 481-518.
- Day P, Klein R. Britain's Health Care experiment. *Health Affairs* 1991; 10: 39-59.
- Navarro V. The relevance of the U.S. experience to the reforms in the British Nacional health Service: the case of the General Practitioner fund holding. *International Journal of Health Services* 1991; 21: 381-387.
- Fox NJ. Postmodernism, rationality and the evaluation of health care. The sociological review 1991; 38: 709-744.
- Maset P. Legislación sanitaria en Rafael Huertas *Perspectivas Psiquiátricas (Homenaje a Lafora)*. Madrid: CSIC, 1987: 63-74.
- Alvarez T y col. *Cambio social y crisis sanitaria*. Madrid: Ayuso, 1975
- Maestro A. *Situación actual y perspectivas del sistema sanitario público en España*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 1990
- Maset P. La política sanitaria y los profesionales, en *La Sanidad Española a debate*. Madrid: FADSP, 1991.
- Ramos E, Sánchez, A, Maset P. Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la atención primaria de salud (I). Problemas históricos y conceptuales. y (II) Alternativas críticas y emancipatorias. *Atenc Prim* 1992; 9: 334-336 y 398-400.

**PONENCIAS****EL PAPEL DE LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD EN EL DESARROLLO DE LA SALUD PUBLICA EN ESPAÑA, 1924-1934\*****Josep Bernabeu Mestre**

Departamento de Salud Pública. Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante

\* Investigación financiada en parte, por el proyecto "La transición sanitaria española en el período 1879/1919", DGCICYT, PM89/023

**I. INTRODUCCION**

La recuperación de la memoria histórica de una institución como la Escuela Nacional de Sanidad, puede permitirnos, por un lado, cubrir un importante vacío historiográfico, pero, por otro, puede representar la incorporación de una información relevante al debate que en estos momentos tienen planteado las Escuelas de Salud Pública sobre su renovado papel en la formación de los profesionales de la Salud Pública (Kohler, L.; 1991:2/9).

La creación de la Escuela Nacional de Sanidad, tuvo lugar en un momento histórico caracterizado por las importantes transformaciones que le tocó vivir a nuestro país en los años finales de la década de los veinte y principios de los treinta. El nacimiento y posterior desarrollo de un proyecto como el que nos ocupa, sólo puede ser entendido en el marco de aquellos importantes cambios y del intenso proceso de renovación, que afectó, de forma especial, al ámbito científico y sanitario.

En esta primera aproximación, de carácter básicamente descriptivo, vamos a intentar analizar cual fue la filosofía y los presupuestos que guiaban la iniciativa de crear la primera Escuela de Salud Pública de España, y cuáles fueron los logros alcanzados en el breve, pero intenso, período que abarca desde 1924, momento en que se crea la Escuela, y 1934, momento en el que la Escuela Nacional de Sanidad se integra en el organigrama del Instituto Nacional de Sanidad.

A efectos de exposición de los resultados, hemos dividido el trabajo en tres grandes apartados. La denominada "etapa provisional", período comprendido entre 1924 y 1929. La "etapa de consolidación", período que abarcaría el bienio 1930/1932, y donde el papel de Gustavo Pittaluga, como Director y principal impulsor del proyecto, resultaría fundamental. Y un tercer período, el que vendría delimitado por la promulgación del decreto que modificaba el Reglamento de 1930 y la ya citada incorporación al Instituto Nacional de Sanidad.

**2. ETAPA PROVISIONAL (1924/29)**

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX, son diversas las voces que reclaman en España, de forma urgente, cauces adecuados para poder garantizar, de acuerdo con los supuestos de la moderna Salud Pública, una formación regular y epec fica para quienes, sobre todo como funcionarios técnicos de la Administración sanitaria, tenían la responsabilidad de todas aquellas cuestiones y materias relacionadas con la Higiene y la Sanidad Pública<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> "Desde hacía tiempo se hacía sentir la necesidad de ofrecer a los médicos jóvenes que pretendían especializarse como funcionarios de la Sanidad Pública, una enseñanza preparatoria uniforme, cuyas grandes líneas debían estar marcadas por las necesidades del Estado y la situación actual de nuestros conocimientos científicos" (Pittaluga, G.; 1930: 13). Reivindicación que también era

Dicha demanda de especialización se veía, además, acentuada por la deficiente formación de los médicos en materia de acción preventivo-social, y en general, por la poca atención que en su formación universitaria se prestaba a los aspectos relacionados con la higiene y la salud pública<sup>2</sup>.

Con anterioridad a 1925 el personal sanitario (los funcionarios técnicos dependientes de la Administración sanitaria) habían sido escogidos por concursos u oposiciones libres entre médicos previamente preparados, mediante la asistencia a cursos privados o públicos<sup>3</sup>. Dentro de aquel contexto la asistencia a los "cursos de ampliación" del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, marcaban en cierto modo la pauta, y el hecho de haberlos realizados ofrecía ciertas garantías

---

patente entre los propios funcionarios, como lo prueba el hecho de que entre las conclusiones de la "Asamblea nacional de Inspectores provinciales" que se celebró en Madrid en 1916, figurara "la formación específica como Oficiales sanitarios en el Instituto Nacional de Higiene" (Rodríguez Ocaña; 1992). Por otra parte, repetidamente, los máximos responsables de la Sanidad nacional, no dejaban de manifestarse en este mismo sentido (Rico Avello, C.; 1969: 303). Sirvan de testimonio las palabras del Director general de Sanidad, Dr. Murillo, pronunciadas con motivo de la solemne inauguración de la Escuela Nacional de Sanidad en 1925: "Era aspiración de la Sanidad la creación de un Centro docente que especializara y educara a su personal, a ninguno de mis antecesores le había pasado inadvertida la necesidad..." (Escuela Nacional de Sanidad...; 1926: 109/110).

<sup>2</sup> Así, Martín Salazar en los años veinte, al ocuparse de la dotación de las cátedras que en su opinión resultaban fundamentales en la formación sanitaria del futuro médico, declaraba: "los médicos cumplen deficientemente sus deberes sociales en relación con la Sanidad y la Medicina preventiva, y la razón obedece a que las enseñanzas de la higiene y prácticas sanitarias son en nuestras universidades muy pobres. La cátedra de Higiene es la cenicienta y no cuenta con medios para enseñar y aplicar prácticamente los conocimientos higiénicos al ejercicio profesional [...] la mitad de los estudios de medicina del país carecen de profesorado idóneo para explicar la disciplina higiénica" (Rico Avello, C.; 1969: 352/3).

<sup>3</sup> Esta forma de acceso a la condición de "sanitario" era similar a la de otros países europeos, e incluso idéntica a la que, todavía en 1930, mantenían países como Checoslovaquia o Hungría (Pittaluga, G.; 1930: 13/16).

frente a opositores que no los habían seguido (Pittaluga, G.; 1930: 14)<sup>4</sup>.

Toda esta situación cambiaría a partir de la promulgación del RD de 9 de diciembre de 1924 con el que se creaba la Escuela Nacional de Sanidad, y se daba respuesta a una reivindicación que, como hemos tenido ocasión de comentar, era ampliamente compartida por diferentes sectores relacionados con la Sanidad.

La promulgación del RD fundacional tuvo lugar durante del gobierno del Directorio militar que había tomado el poder en 1923, siendo ministro de la Gobernación el general Martínez Anido y Director general de Sanidad el Dr. Francisco Murillo Palacios. Este último, venía desempeñando el cargo desde diciembre de 1923 en sustitución del Dr. Martín Salazar (Rico Avello, C.; 1969: 303/313).

El mandato de Murillo (1925/29) supone el inicio de un período de consolidación de la sanidad contemporánea española, que se prolongaría hasta los primeros años de la postguerra, y alcanzaría durante la Segunda República las transformaciones más importantes (Rodríguez Ocaña, E.; 1992).

Además, la creación de la Escuela Nacional de Sanidad, supondría, en palabras del propio Murillo (Escuela; 1926: 1909/10), la culminación de una obra que ya habían iniciado su antecesores en el cargo, Dres. Cor-tezo y Martín Salazar:

---

<sup>4</sup> Como señala el propio Pittaluga (1930: 12/14): "Los Institutos de Higiene dependientes de la Administración Sanitaria Central, tal como habían sido concebidos y creados a finales del siglo XIX, o al comienzo del XX, en Europa, estaban orientados, sobre todo, en el sentido de las investigaciones bacteriológicas y sus aplicaciones (seroterapia, vacunaciones, desinfección, análisis biológico, etc). Sus excesivas obligaciones cotidianas y un personal, excesivamente sobrecargado de trabajo, no pueden dedicar a la enseñanza más que un tiempo muy limitado. De hecho aquellos Institutos europeos que han conservado la tarea pedagógica de la preparación del personal sanitario (Hungría y Checoslovaquia), han creado en su seno una Sección especial para la enseñanza".

“...Cortezco con la fundación del Instituto de Higiene de Alfonso XIII, y Salazar, con su iniciativa del Hospital del Rey labraron los cimientos de la obra que yo he tenido la fortuna de completar”.

La filosofía y los presupuestos en los que basaban las autoridades sanitarias del momento su proyecto de Escuela, estaban determinados por la necesidad de procurar fórmulas válidas de especialización en materia sanitaria, y pasaba por el aprovechamiento de los recursos existentes. En concreto, por la utilización de dos elementos que se consideraban fundamentales, y en cierto modo “la médula de la especialización”: una institución provista de laboratorios apropiados para enseñar la microbiología, serología, desinfección, y las materias de física y química aplicadas a la Higiene, como el Instituto de Higiene de Alfonso XIII; y un hospital donde estudiar a fondo el total proceso de las infecciones y la aplicación de las medidas y procedimientos de índole médico-social, como el Hospital del Rey para infecciosos (Escuela; 1926: 112/3)<sup>5</sup>.

Con ello, aprovechando los medios materiales y humanos de ambas instituciones,

<sup>5</sup> Circunstancia que queda reflejada en el artículo 1 del RD fundacional de 9 de diciembre de 1924, cuando se recoge: “A base del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y del Hospital del Rey, se crea la Escuela Nacional de Sanidad...”. Dicha orientación queda reforzada con el claro pronunciamiento de las autoridades responsables del proyecto, y más concretamente del Director general de Sanidad, el Dr. Murillo, acerca de la polémica suscitada por la tendencia “nacida en Norteamérica e inaugurada en alguna de sus escuelas”, de crear una profesión de sanitarios separados de la carrera médica y exenta del título que la revalida. Para nuestras autoridades la postura no deja lugar a dudas:

“Sin anatomía y sin clínica no es posible concebir la enfermedad, y sin el conocimiento de la enfermedad, no es posible comprender ni aplicar la profilaxis. Lo contrario conduce al empirismo, un empirismo ciego y torpe [...] el pensamiento rector y trascendente ha de nacer de las ciencias médicas, y han de ser los médicos sus maestros y ejecutores, sin que esto quite a la necesidad ineludible de hermanar y sumar a la nuestra la cooperación de químicos, ingenieros, arquitectos y veterinarios” (Escuela; 1925: 15/16)

se garantizaba la docencia y el aprendizaje de lo que podríamos llamar los contenidos clásicos del currículum de un sanitario<sup>6</sup>. Pero dicho currículum tenía que verse, además, completado por una serie de disciplinas que junto a las anteriores integraban, para los responsables del proyecto, la llamada “higiene moderna” (Tabla 1). Se trataba de disciplinas que revestían una extraordinaria importancia, pero que, sin embargo, mostraban un atraso evidente en el caso de España:

“Toda la higiene social que entre nosotros esta en mantillas, amorfa y desorientada. Toda la higiene industrial, cuya urgencia empieza a sentirse en España, por los avances, extensión y multiplicación de las industrias [...] carece de personal educado en la especialidad [...] no existe la indispensable reglamentación sanitaria de las industrias, fundada en la patología del trabajo. Lo mismo, con ligeras atenuaciones, podría decirse de la Higiene escolar, que hoy forma, en todas partes, capítulo importantísimo de la Sanidad y que nosotros tenemos en completo abandono” (Escuela; 1926: 117/8)

Esta deficiencia preocupaba en tal grado, que el propio Director general de Sanidad, en el discurso de inauguración de la Escuela, haría público el anuncio de intentar

<sup>6</sup> Para Murillo (Escuela; 1926: 114/5): “todo médico sanitario debe dominar la bacteriología, la epidemiología y la inmunología; debe conocer bien la química, sin la cual no podrá dar un paso en la higiene general, ni en la higiene de la industria y el trabajo; debe tener conocimientos especiales de ingeniería y arquitectura sanitaria; debe poseer los métodos modernos de Estadística a base del cálculo aritmético y geométrico; debe ser maestro en la teoría y práctica de la desinfección; debe abarcar el fundamento y los detalles de las disposiciones que regulan la vigilancia, aislamiento y tratamiento cuarentenario por mar y tierra; y no debe ignorar el largo capítulo de la legislación sanitaria nacional y de sus relaciones con el extranjero”.

**TABLA 1**  
**Disciplinas que conforman la "Higiene moderna" (Murillo, F.; 1925)**

<i>Primer grupo (Disciplinas clásicas)</i>	<i>Segundo grupo</i>
1. Bacteriología general y especial	9. Higiene Industrial
2. Epidemiología y clínica de las infecciones	10. Higiene escolar
3. Parasitología	11. Higiene social:
4. Higiene general	Mental
5. Desinfección	Puericultura
6. Estadística	Tuberculosis
7. Ingeniería y arquitectura sanitaria	Venéreo
8. Administración sanitaria	Alcoholismo
	Política de seguros
	Educación física

“dotar en un futuro próximo tres becas para que otros tantos sanitarios españoles puedan salir al extranjero para estudiar higiene del trabajo, higiene social e higiene escolar. De tal forma que, cuando los tres designados vuelvan y hayan adaptado sus estudios a la naturaleza y condiciones peculiares de nuestro país, puedan iniciarse los cursos correspondientes que completen los programas de la Escuela” (Escuela; 1926: 118/9).

Y junto a estas nuevas disciplinas, aunque limitado al estricto ámbito del deseo, y por tanto lejos de ser contemplada como una realidad más o menos inmediata, se hace mención al hecho de que en el futuro habría que incorporar a los programas de la Escuela, la profilaxis de las enfermedades comunes:

“Obsesionados con la guerra al microbio y la prevención de las enfermedades infecciosas, desatendemos y menospreciamos al campo inmenso de la profilaxis no específica. Es preciso que vayamos pensando en la

manera de implantar entre nosotros sistemas y organizaciones de prevención para tantas y tantas enfermedades de la boca, ojos y oídos; cardiopatías y nefropatías; neurosis, raquitismo, distrofias, toxicomanías y otra porción de afecciones que acusan enorme contingente de morbilidad y mortalidad” (Escuela; 1926: 120)

## 2.1. Naturaleza y fines de la Escuela

Entre los objetivos de la Escuela aparecían la instrucción y formación del Cuerpo de funcionarios médicos dependientes de la Dirección general de Sanidad; la preparación del personal auxiliar de aquellos (practicantes, enfermeras, desinfectadores, etc); la organización de cursos especiales de enseñanza higiénico-sanitaria para otras profesiones sanitarias o afines, etc <sup>7</sup>.

<sup>7</sup> El artículo 1 del RD de 9 de diciembre de 1924, recoge como *fines* de la Escuela: a) Instruir y formar el Cuerpo de Funcionarios Médicos que en lo sucesivo hayan de pertenecer a los organismos dependientes de la

Ante tal amplitud de objetivos, las propias autoridades sanitarias, conscientes de las limitaciones presupuestarias y de todo tipo que iban a encontrar, decidieron priorizar la formación de los funcionarios médicos, por entender que era allí donde residía la mayor urgencia<sup>8</sup>. Sin embargo, semejante esfuerzo en la restricción de objetivos, no se vio acompañado por una optimización de recursos, ya que estos apenas existieron<sup>9</sup>.

Pese a todas las dificultades<sup>10</sup>, una RO

Dirección general de Sanidad. *b)* Dar la Enseñanza y preparación convenientes a cada uno de los grupos auxiliares hoy reconocidos y a los que en lo sucesivo se constituyan, empezando por los Practicantes, las enfermeras sanitarias, los desinfectadores y el personal subalterno utilizable en la profilaxis antipalúdica y antipestosa. *c)* Establecer cursos especiales de Enseñanza higiénico-sanitaria para Arquitectos, Ingenieros, Médicos libres, Farmacéuticos y Veterinarios. *d)* Iniciar la fundación de un Museo de Higiene. *e)* Difundir los principios de la Higiene y divulgar sus prácticas, organizando sistemáticamente la propaganda con auxilio de las artes y recursos que la industria científica ofrece. *f)* Dar la instrucción conveniente a los Inspectores municipales de Sanidad para el desempeño de las funciones que se especificarán en el Reglamento.

<sup>8</sup> El propio Murillo (Escuela; 1926: 113), afirma textualmente: "El primer curso y primer ensayo de la Escuela se va a dedicar a la Enseñanza de médicos sanitarios oficiales".

<sup>9</sup> "Asistimos al nacimiento de una institución pobre, desheredada del presupuesto, sin techo ni hogar, que ha de vivir a la sombra de otras instituciones más afortunadas. Pero no importa; yo atisbo su porvenir [...] la visión de una escuela renombrada, prestigiosa, atendida y provista de cuantos elementos exija el cumplimiento de su misión [...] ¿Qué fue y qué es el Instituto de Alfonso XIII? [...] sus primeros años fueron de humildad, de escasez y de privaciones: no había nóminas ni apenas crédito para material, pero había fe y entusiasmo [...] pasó el tiempo [...] convencidos los Gobiernos de la utilidad e importancia de la obra, acudieron en su auxilio e hicieron de él un órgano importante y bien dotado de la Sanidad española. Igual sucederá con la Escuela" (Escuela; 1926: 112).

<sup>10</sup> Un ejemplo de las mismas lo tenemos en el tiempo que se tardó en poner en marcha la construcción de un edificio destinado a albergar junto a otros servicios, la sede de la Escuela. Un RD de 9 de julio de 1926 contemplaba la ejecución de un proyecto cuyo presupuesto de contrata ascendía a 494.146 pesetas y que estaba destinado a la construcción de un edificio en la Plaza de España de Madrid, esquina a la calle Martín de los Heros, con destino a Dispensario Antituberculoso y Escuela Nacional de Sanidad. Habría que esperar, sin embargo, a la promulgación de otra RO, la de 24 de enero de 1929, para que tuviera lugar la subasta y adjudicación definitiva del proyecto.

de 29 de septiembre de 1925 convocaba un concurso para la provisión de 10 plazas de alumnos oficiales de la Escuela Nacional de Sanidad. El Reglamento y los programas de la oposición habían sido hechos públicos a través de una Circular de la Dirección General de Sanidad de 25 de septiembre de 1925, y de 74 aspirantes quedaron aprobados un total de 12 alumnos, que configurarían la primera promoción de la Escuela<sup>11</sup>.

La docencia se impartía en dos semestres (Escuela; 1926:36), de acuerdo con la distribución que aparece en la siguiente tabla:

TABLA 2

<i>1 semestre</i>	
Enfermedades infecciosas y Epidemiología (Hospital del Rey)	
Bacteriología e inmunología (Inst. Alfonso XIII)	
<i>2 semestre</i>	
Parasitología (Alfonso XIII)	
Química y Física aplicadas (Alfonso XIII)	
Higiene urbana y rural	
Ingeniería y Arquitectura Sanitarias (Alfonso XIII)	
Desinfección y prácticas sanitarias (Parque Central)	
Administración y Legislación Sanitaria y Estadística (Ministerio de la Gobernación)	

El profesorado de la Escuela lo conformaban funcionarios de Sanidad nacional, y

<sup>11</sup> Los alumnos que resultaron aprobados, para realizar el primer curso fueron, por este orden: 1. D. Laureano Albadalejo; 2. D. Rodrigo Varo Uranga; 3. D. Pedro Hernández Andueza; 4. D. Santiago Ruesta Marco; 5. D. Julio Freijanes Malingre; 6. D. Priscilo L. Martín Pérez; 7. D. José Román Manzanete; 8. D. Pedro González Rodríguez; 9. D. Mariano Fernández Horques; 10. D. Luis Suárez de Puga; 11. D. Carlos de la Calleja; 12. D. Justiniano Pérez Pardo. El tribunal para el primer ejercicio estaba formado por D. Federico Mestre Peón, como presidente, como vocales D. Antonio Ortiz de Landazur y D. Pedro Zarco Boñorques, y como suplente D. Sadi de Buen.

desempenaban su función con carácter gratuito. Aunque no hemos localizado la relación de profesores y asignaturas que impartían, sí que podemos ofrecer, la relación de ponentes, que en cumplimiento de lo dispuesto en el RD de 9 de diciembre de 1924, formaban parte de la Comisión que debía redactar el Reglamento y Programas de la Escuela<sup>12</sup>:

Bacteriología e inmunología, Sres. Murillo, Mestre, Tello, Tapia y Falcó.

Enfermedades infecciosas y epidemiología, Sres. García Duran y Tapia.

Parasitología y hematología, Sres. Pittaluga y De Buen.

Química y física aplicadas a la higiene, Sres. O. Fernández y Serrano Lafuente.

Higiene urbana y rural, Sres. Palanca y Becares.

Desinfección y prácticas sanitarias, Sres. Cortezo y Acosta.

Estadística y demografía, Sr. Ortiz.

Ingeniería y arquitectura sanitaria, Sres. Gallego y Giner de los Ríos.

Legislación y administración sanitaria, Sres. Mestre y Becares (Escuela; 1926: 55).

Junto a la promoción del curso 1926/27, el 27 de junio de 1927 tenía lugar una segunda convocatoria para alumnos médicos que

---

<sup>12</sup> Dicha Comisión estaba formada por: Francisco Murillo Palacios, director general de Sanidad e inspector general de Instituciones sanitarias, como presidente; y como vocales, Román García Durán, Inspector general de Sanidad Exterior, Dalmacio García Izcarra, Inspector general de Higiene Pecuaria, Francisco Tello, Director del Instituto de Higiene de Alfonso XIII, Eduardo Gallego Ramos, Ingeniero y Consejero de Sanidad, Obdulio Fernández, Subdirector del Instituto de Higiene Alfonso XIII, Gustavo Pittaluga, Catedrático de Parasitología de la Universidad Central de Madrid, Manuel Tapia, Director del Hospital del Rey, José Palanca, Inspector provincial de Sanidad de Madrid, Francisco Becares, Inspector provincial de Sanidad de Valladolid, Leopoldo Acosta, Director de Sanidad del Puerto de Barcelona, Bernardo Giner de los Ríos, Arquitecto; y Victor Cortezo, Jefe del Parque Central de Sanidad, como secretario (RO de 9 de julio de 1925. Gaceta de 11 de julio).

quisieran obtener el título de Oficial sanitario. El número de plazas convocadas en esta ocasión fue de 12, y los alumnos que obtuvieron las plazas, para el curso 1927/28, formarían la segunda promoción, y última, en esta primera etapa de la Escuela<sup>13</sup>.

### 3. LA ETAPA DE CONSOLIDACION (1930/31)

Tras un período de organización provisional de la Escuela, como el que acabamos de analizar, caracterizado por la ausencia de una Dirección autónoma y la falta de recursos para poder cumplir con su misión, la promulgación del RD de 12 de abril de 1930, aprobando el Reglamento para el régimen de la Escuela Nacional de Sanidad y las importantes reformas que ello conllevaba, iban a permitir la consolidación definitiva de la misma<sup>14</sup>.

Con el Reglamento de 1930, la Escuela pasaba a ser considerada un organismo autónomo que formaba parte de las Instituciones sanitarias y que dependía administrativamente del Ministerio de la Gobernación (Dirección general de Sanidad). De hecho, la dirección técnica, la organización interior de la Escuela, el establecimiento de programas, la distribución de materias, los períodos de aplicación práctica, las relaciones con instituciones similares, universitarias o sanitarias, la selección de los alumnos, la administración del presupuesto, etc, estaban encomendadas por completo a la Escuela.

Precisamente, fue este elevado grado de autonomía y elasticidad, lo que permitió al

---

<sup>13</sup> También durante esta primera etapa, llegaron a impartirse cursos de especialización sanitaria para diferentes profesiones (Exposición que precede al RD de 12 de abril de 1930, donde se establecen las justificaciones para la elaboración de un nuevo Reglamento de la Escuela [Reglamento para régimen de la Escuela Nacional de Sanidad, Gaceta de 22 de abril de 1930]). Según Pittaluga (1930: 15), el 6 de agosto de 1926 fue organizado un curso (de un mes de duración) para ingenieros.

<sup>14</sup> El RD fue aprobado siendo Director general de Sanidad, el Dr. José Alberto Palanca, quien en 1929 había sustituido al Dr. Murillo.

equipo de dirección que se hizo cargo de la misma, con el Dr. Pittaluga al frente, diseñar un modelo de Escuela en el que sin renunciar “a las exigencias y las posibilidades de nuestro ambiente profesional y técnico”, fuera capaz de acercarnos a organismos similares que con gran éxito funcionaban en el extranjero (Pittaluga, G.; 1930: 5).

Los presupuestos y la filosofía que informaban el renovado proyecto de 1930, aparecen explicados en el folleto que con el título de “La constitución de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid (España)”, era publicado por el que fuera Director de la Escuela en la nueva etapa, en diciembre de 1930<sup>15</sup>.

Desde un primer momento, se defiende la autonomía de las escuelas de Higiene Pública o de Sanidad frente a los Institutos de Higiene, los cuales, para Pittaluga, debían conservar una orientación técnica de aplicación más o menos alejada de la función didáctica. Ya que un modelo plenamente autónomo, aunque no proporcionaba las ventajas económicas que podía suponer conservar las funciones pedagógicas de los Institutos de Higiene, facilitaba mucho más las relaciones de colabo-

ración entre las Escuelas y las cátedras de Higiene de las Facultades de Medicina y demás organismos capaces de contribuir a la enseñanza de la Higiene Pública<sup>16</sup>.

Sin dejar de reconocer el carácter de Escuela del Estado asociada a los Servicios de la Administración Pública de la Higiene y de la Sanidad, y por tanto diferenciada de las Escuelas americanas que formaban parte de la Universidad o de la Escuela de Higiene y de Medicina Tropical de Londres que no tenía ninguna relación oficial con los Servicios de Higiene pública, la idea de Pittaluga de asociar la Escuela con la Universidad aparecerá constantemente a lo largo del informe (1930: 18).

Otro aspecto interesante de la reforma de 1930, y sobre el que insiste bastante Pittaluga, lo constituye el reconocimiento de la personalidad jurídica de la Escuela, circunstancia que le permitía aceptar legados, donaciones, subvenciones, etc, y administrarlos<sup>17</sup>; y que la autorizaba, igualmente, para constituir un Patronato compuesto por personalidades cuya intervención en la marcha económica y científica de la Escuela pudiera realzar su importancia social y eficacia técnica<sup>18</sup>.

<sup>15</sup> La publicación recoge el informe presentado por Pittaluga al Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y fue discutido en una reunión de directores de Escuelas de Sanidad de Europa y América (París/Dresde, 14 a 20 de julio de 1930). Dicho folleto constituye, además, el primer número de la serie “Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad”. Serie en la que a lo largo de los primeros años treinta, recogería varias monografías, así como programas y lecciones que eran redactadas por el propio profesorado (Resumen: 1933: 66/70).

Aunque el autor, quiere dejar constancia de que se trata, básicamente, de un informe donde se expresan opiniones personales, más concretamente, “su propio entender de como había de ser en el porvenir la Escuela de Sanidad”, no deja de reconocer su deuda con los compañeros profesores de la Escuela (“mis puntos de vista se han visto enriquecidos y mejorados”), y, sobre todo, con la Comisión Internacional de la Enseñanza de la Higiene y de la Medicina preventiva, de la que el mismo formaba parte: “las diferentes concepciones que en ella se exponen comparadas con la aplicación práctica de los principios fundamentales de las Escuelas de Higiene y Sanidad, actualmente existentes, nos han prestado grandes servicios en el momento de establecer los programas de nuestra Escuela” (Pittaluga; 1930: 11/12).

<sup>16</sup> Para reforzar esta última idea de establecer una estrecha colaboración entre la Escuela de Sanidad y otras instituciones científicas, en la línea de ejercer “una acción eficaz sobre la cultura de los médicos y sobre el espíritu público”: recuerda la opinión unánime expresada en la reunión de directores de Escuelas de Sanidad de Europa y América (París/Dresde, julio de 1930) de que “la colaboración ha de ser considerada como indispensable para conservar de una parte el espíritu de la investigación científica en los alumnos de la Escuela, y de otra para asegurar en el porvenir una sólida cultura higiénica a los médicos en general, asociándolos al esfuerzo de los funcionarios de los servicios sanitarios, por medio de una reforma radical de la Enseñanza de la higiene pública en las Facultades de Medicina” (Pittaluga, G.; 1930: 13/14).

<sup>17</sup> En el artículo 30 del Reglamento, se puede leer: “Se reconoce a la Escuela [...] la facultad de recibir donativos, subvenciones, mandas, etc, destinadas a contribuir, desde el punto de vista económico, a los fines generales de su actuación”.

<sup>18</sup> En relación con la situación del Patronato, así se pronunciaba el autor del informe, en 1930: “Los miembros de este Patronato —actualmente todavía no designados— serán nombrados por decreto previa aceptación.

En cuanto a los fines y funciones que el Reglamento de 1930 le asignaba a la Escuela, mantiene los mismos que se contemplaban en el RD fundacional de 1924, y además los amplía considerablemente<sup>19</sup>.

Como títulos y diplomas que se podían expedir se reconocían los siguientes: Título de oficial sanitario, certificaciones de asistencia a los cursos especiales, y título de enfermeras visitadoras. En cuanto al cuadro mínimo de materias que se debía impartir, y que aparece reflejado en el Reglamento, este era el contenido y calendario (Pittaluga, G.; 1930: 21/25):

Por mediación de este Patronato nos proponemos establecer los lazos indispensables para asegurar a la Escuela todos los apoyos y las colaboraciones que hayan de serle útiles, por ejemplo, con la Universidad, la Facultad de Medicina, el Ministerio de Trabajo y el Instituto Nacional de Previsión que de él depende, etc" (Pittaluga, G.; 1930: 16/17).

<sup>19</sup> Estos aparecen recogidos en el artículo 1 del RD: A. Preparar médicos en materias de Sanidad, Higiene y Medicina social y preventiva, a fin de que obtengan el título de Oficial sanitario, requisito indispensable para ser admitido en los Cuerpos de funcionarios de Sanidad del Estado; B. Organizar cursos de perfeccionamiento para médicos, farmacéuticos y veterinarios, limitados a capítulos o materias concretas de las ciencias de aplicación sanitaria; C. Instruir y formar médicos especialistas en higiene escolar; D. Crear y utilizar un Museo de Higiene; E. Enseñanza y formación de un Cuerpo de Enfermeras sanitarias y enfermeras visitadoras; F. Las investigaciones científicas que el personal técnico de la Escuela quiera emprender (en materia de Higiene pública, Epidemiología, Microbiología aplicada a la Higiene, Estadística y Demografía y otras disciplinas similares), o que la Junta rectora considere útil emprender, "a fin de conservar el espíritu científico de la Escuela y de conservar en plena eficacia el personal dedicado a la enseñanza"; G. Publicación de Anales, Revistas o Memorias, que hagan conocer la actividad de la Escuela; y la alta dirección de una obra de extensión de la cultura higiénica en el pueblo.

Además, en el Reglamento se contemplaban otras funciones como la extensión de conocimientos sanitarios indispensables a ingenieros y arquitectos, la preparación eventual de personal subalterno auxiliar llamado a prestar sus servicios en instituciones de carácter sanitario o en Centros de estudios y de investigación, como preparadores, mozos técnicos, enfermeros, montadores, desinfectores, vigilantes e interventores de productos alimenticios, etc).

**TABLA 3**

<i>1 trimestre (15 de septiembre a 15 de diciembre)</i>	
A.	Bacteriología y Parasitología.
B.	Higiene de la Alimentación y de la Nutrición y Técnica Bromatológica.
C.	Estadística Sanitaria.
<i>2 trimestre (15 de enero a 15 de abril)</i>	
A.	Epidemiología general y Técnica epidemiológica.
B.	Enfermedades infecciosas, parasitarias y su clínica.
C.	Higiene privada y pública.
<i>3 trimestre (1 de mayo a 31 de julio)</i>	
A.	Inmunología, Serología y Virus filtrables.
B.	Ingeniería Sanitaria.
C.	Administración sanitaria pública, sanitaria internacional y legislación.

A lo que se tenía que añadir la actividad práctica en el campo o en agrupaciones urbanas<sup>20</sup>. Dicha actividad estaba previsto reali-

<sup>20</sup> La Enseñanza práctica y los trabajos de campo, constituyen otro de los aspectos sobre los que más énfasis pone el informe de Pittaluga (1930: 25/26).

El informe entra, incluso, en la polémica de si era conveniente o no enviar a los alumnos lejos del Centro de enseñanza, al lado de administradores higienistas de provincia o de jefes técnicos de industrias o de grandes trabajos hidráulicos, por ejemplo, y sobre los peligros que aquello podía entrañar "para la solidez de sus convicciones desde el punto de vista higiénico" (1930: 26). Pittaluga no sólo se muestra partidario de enviarlos, sino que además mantiene afirmaciones de esta naturaleza: "Me propongo someter a la aprobación de la Junta Rectora, en su día, un programa de cortos viajes de estudio, complementarios de los períodos de trabajos prácticos, con objeto de lograr que grupos de alumnos permanezcan algún tiempo en diferentes lugares y servicios, sean del Estado, sean de municipios, sean de empresas particulares, siempre que los problemas a resolver en ellos se encuentren previamente colocados en manos de hombres expertos y de una competencia indiscutible".

zarla en pequeños grupos y no se limitaba a instituciones radicadas en Madrid, por el contrario se consideraba necesario conseguir acuerdos con instituciones, fábricas, servicios de higiene pública, o personalidades radicados en provincias, y poder así enviar a los alumnos en pequeños grupos, para poder seguir de cerca la observación directa de la obra realizada desde el punto de vista higiénico o sanitario, aunque siempre bajo la dirección de profesores titulares o agregados de la Escuela.

### *Aspectos organizativos*

En lo tocante a la dirección y profesorado, el Reglamento de 1930 contemplaba la figura de un Director, nombrado por el Ministro de la Gobernación, previo concurso de méritos, entre doctores de Medicina que ofrecieran garantía de sólida preparación y competencia<sup>21</sup>.

En cualquier caso los alumnos debían llevar a cabo una permanencia especial en una zona rural en la que los problemas epidemiológicos y profilácticos debían ser abordados bajo la guía de profesores titulares o agregados de la Escuela. El mismo trabajo debía realizarse en medio urbano. Esto suponía por lo menos tres meses (dos de estancia rural y un mes de estancia urbana fuera de la actividad didáctica normal). De hecho, durante el curso 1930/31, la Junta rectora de la Escuela decidió que el curso debía durar un año completo, dedicando tres meses a trabajos de campo o de aplicación práctica, además de los tres trimestres de enseñanza teórica.

Dicho concurso debía ser juzgado por una Comisión formada por: el Director general de Sanidad, como presidente; un inspector general de Sanidad de la Dirección general; el director del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII; el Decano de la Facultad de Medicina de Madrid; y un médico del Instituto de Higiene Militar. Se tenían en cuenta más que los méritos académicos, méritos y trabajos referidos a servicios prestados en epidemias, misiones, viajes de estudio, trabajos científicos personales, trabajos didácticos sanitarios, de organización de servicios, publicaciones, etc. El nombramiento era por cinco años, pudiendo renovarse por períodos de igual duración hasta los límites de los sesenta años de edad, pero si la Junta rectora de la Escuela o la Dirección general de Sanidad, lo consideraban necesario podía abrirse un nuevo concurso.

El Director de la Escuela, no podía ejercer ningún otro cargo dentro de la organización de la Sanidad pública nacional, dedicando la máxima parte de su tiempo a la Di-

La Dirección de la Escuela estaba asesorada por una Junta Rectora, integrada por seis profesores numerarios, elegidos cada año, en el mes de junio, por la totalidad de los profesores numerarios, agregados y auxiliares y el secretario.

Los profesores numerarios debían de seleccionarse mediante concurso, siendo preferidos, en igualdad de condiciones, los pertenecientes al Cuerpo de Sanidad Nacional<sup>22</sup>.

La Escuela contaba, además, con un Secretario, que era nombrado por el mismo procedimiento que los profesores numerarios, pero tenía que pertenecer forzosamente al Cuerpo de Sanidad Nacional<sup>23</sup>.

rección de aquella, y cobrando la cantidad que tuviese asignada dicho cargo en los presupuestos del Estado, más las gratificaciones que se le pudieran conceder.

El primer concurso para la provisión del puesto de Director de la Escuela, fue convocado por RO de 4 de mayo de 1930 (Gaceta de 8 de mayo), indicándose que el ejercicio del cargo sería gratuito, a la espera de que se aprobase el presupuesto correspondiente.

Por una RO de 16 de julio de 1930 (Gaceta de 18 de julio), fue convocado el correspondiente concurso para la provisión de plazas de profesores numerarios, aunque se le dejaba a la Comisión la libertad para proveer o no todas las plazas, de tal forma que aquellas que quedaran vacantes debían ser cubiertas a propuesta de la Junta rectora de la Escuela. También, en este caso, se señalaba que hasta la asignación presupuestaria el desempeño del cargo sería gratuito.

En la primera selección, al constituirse la Escuela, las plazas vacantes fueron cubiertas por concurso de méritos a propuesta de una Comisión, constituida por el Director de la Escuela, previamente nombrado, el director del Instituto de Alfonso XIII, y un médico del Instituto de Higiene Militar. Para convocatorias sucesivas era la Junta rectora, la que debía proponer los nombramientos. Estos, tenían una validez, como ocurría con el de Director, de cinco años.

El Reglamento de 1930 señala que los profesores que pertenecían al Cuerpo de Sanidad Nacional, no podían renunciar a sus cargos de plantilla, y tanto ellos como los no pertenecientes al Cuerpo, tenían que desempeñar el cargo de forma gratuita, pudiendo, sin embargo, el día en que las plazas tuvieran consignación en presupuestos, disfrutar de los emolumentos que les correspondiera en concepto de gratificación.

El concurso para la provisión de la plaza de Secretario fue anunciado a través de una RO de 16 de julio de 1930 (Gaceta del 18), como ocurría con el

Por otra parte, uno de los profesores debía ser nombrado por la Junta Rectora de la Escuela bibliotecario, y tendría la misión de formar la Biblioteca Sanitaria Central<sup>24</sup>. Y otro profesor, o en su defecto, el mismo secretario, tendría a su cargo el Museo, al cual se le adscribía un funcionario que debía ejercer las funciones de conservador.

Además de los profesores numerarios, la Junta rectora podía proponer a la superioridad los profesores agregados que se precisasen para la enseñanza de materias muy especializadas dentro de cada disciplina, y cuya extensión no precisase el nombramiento de un titular<sup>25</sup>.

Por último, se le reconocía a la Junta la capacidad para proponer a la Superioridad el nombramiento de los profesores auxiliares, técnicos y subalternos indispensables para el buen funcionamiento de la Escuela.

El número de alumnos se consideraba que debía variar cada año y que había que calcularlo de antemano, de acuerdo con la Administración sanitaria central (plazas disponibles), y teniendo la previsión de ofrecer

---

concurso para la provisión de Director y profesores numerarios, el cargo no comportaba ninguna gratificación, a la espera de que se le asignase presupuesto. El sueldo era el mismo que el de los numerarios, y podía compatibilizar su cargo con el de profesor o profesor auxiliar, formando parte de la Junta Rectora.

Así mismo, se contemplaba que la Secretaría tendría una dotación precisa para sufragar sus gastos de material y personal auxiliar, el cual debía pertenecer a la plantilla de la Dirección general de Sanidad, con el fin de que las dotaciones fuesen lo más económicas posibles.

<sup>24</sup> En 1931 la Biblioteca de la Escuela ya contaba con un total de 1784 volúmenes, de los cuales 1255 correspondían a publicaciones periódicas (revistas sanitarias nacionales y extranjeras) y el resto, 529, monografías y obras de consulta y de referencias (Resumen; 1933: 69).

<sup>25</sup> Estos profesores tenían la obligación de sustituir al titular de la disciplina para la que eran agregados en caso justificado, debiendo pasar a ellos la gratificación del profesor titular si la sustitución duraba más de la mitad del curso. Estos profesores eran nombrados por la Dirección general de Sanidad, a propuesta de la Junta Rectora de la Escuela.

un exceso del 10/20% sobre las necesidades del Servicio.

Así, para el curso 1930/31<sup>26</sup> fueron convocadas, para obtener el título de Oficial sanitario, 33 plazas de alumnos, para el curso 1931/32 fueron 40 las plazas ofertadas<sup>27</sup>, y 20 para el curso 1932/33<sup>28</sup>.

### *Contenidos docentes y profesorado*

Aunque la docencia básica estaba orientada a impartir el curso dirigido a médicos que aspiraban a obtener el título de Oficial sanitario, el Reglamento preveía que la Escuela podía expedir certificados de asistencia en materias especializadas que correspondían a cursos especiales organizados por la Escuela. Así, por ejemplo, la Higiene escolar era impartida durante un tiempo determinado y con una

---

<sup>26</sup> RO de 17 de julio de 1930 (Gaceta de 18 de julio).

<sup>27</sup> En esta ocasión fueron presentadas un total de 260 solicitudes, lo que en opinión de Pittaluga (1930: 27) era una muestra del interés creciente por la Medicina preventiva y el resultado de una mala situación económica de los médicos, desde el punto de vista profesional.

La selección de candidatos se hacía, según fijaba el Reglamento, de acuerdo con los siguientes criterios y orden de preferencia: edad, expediente académico de bachillerato y universitario, trabajos realizados en materias sanitarias, profesores con los que había trabajado, fichas de orientación profesional de fecha anterior al comienzo de los estudios universitarios, trabajos publicados, estudios en el extranjero, y otros antecedentes personales. También se contemplaba la posibilidad de someterlos a un ejercicio escrito en el que debían explicar su orientación y hacer la justificación y defensa de su actuación pasada.

Los gastos de matrícula ascendían a 500 pesetas, pero la Junta rectora de la Escuela podía proponer la exención de matrícula a quienes lo justificasen económicamente. El número de exenciones por este motivo no podía sobrepasar el 10%.

Por otra parte la ausencia injustificada por más de 15 días conllevaba la pérdida del curso, y si era por causa justificada, en caso de superar los 15 días en los primeros trimestres o los 10 en el período de prácticas, comportaba el derecho a continuar los estudios en la época correspondiente del siguiente curso hasta obtener el oportuno certificado. Título que no podía recibir el médico alumno que resultara suspendido en alguna de las pruebas de fin de curso (Pittaluga, G.: 1930: 27).

<sup>28</sup> Se contó con 74 solicitudes, siendo 20 los admitidos y 19 los títulos expedidos (Resumen, 1933: 66/70).

cierta intensidad a los alumnos que aspiraban al certificado de oficiales sanitarios, pero se ofrecía un curso mucho más extenso y más técnico durante todo el año para el estudio de la Higiene escolar por los candidatos que desearan dedicarse en el porvenir a esta rama especial de la Higiene pública. De igual forma estaba previsto un curso para ingenieros muy diferente al que se aplicaba a los médicos para el estudio de la ingeniería sanitaria (ver Apéndice núm. 1). También estaban previstos cursos para veterinarios y farmacéuticos (Pittaluga, G.; 1930: 27/28).

Además se asignaba a la Escuela la responsabilidad de crear y formar un Cuerpo de Enfermeras visitadoras<sup>29</sup>. En opinión de Pittaluga, una Escuela de Higiene moderna, no podía cumplir sus funciones, si no estaba apoyada por la existencia de una Escuela de Enfermeras sanitarias, pues “la obra social y de asistencia médica de las enfermeras visitadoras es necesaria al médico funcionario de Sanidad. Si como sucede en nuestro caso,

no existe una buena Escuela de enfermeras sanitarias antes de la creación de la Escuela de Higiene, ésta debe tomar la iniciativa para crearla” (Pittaluga, G.; 1930: 29).

Para poder poner en marcha todo este importante proyecto y llegar a desarrollar cada uno de los objetivos propuestos, se requería un esfuerzo importante de medios materiales<sup>30</sup> y humanos. Es, el propio Pittaluga (1930: 19), el que reconoce las dificultades para poner en marcha un programa de aquella envergadura. De ahí que se establecieran acuerdos previos con diferentes Instituciones (“aprovecharse de ciertas Instituciones preexistentes que ofrezcan una garantía absoluta de seriedad y de competencia por parte de su personal técnico y una instalación moderna desde el punto de vista material”) para poder asegurar el funcionamiento de la Escuela.

De esta forma, además de reconocer la necesidad de tener que crear “ex novo” ciertas enseñanzas como la de la Higiene de la alimentación y de la nutrición<sup>31</sup>. Para otras materias estaba previsto aprovechar infraes-

<sup>29</sup> El Reglamento de 12 de abril de 1930, en su artículo 4, decía lo siguiente: “La preparación de un Cuerpo de Enfermeras sanitarias, perentoria necesidad de la Higiene pública española, será objeto de especiales cuidados por parte de la Dirección de la Escuela, la cual, previo informe de la Junta de Profesores, cuando la Escuela se halle ya definitivamente constituida y teniendo en cuenta la urgencia del problema, propondrá a la Superioridad la organización y el programa de esa enseñanza especial, destinada a crear en España el Cuerpo de Enfermeras visitadoras”.

Hasta ese momento la orientación de las enfermeras formadas por la Escuela de la Cruz Roja, así como el Instituto Rubio (Escuela de Santa Isabel de Hungría), y otras instituciones había estado orientada hacia la formación de profesionales capaces de asistir al enfermo en un medio hospitalario (Bernabeu Mestre, J.; Cotanda Sancho, S.; 1991: 33/34). Era preciso crear el tipo de enfermera sanitaria, pero antes era preciso, en opinión de Pittaluga, crear de antemano las plazas, suficientemente retribuidas en la Administración central y periférica, que permitan a las jóvenes que siguieran aquella carrera una situación social y económica conveniente. El proyecto de 1930 contemplaba la creación de una Escuela especial de Enfermeras adscrita, como hemos indicado, a la Escuela Nacional de Sanidad. Para la ejecución del proyecto se esperaba contar con la ayuda financiera y el asesoramiento de la Fundación Rockefeller (Pittaluga, G.; 1930: 28/29).

<sup>30</sup> Aunque estaba previsto destinar un edificio especial a la Escuela en el recinto de la futura Ciudad Universitaria de Madrid (Se trataba de una construcción moderna, de tres a cuatro pisos, con un presupuesto previsto de 1.600.000 pesetas, y con una dotación para instalaciones, mobiliario, laboratorios, etc, de 400.000 pesetas [Pittaluga, G.; 1930: 28]). Se alquiló en, calidad de local provisional, un hotel situado en el número 21 de la calle de Recoletos de Madrid que reunía las condiciones necesarias (Pittaluga, G.; 1930: 28).

El traslado efectivo a los nuevos locales tuvo lugar a principios de 1933 (“Se prepara además, a trasladarse, en los comienzos del año 1933, a los nuevos locales que le han sido asignados en la Ciudad Universitaria, en virtud de acuerdos entre la Dirección general de Sanidad y la Junta directiva de aquella” [Reglamento y Programas; 1932: 5]).

<sup>31</sup> Estaba previsto dedicar en los locales de la Escuela un Servicio especial para el “estudio bioquímico de la producción alimenticia nacional, la determinación de los valores isodinámicos de los grupos primarios, de las vitaminas, etc, y las investigaciones comparadas sobre el metabolismo de las diferentes clases sociales y poblaciones de España”. En cuanto al profesorado, aunque en un futuro se pensaba contar con un profesor titular, en los primeros cursos serían profesores agregados y técnicos auxiliares los que cubrirían la docencia (Pittaluga; 1930: 23).

estructuras existentes. La organización de la Higiene del Trabajo industrial y profesional, que había sido montada con todos los medios modernos en los últimos años por el Ministerio de Trabajo pasaba a ser utilizada por la Escuela, y el Dr. Oller, Director del Instituto de Receducación de Inválidos del Trabajo (Bachiller Baeza, A.; 1984: 9/24; 1985: 65/93; Bernabeu Mestre, J. *et al*; 1992: 296/319), era propuesto como titular de la enseñanza de la Higiene del Trabajo. Lo mismo ocurría con el profesor de Ingeniería sanitaria de la Escuela Especial de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos, la Escuela Superior de Magisterio y el Ministerio de Instrucción Pública en lo concerniente a Higiene escolar, o con las enseñanzas de la Bacteriología, la Parasitología y la Inmunología que estaba previsto proseguir en las Secciones correspondientes del Instituto de Higiene de Alfonso XIII, siendo nombrados dos jefes de Sección del mismo, Rodríguez Illera y De Buen, profesores de la Escuela.

En cualquier caso, era el propio Reglamento el que se encargaba, dado el carácter esencialmente práctico de la enseñanza que se debía impartir en la Escuela, de regular las relaciones con otros centros<sup>32</sup>.

En el apéndice núm. 1 ofrecemos un detallado cuadro de las materias impartidas en los cursos 1930/31 y 1931/32, así como del profesorado encargado de la docencia. Quizás lo más destacable sea la presencia, en el claustro de profesores, de profesionales que habían obtenido con una formación de postgrado en centros extranjeros de reconocido prestigio

<sup>32</sup> En su artículo 28, Título IV, el Reglamento de 12 de abril de 1930 aborda las relaciones de la Escuela con otros centros: "Siendo el carácter de la Enseñanza esencialmente práctico, la Escuela Nacional de Sanidad establecerá relaciones estrechas con todos los Centros sanitarios de la nación, y muy especialmente con los siguientes: Instituto de Alfonso XIII; Hospital del Rey; Escuela Nacional de Puericultura; Dispensarios y Sanatorios anti-tuberculosos; Dispensarios anti-venéreos; Instituto de Naval Moral de la Mata y Dispensarios anti-tuberculosos; Instituto del Cáncer; Institutos provinciales de Higiene; Departamento de Estadística sanitaria; Ministerio de Trabajo, con su Escuela Social".

dentro de la salud pública, y más concretamente en materias como Epidemiología y Técnica epidemiológica, Estadística, Demografía, o Higiene del trabajo<sup>33</sup>. O que contaban con contactos importantes a nivel internacional<sup>34</sup>.

### *Las dificultades Presupuestarias y la reforma parcial de 1932*

A pesar del buen funcionamiento de la Escuela, resultado de las reformas introducidas en el Reglamento de abril de 1930<sup>35</sup>, y

<sup>33</sup> Además de Marcelino Pascua y Antonio Oller, profesores titulares de Estadística sanitaria y Demografía y de Higiene del trabajo, ambos con una sólida formación de postgrado en centros como el University College de Londres, la Escuela de Salud Pública de la John Hopkins University o el Hospital Industrial Obrero de Kanders-teng y Mitholz (Bachiller Baeza, A.; 1984: 11/12; Bernabeu Mestre, J.; 1991: 658/659; 1992), aparecen los profesores agregados de Epidemiología y Técnica epidemiológica, Antonio Ortíz de Landázuri, pensionado por la Fundación Rockefeller para ampliar estudios en EEUU durante el curso 1923/24, y Francisco Ruíz Morote, doctor en Salud Pública por la John Hopkins University; Juan Torres Gost, profesor auxiliar de Enfermedades infecciosas, pensionado por la Junta para la Ampliación de Estudios en Alemania para el estudio de enfermedades infecciosas; Jimena de la Vega, profesora agregada de Higiene del trabajo, industrial y profesional, pensionada para el estudio de problemas de constitución en Berlín, Viena y Hamburgo; o Julio Bravo, profesor agregado del Museo de Higiene, y exalumno de la Escuela de Higiene de la John Hopkins University (Md) (Pittaluga, G.: 1930: 21/25).

<sup>34</sup> Junto al propio Director de la Escuela, miembro del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y de la Comisión Internacional de la Enseñanza de la Higiene y de la Medicina preventiva (López Piñero, J.M. *et al*. 1983: 186/187; Pittaluga, G.: 1930: 11/12), podemos citar los casos de Joaquín Espinosa Ferrándiz, profesor agregado de Medicina social y Legislación sanitaria, quien ocupaba el cargo de Secretario del Comité Nacional afiliado a la Unión Internacional para el Estudio científico de problemas de población (Pittaluga, G.: 1930: 94), o de José Germain, profesor agregado de Higiene del trabajo, industrial y profesional, que era miembro directivo del Comité Internacional de Higiene Mental en la Industria, así como miembro de la Asociación Internacional de Psicotecnia y vocal del Comité Internacional de Tests (Pittaluga, G.: 1930: 92/93).

<sup>35</sup> En el propio preámbulo del decreto de 1932 se realizaba un balance de lo que había sido la actividad de la Escuela desde el Reglamento de 12 de abril de 1930.

del poco tiempo transcurrido, por un decreto de 3 de junio de 1932<sup>36</sup>, siendo Director general de Sanidad Marcelino Pascua, tenía lugar la aprobación de un nuevo Reglamento.

La nueva normativa, aunque con un claro espíritu de continuidad, intentaba resolver, básicamente, problemas de deficiencias presupuestarias<sup>37</sup>, pero al mismo tiempo introduce ciertas correcciones y limitaciones al proyecto de 1930.

La mayor novedad que contemplaba la nueva reglamentación hacía referencia al profesorado, pues de acuerdo con los nuevos estatutos, las funciones que en la Escuela desempeñaban muchos profesores agregados y auxiliares pasaban a ser cumplidas por profesores ayudantes, que no solo debían explicar por su cuenta y bajo la inspección y dirección de los titulares respectivos alguna parte de las asignaturas, sino que sustituían a

aquellos en sus ausencias y les auxiliaban constantemente en sus trabajos.

La figura del profesor agregado quedaba reducida a la posibilidad de contratar para un corto número de lecciones y remunerados según el número de estas, a profesionales especializados en cada materia<sup>38</sup>.

Otras novedades, en relación con la normativa de 1930, van a suponer, una limitación al grado de autonomía de la Escuela. Tal como ocurre con la supresión del artículo 30, aquel que permitía a la Escuela, representada administrativa y jurídicamente por su Junta Rectora, la posibilidad de recibir donaciones, subvenciones, etc. Supresión que imposibilita, de hecho, llevar adelante el proyecto de Patronato al que repetidamente se había referido Pittaluga cuando esbozaba su idea de lo que debía ser la Escuela (1930: 16/17). O la modificación del artículo 20 del anterior Reglamento, al suprimir la potestad de la Junta Rectora para fijar el número de alumnos que debían ser admitidos y pasar dicha potestad a la Dirección general de Sanidad<sup>39</sup>.

---

Así se señala como alguno de los alumnos del curso 1930/31 ya estaban ocupando plazas del Cuerpo de Sanidad Nacional o desempeñando cargos en clínicas y laboratorios oficiales. También se destacaba como era demandada de forma constante su colaboración y como no cesaba el aporte de nuevos aspirantes a seguir los cursos que otorgaban el derecho al título de Oficial sanitario.

Demandas que también se traducían en solicitudes de otros profesionales, no médicos, para que se organizaran cursos de especialización sanitaria, "en los dos últimos cursos realizados para Ingenieros y Arquitectos y otro de *Metodología del trabajo científico* para médicos, fue tal la demanda que hubo que seleccionar el número que consentía la capacidad del domicilio de la Escuela y el rendimiento de las enseñanzas".

<sup>36</sup> Decreto de 3 de junio de 1932 aprobando el Reglamento para el funcionamiento de la Escuela Nacional de Sanidad (Gaceta de 16 de junio).

<sup>37</sup> Y así se recoge expresamente en las consideraciones preliminares del decreto de 3 de junio de 1932: "...las necesidades del ajuste económico de presupuesto de esta institución sanitaria al criterio que rige el presupuesto global de la Sanidad pública, aconsejan de todos modos una revisión de las bases reglamentarias y de la organización de la Escuela. Con este motivo y con el propósito decidido de consolidar una obra y una institución que tanto servicio esta llamada a prestar a la sanidad pública, por medio de una salida preparacion especializada de los futuros funcionarios de la Administración sanitaria".

---

<sup>38</sup> La situación del profesorado no titular quedaba reglamentada de la siguiente forma: "La Junta Rectora propondrá [...] los profesores agregados que se precisen para las enseñanzas del curso referentes a materias muy especializadas dentro de cada disciplina, cuya extensión no precise el nombramiento de un titular. Estos Profesores agregados serán retribuidos por cada lección explicada sin asignarles un sueldo anual" [Art. 17]. Y en el caso de los Profesores ayudantes, estos son considerados: "encargados de auxiliar a los titulares en sus trabajos, tanto teóricos como prácticos, y de sustituirles cuando sea necesario, no pudiendo ser nunca en número superior al de asignaturas. Los Profesores ayudantes serán nombrados por la Dirección general de Sanidad, previo concurso o concurso-oposición libre, juzgado por la Junta rectora, teniendo en cuenta méritos y servicios prestados y dando preferencia, en igualdad de condiciones, a los médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional o a los Oficiales sanitarios salidos de la Escuela" [Art. 18].

<sup>39</sup> Mientras la normativa de 1930 (artículo 20) recogía: "La Junta Rectora fijará anualmente el número de alumnos que se admitirán en los cursos generales en armonía con la capacidad de la Escuela...". La de 1932, en su artículo 22, dice textualmente: "La Dirección general de Sanidad fijará anualmente el número de alumnos que se admitirán en los cursos generales en armonía con la capacidad de la Escuela y las necesidades de la Sanidad del Estado".

Junto a estas dos novedades, además de ampliar el campo de actuación docente<sup>40</sup>, había otras de menor trascendencia como la de dar una importancia mayor a los ejercicios de oposición por parte de los aspirantes a obtener el título de Oficial sanitario<sup>41</sup>.

### *La creación del Instituto Nacional de Sanidad y la incorporación de la Escuela a la Sección de Estudios Sanitarios*

Tras los cambios de junio de 1932, la Escuela no volverá a sufrir ninguna modificación importante, por lo que respecta a sus aspectos organizativos e institucionales, hasta 1934. En aquella fecha, como consecuencia de la creación del Instituto Nacional de Sanidad, la Escuela pasará a integrarse en la Sección de Estudios Sanitarios de dicho Instituto<sup>42</sup>.

Terminada la guerra civil, la situación de la Escuela, mermada por la desaparición y el exilio de buena parte de su profesorado, tardaría varios años en normalizarse. Aunque durante los años 1943, 1944 y 1945, se llegaron a impartir cursos monográficos<sup>43</sup>, por las

---

<sup>40</sup> Al artículo 2, donde se establecen las materias que debían impartirse, se añade: "además la Escuela podrá organizar, cuando la Superioridad lo considere oportuno, cursos de perfeccionamiento para los Oficiales sanitarios y el personal de Sanidad nacional, con vistas a la preparación de las especialidades puramente higiénicas que el desarrollo de la sanidad Pública hiciera necesarias".

<sup>41</sup> En el artículo 23 se recoge que "la selección se hará, en primer término, mediante un ejercicio de oposición escrito o práctico referente a los conocimientos fundamentales de la Higiene y, desde luego, atendiendo también las circunstancias y los méritos siguientes...", al contrario de la normativa de 1930, donde el criterio de selección quedaba limitado a los méritos alegados (artículo 21).

<sup>42</sup> En 1936, por ejemplo, eran ofertados Cursos especiales de Medicina del trabajo e Higiene de la alimentación y de la Nutrición, impartidos por la Escuela Nacional de Sanidad, bajo el patrocinio de la Sección de Estudios del Instituto Nacional de Sanidad (Noticias: 1936: 187/189).

<sup>43</sup> Todavía bajo el patrocinio de la Sección de Estudios Sanitarios del Instituto Nacional de Sanidad, la Es-

noticias que hemos podido recoger, sería en 1948 cuando se reanuda una actividad docente similar a la de los primeros años de la década de treinta, al impartirse un "Curso de Diplomados de Sanidad"<sup>44</sup>.

## CONCLUSION

Como hemos tenido ocasión de comprobar, el proyecto de creación de una Escuela capaz de formar adecuadamente a los profesionales que debían desempeñar las tareas encomendadas a la Salud Pública en España, alcanzaría su plena realización con la puesta en marcha, durante el primer quinquenio de los años treinta, de una Escuela Nacional de Sanidad diseñada con las más novedosas orientaciones del momento, y que fue capaz de incorporar a sus programas y claustro de profesores, los conocimientos y los docentes más adecuados.

El esfuerzo de renovación y de incorporación de novedades científicas y técnicas que caracterizó a nuestro país en aquellos años, tiene en la Escuela Nacional de Sanidad uno de sus ejemplos más relevantes. No puede dejar de destacarse, el papel que en todo este proceso jugarían personajes como Gustavo Pittaluga, quien, desde sus posiciones de miembro de la Comisión Internacional de la Enseñanza de la Higiene y de la Medicina Preventiva, supo darle a la Escuela un modelo de organización acorde con las

---

cuela organiza cursos monográficos sobre "Bacteriología general y aplicada al diagnóstico de las enfermedades infecciosas del hombre", "Paludología con nociones de hematología y protozoología hemática", o "Parasitología y entomología aplicada al diagnóstico epidemiológico y a la patología" (Memorias, 1943/45).

<sup>44</sup> Las asignaturas que se impartían eran las siguientes: Epidemiología (Dr. Ruiz Morote); Higiene de la Alimentación (Dr. Vivanco); Higiene general (Dres Clavero del Campo y Alcázar Molina); Administración y legislación sanitaria (García Castrillo); Estadística sanitaria y Demografía (no consta profesorado); Programa de técnicas físicas y químicas de aplicación higiénicosanitaria (Prof. Garmendia y Mingo); y Microbiología, serología y parasitología sanitarias (Dres. Lastra, Gracián, Pérez Pardo, Colomo, Gallardo, Ramón y Cajal, Pérez Gallardo, Luengo y Manzanete).

exigencias de la nueva Salud Pública o el importante colectivo de profesores de la Escuela que habían completado su formación de postgrado en algunos de los centros de mayor prestigio internacional en el campo de la Salud Pública.

Las circunstancias, ciertamente adversas, que le tocó vivir a nuestro país como consecuencia de la guerra civil y sus trágicas consecuencias, significaron, en cierto modo, la frustración de aquel importante proyecto iniciado con el limitado Real Decreto de diciembre de 1924. Quizás sea oportuno terminar este trabajo transcribiendo el texto, escrito por Pittaluga en 1930, donde se intentaban analizar los factores que en su opinión podían determinar el futuro de la Escuela:

“En primer lugar, de la autoridad científica y profesional, en el terreno de los problemas sanitarios, de los profesores titulares de las cátedras y de los agregados. En segundo lugar, del apoyo y la cooperación eficaz que reciba de las Instituciones universitarias, oficiales y privadas que tienen relaciones con la Higiene pública. En tercer lugar, de la repercusión que la obra de propaganda y de extensión cultural, en materias de Higiene, tenga en el público. Y en cuarto lugar, de la situación económica que el Estado y las diferentes Instituciones higiénicas del país puedan ofrecer a un número más o menos elevado de médicos que hayan seguido los cursos de la Escuela”<sup>45</sup> (1930:32/33).

<sup>45</sup> “Pienso que si todos nos esforzamos en demostrar el gran rendimiento que representa para la Salud Pública e indirectamente para la riqueza demográfica y para la economía del país la obra de los médicos higienistas, funcionarios de las Administraciones sanitarias, lograremos, seguramente, que su situación económica sea mejorada en el porvenir y con ello habremos dado un gran paso hacia delante en la consolidación de la obra que está confiada a los Directores de Escuelas de Higiene y de Sanidad” (1930: 33).

## AGRADECIMIENTOS

El autor quiere dejar constancia de la colaboración que para la realización del trabajo ha recibido por parte del personal de la Escuela Nacional de Sanidad, en especial del Dr. José Luis Medina Barea y de las personas responsables de la Biblioteca de la Escuela.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alemany PT. Legislación administrativa de la República Española. Alicante, Imprenta Comercial, 1931/5; 4 vols.
2. Bachiller Baeza A. Historia de la medicina del trabajo en España. La obra científica del Prof. Antonio Oller Martínez. Valladolid: Universidad, 1984; 106 págs.
3. Bachiller Baeza A. La medicina social en España (El Instituto de reeducación y la clínica del trabajo, 1922-1937). Valladolid: Universidad, 1985; 97 págs.
4. Bernabeu Mestre J, Pascua Martínez M. En: Artola, M. (dir). Enciclopedia de Historia de España. IV Diccionario biográfico. Madrid: Alianza Editorial, 1991: 658/659.
5. Bernabeu Mestre J, Cotanda Sancho S. Antecedentes históricos del proceso de socialización de la enfermería española. Desarrollo normativo (1904/1935). Enfermería científica 1991; 111: 28/36.
6. Bernabeu Mestre J. et al Medicina del trabajo en España. Aspectos normativos: de la inspección a la inspección médica del trabajo (1906-1935). En: Medicina social y movimiento obrero. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992: 296/319.
7. Bernabeu Mestre J. Marcelino Pascua, desde la perspectiva histórica. En: La Estadística demográfico-sanitaria. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Instituto de Salud Carlos III, 1992; 27/44.
8. Derecho Sanitario Español (El). Revista mensual de legislación. Administración y organización sanitaria prácticas. Madrid: Gráfica Universal, 1924/32; 8 vols.

9. Escuela Nacional de Sanidad. Reglamento y programas. Madrid: José Molina, 1926; 123 págs.
10. Kohler, L. Public health renaissance and the role of schools of public health. *Eur J Publ Health* 1991; 1: 2-9.
11. López Piñero JM, et al Pittaluga Fattorini G. En: *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*. Barcelona: Peninsula, 1983; Vol. II, págs. 186/7.
12. Memorias de la Dirección general de Sanidad. Madrid: Dirección general de Sanidad, 1943/45 y 1948; 4 vols.
13. Noticias. *Rev San Hig Públ* 1936; 9: 187-189.
14. Pittaluga, G. La constitución de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid (España). Madrid: Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad [Núm. 1], 1930: 103 págs.
15. Reglamento y Programas (Curso 1932/33). Madrid: Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad [Núm. 8], 1932; 75 págs.
16. Resumen de la labor realizada por la Escuela Nacional de Sanidad durante el curso 1932/33. *Rev San Hig Públ*, 1933; 8: 66-70.
17. Rico Avello C. Tercera parte, 1921/1925. En: *Historia de la Sanidad Española, 1900/25*. Madrid: E. Giménez, 1969; 301/306.
18. Rodríguez Ocaña E. La Estadística en la administración sanitaria española del siglo veinte. Grandes etapas de la administración sanitaria civil. En: *La Estadística demográfico-sanitaria*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/ Instituto de Salud Carlos III, 1992; 47/77.
19. Sanidad Nacional. Disposiciones oficiales emanadas del Ministerio de la Gobernación (Dirección general de Sanidad). Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1903/1935; 32 vols.

## APENDICE 1

### Profesorado y programas de algunas de las asignaturas impartidas durante los cursos 1931/32 y 1932/33, para obtener el título de Oficial sanitario en la Escuela Nacional de Sanidad

#### Curso 1931/32

##### 1. BACTERIOLOGIA, SEROLOGIA E INMUNOLOGIA

Enseñanza impartida en la Sección de Bacteriología del Instituto Alfonso XIII

*Profesor titular:* Dr. Rodríguez Illera, Jefe de la Sección de Bacteriología del Instituto Alfonso XIII y Jefe de Sección del Instituto Nacional de Oncología.

*Profesores agregados:* Dres Antonio Ruíz Falcó, Director del Instituto de Biología y Sueroterapia y Heliodoro del Castillo, Jefe de la Sección de Bacteriología del Instituto de Higiene Militar y Jefe de una Sección de Serología en el Instituto de Biología y Sueroterapia.

*Profesor auxiliar:* Dr. José Pérez Mel, del Cuerpo de Sanidad Nacional, Asistente del Instituto Roberto Koch.

## 2. PARASITOLOGIA Y ENFERMEDADES PARASITARIAS Y DE LOS PAISES CALIDOS

Enseñanza impartida en: Instituto de Higiene, Laboratorio y Servicios de la Facultad de Medicina y Instituto de Malariología de Navalmoral de la Mata.

*Profesores titulares:* Dres Gustavo Pittaluga, Director de la escuela y Catedrático de Parasitología de la Universidad Central, y De Buen y Lozano, Jefe de la Sección de Parasitología del Instituto Nacional de Higiene

*Profesor agregado:* D. Juan Gil Collado, Doctor en Ciencias Naturales, Conservador de Entomología del Museo Nacional de Ciencias Naturales, y Entomólogo de la Comisión Central de Trabajos antipalúdicos.

*Profesor auxiliar:* Don Jose Pedro de la Cámara Cailhau, Médico de la Comisión Central Antipalúdica.

## 3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SU CLINICA

Enseñanza impartida en el Hospital del Rey para infecciosos.

*Profesor titular:* Dr. Manuel Tapia, Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.

*Profesores agregados.* Dres. Pedro Zarco Bohorques, Subdirector del Hospital de Enfermedades Infecciosas, y Julio Bejarano, Auxiliar de la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central y médico del Hospital de San Juan de Dios.

*Profesor auxiliar:* Dr. Juan Torres Gost, Jefe Clínico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas (Pensionado por la Junta para la Ampliación de Estudios en Alemania para el estudio de enfermedades infecciosas).

## 4. ESTADISTICA SANITARIA Y DEMOGRAFIA GENERAL, Y EPIDEMIOLOGIA GENERAL Y TECNICA EPIDEMIOLOGICA

*Profesor titular:* Dr. Marcelino Pascua. Jefe del Servicio Central de Estadística Sanitaria. Su cargo en la Escuela era el de Profesor titular de estadística sanitaria y demografía y Profesor encargado de Epidemiología general y Técnica epidemiológica.

*Profesores agregados:* Dr. J. Sánchez Verdugo, Subjefe del departamento de Estadísticas sanitarias de la Dirección General de Sanidad, y para la epidemiología los Dres. Antonio Ortíz de Landázuri, Director del Preventorio Infanta Beatriz y ex Jefe del Servicio Epidemiológico central (Pensionado por la Fundación Rockefeller —1923/4— para ampliación de estudios sanitarios en los Estados Unidos) y D. Francisco Ruiz-Marote, Inspector provincial de Sanidad (Doctor por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins) para la epidemiología.

## 5. HIGIENE DE LA ALIMENTACION Y DE LA NUTRICION Y TECNICA BROMATOLOGICA

Profesorado pendiente de contratar.

## 6. HIGIENE GENERAL PRIVADA Y PUBLICA E HIGIENE RURAL

Enseñanza impartida en regimen de seminario y trabajos practicos (higiene rural).

*Profesor titular:* Dr. José Alberto Palanca, ex Catedrático de Higiene de la Universidad de Sevilla y ex Director general de Sanidad.

*Profesores agregados:* Dr. Antonio Vallejo de Simón, Catedrático de Higiene, Médico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, y José María de Sorora, Ingeniero agrónomo y sanitario, Secretario del Instituto Agrícola Alfonso XII, Profesor de Ganadería e Industrias Agrícolas en la Escuela Profesional de Peritos Agrícolas (higiene rural).

## 7. HIGIENE DEL TRABAJO, INDUSTRIAL Y PROFESIONAL

Enseñanza desarrollada con la colaboración de Ministerio de Trabajo (Inspección general del trabajo, Instituto de Psicoterapia e Instituto de Reeducción profesional).

*Profesor titular:* Dr. Antonio Oller, Director del Instituto de Reeducción profesional.

*Profesores agregados:* Dr. José Germain, Jefe del Servicio Psicotécnico y Laboratorios de Psicología del Instituto de Orientación Profesional de Madrid, y Dra. Jimena F. de la Vega, Inspector de Trabajo (Pensionada para el estudio de problemas de Constitución en Berlin, Viena y Hamburgo).

*Profesor auxiliar:* Dr. Francisco López de la Garma, Médico del Instituto de Reeducción Profesional.

## 8. HIGIENE ESCOLAR

Enseñanza desarrollada con la colaboración de médicos del Cuerpo de Higiene Escolar dependientes Ministerio de Instrucción Pública

*Profesor titular:* D Luis de Hoyos Sáinz, Catedrático de Higiene escolar y Antropología fisiológica e Higiene y Director de la Escuela Superior de Magisterio.

*Profesores agregados:* Dr. José Palanca Tejedor, Médico inspector escolar y Medico-director de la Escuela Central de Anormales; Dr. Carlos Sáinz de los Terreros, Inspector médico-escolar, Secretario del Instituto de Puericultura y Profesor del Instituto Rubio (higiene escolar propiamente dicha); y Dr. García del Diestro, Médico inspector escolar (enfermedades contagiosas de la edad y del medio escolar).

*Profesora auxiliar:* Julia Morros Sarda.

## 9. INGENIERIA SANITARIA E HIGIENE URBANA

Enseñanza impartida con la colaboración de la Escuela de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos.

*Profesor titular:* Ingeniero Lázaro Urra, Profesor de Ingeniería sanitaria de la Escuela de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos.

*Profesores agregados:* Dr. José Roman Manzanete, Ayudante de la Sección de Epidemiología del Instituto Nacional de Higiene y Profesor agregado de Ingeniería sanitaria de la Escuela de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos; y el ingeniero José Luis Escario y Núñez del Pino (higiene urbana).

## 10. MEDICINA SOCIAL, LEGISLACION SANITARIA, SANIDAD INTERNACIONAL Y ADMINISTRACION SANITARIA

La Junta rectora consideraba que una materia tan importante como la Medicina social que comprendía el estudio de la gran cuestión de los seguros de enfermedades, seguros-maternidad, etc, debía ser separada con la legislación sanitaria, del conjunto de esta enseñanza, y la Administración sanitaria y la Sanidad internacional formar el objeto de una Enseñanza independiente.

*Medicina social y legislación sanitaria*

*Profesor titular:* Dr. García Durán, del Instituto Nacional de Previsión y ex inspector general de Sanidad interior.

*Profesor agregado:* Dr. Joaquín Espinosa Ferrándiz, Profesor de Medicina social de Enfermeras Visitadoras de la Cruz Roja (Secretario del Comité Nacional, afiliado a la Unión Internacional para el Estudio científico de problemas de población).

*Sanidad internacional y Administración sanitaria.*

*Profesor titular:* Dr. Federico Mestre, Jefe del Parque Central de Sanidad civil y ex inspector general de Sanidad exterior.

*Profesor agregado:* Dr. Luis Porcel Zanoguera, Director de Sanidad del Puerto de Palma de Mallorca.

## 11. MUSEO DE HIGIENE

Estaba contemplado como un servicio de propaganda y de extensión de cultura higiénica. La iconografía, la cinematografía, la prensa médica, la prensa diaria, debían aprovecharse para conseguir difundir la cultura higiénica, de ahí la necesidad de formar a los alumnos en estas materias.

*Profesor titular:* Dr. Victor María Cortezo, Inspector general de Instituciones sanitarias.

*Profesores agregados:* Dres. Julio Bravo, Director técnico de la Oficina de Propaganda del Comité Central Antivenéreo (ex alumno de la Escuela de Higiene de la Universidad de Johns Hopkins, Md) y José Estellés, Ayudante del Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas; y D. Victoriano Serrano de la Fuente, Ingeniero Industrial del Parque Central de Sanidad y Profesor auxiliar de la Escuela de Medicina Legal

Además, figuraba como Profesor titular de veterinaria Don José Niceto García Armendáritz, Inspector general de Servicios Veterinarios del Ministerio de la Gobernación.

## Curso 1932/33

### 1. BACTERIOLOGIA, INMUNOLOGIA Y SEROLOGIA

*Profesor titular:* Dr. Rodríguez Illera

*Profesores agregados:* Dr. Heliodoro del Castillo y

Dres. Eduardo Gallardo y Jorge Ramón Fañamas

*Profesor ayudante:* Dr. Domingo Martín Yumar

### 2. PARASITOLOGIA Y ENFERMEDADES DE LOS PAISES CALIDOS

*Profesores titulares:* Dr. Sadi de Buen y Lozano

*Profesor ayudante:* Dr. Juan Gil Collado

### 3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SU CLINICA

*Profesor titular:* Dr. Manuel Tapia

*Profesor agregado:* Dr. Julio Bejarano

*Profesor ayudante:* Dr. Juan Torres Gost

### 4. ESTADISTICA SANITARIA Y DEMOGRAFIA

*Profesor titular interino:* Dr. J. Sánchez Verdugo

*Profesor ayudante:* Dr. Luis Nájera Angulo

### 5. ENSEÑANZA DE EPIDEMIOLOGIA GENERAL Y TECNICA EPIDEMIOLOGICA

*Profesor titular interino:* Dr. Antonio Ortíz de Landazuri.

*Profesores agregados:* Dr. Francisco Ruíz Morote y Dr. Pablo Cartaña.

### 6. HIGIENE GENERAL PRIVADA Y PUBLICA

*Profesor titular interino:* Dr. José Alberto Palanca (con la colaboración del Dr. Cortezo)

### 7. MEDICINA SOCIAL E HIGIENE ESCOLAR

*Profesor titular interino:* Dr. Carlos Sáinz de los terrenos.

*Profesor agregado:* Dr. Joaquín Espinosa Ferrándiz.

## 8. HIGIENE DEL TRABAJO INDUSTRIAL Y PROFESIONAL

*Profesor titular:* Dr. Antonio Oller.

*Profesores agregados:* Dr. José Germain y Dra. Jimena F. de la Vega.

*Profesor ayudante:* Dr. Rafael Bilbao.

## 9. ENSEÑANZA DE LA INGENIERIA SANITARIA E HIGIENE URBANA

*Profesor titular:* Ingeniero D. Juan Lazaro Urrea.

*Profesores agregados:* Dres. José Roman Manzanete y Emilio Luengo.

*Profesor ayudante:* D. José Luis Escario y Núñez del Pino.

## 10. HIGIENE DE LA ALIMENTACION Y DE LA NUTRICION Y TECNICA BROMATOLOGICA

*Profesor titular:* Dr. Enrique Carrasco Cadenas.

*Profesor agregado:* Dr. Luis Aransay.

*Profesor ayudante:* Dr. Alfredo Bootello.

*Profesor preparador:* Dra. Carmen Alvarado.

## 10. ADMINISTRACION SANITARIA Y SANIDAD INTERNACIONAL

*Profesor titular interino:* Dr. Federico Mestre.

## 11. MUSEO, ICONOGRAFIA, PROPAGANDA Y EXTENSION DE CULTURA SANITARIA

*Profesor titular:* Dr. Víctor María Cortezo.

### **PROGRAMAS (1932)**

#### 1. *Estadística sanitaria y demografía* (Dres José Sánchez Verdugo y Luis Nájera Angulo)

Tema 1: Introducción a la metodología estadística.

Tema 2: Conceptos generales.

Tema 3: Población, censos, nacionalidad y raza. Distribución por edad y sexo.

Tema 4: Nupcialidad .

Tema 5: Natalidad. Certificación de la natalidad. Nacidos vivos y mortinatalidad. Multiparidad. Sexo, legitimidad, etc. Declinación de la natalidad. Hechos, significación, importancia.

Tema 6: Morbilidad; En general; De enfermedades infecciosas. Importancia capital para la Sanidad; De accidentes, invalidez, defectos, etc; De morbilidad total. Seguros de

enfermedad. Estadística más importante: Hagerstown y Moscou (Zemstwo); Sexuales y prostitución. Alcoholismo; Herencia y degeneración; Morbilidad y profesiones.

Tema 7: Mortalidad; Certificación, certificado standard. Nomenclaturas; Tabulación y clasificación. Maquinaria moderna de clasificación; Tasas de mortalidad. Oscilaciones temporales; Mortalidad por sexo y edades; Standardización y tablas de vida; Mortalidad y densidad de población. Idem y vivienda; Mortalidad y situación social. Idem y profesión; Mortalidad urbana y rural; Mortalidad infantil. Encuestas internacionales; Mortalidad por causas; Influencia del clima y de la raza sobre la mortalidad; Evolución de la mortalidad en el tiempo y factores que han podido influirla.

Tema 8: Racionalización cuantitativa y cualitativa de la procreación humana.

Tema 9: Organizaciones nacionales y extranjeras de Estadística Sanitaria.

## 2. *Epidemiología general y técnica epidemiológica* (Dres Antonio Ortíz de Landázuri, Francisco Ruíz Morote y Pablo Cartana)

Tema 1: Generalidades.

Tema 2: Las fuentes de infección.

Tema 3: Los insectos y el aire como transmisores de enfermedades. Clima.

Tema 4: Los agentes morbígenos y el agua

Tema 5: Los agentes morbígenos y la leche y sus derivados.

Tema 6: Infección por vómitos. Valor de la desinfección terminal.

Tema 7: Los agentes morbígenos y materias residuales. Portadores de gérmenes.

Tema 8: Circunstancias de lugar y tiempo en las epidemias.

Tema 9: Leyes cuantitativas de expansión y declinación epidémica.

Tema 10: Periodicidad.

Tema 11: Epidemias por contacto y de origen hídrico.

Tema 12: Epidemias de origen lácteo.

Tema 13: Agentes morbígenos y otras sustancias alimenticias de origen vegetal y animal e intoxicación y epidemias de esta categoría.

Tema 14: Propragación de epidemias por comercio y tráfico. La situación social y las enfermedades infecciosas .

Tema 15: Epidemiología de la fiebre tifoidea.

Tema 16: Epidemiología del sarampión.

Tema 17: Epidemiología de la difteria.

Tema 18: Epidemiología de la tuberculosis.

Tema 19: Epidemiología de la mortalidad infantil.

## TRABAJOS DE SEMINARIO SOBRE:

1. Fiebre tifoidea en el distrito de Colombia (I).
2. Poliomiélitis en New York.
3. Fiebre tifoidea por ostras en el Estado de New York.
4. Fiebre tifoidea en el distrito de Colombia (II).
5. Encefalitis post-vacunal.
6. Vacunación por el BCG.

## CONFERENCIA SOBRE:

“Herencia y ambiente en epidemiología”.

## PONENCIA DE TRES ALUMNOS SOBRE:

“Epidemiología de las enfermedades venéreas”.

### 3. *Medicina social* (Dr. Joaquín Espinosa Ferrándiz)

Lección 1: Concepto y extensión de la medicina social. Orígenes y porvenir. Diferencias y relaciones con la Higiene individual y pública. Ciencias afines que la integran.

Lección 2: Etiología social. Encuestas sociales. Fundamentos de estudio. Estudio de las causas sociales de la enfermedad y de la muerte.

Lección 3: Las clases sociales. Sus diferencias ante la Patología.

Lección 4: Genética. Estudio de la herencia en su aspecto social.

Lección 5: Demografía. Antropología y Psicología social.

Lección 6: Higiene social de la vivienda.

Lección 7: Recursos económicos. El problema del salario en Medicina social. Salario familiar.

Lección 8: Medicina social del trabajo. La agricultura e industria y la economía humana.

Lección 9: Estudio de la familia en su aspecto social. El hogar. Subsidios familiares. Desarraigo familiar. Emigración.

Lección 10: Educación. Relaciones entre la cultura y la Higiene. Procedimientos sociales en la propaganda de la Higiene. Organización.

Lección 11: Métodos de la medicina social. El servicio social. Los dispensarios.

Lección 12: Personal médico-social. El médico. Las enfermedades visitadoras. Auxiliares sociales. Otros colaboradores.

Lección 13: Puericultura social. Bases médico-sociales de protección a la madre embarazada. Mortalidad maternal. Causas y remedios sociales.

Lección 14: La protección a los niños en la primera infancia. Estudio social de la mortalidad infantil. Causas y remedios.

Lección 15: La higiene escolar en su aspecto social. Servicio social de la escuela. La enfermera escolar.

Lección 16: La lucha social contra la tuberculosis. Estudio social y profiláctico.

Lección 17: Lucha social contra las enfermedades venéreas. Consecuencias sociales de la sífilis y de la blenorragia.

Lección 18: El alcoholismo bajo el punto de vista social. Sus causas y consecuencias. Otras toxicomanías. Restricción de estupefacientes.

Lección 19: La defensa de la salud mental. Medicina social de las enfermedades mentales.

Lección 20: El problema del paro. Prevención y asistencia .

Lección 21: Los seguros sociales. Diferentes sistemas de seguros implantados en el extranjero. Sus modalidades y funcionamiento.

Lección 22: Modalidades de asistencia médica en las distintas leyes del seguro de enfermedad. Crítica de los sistemas.

Lección 23: La Higiene social y Pública en relación con los seguros sociales. Problemas modernos planteados por el seguro de enfermedad.

Lección 24: Estudio sobre la forma de asistencia médica en España. Adaptación posible a la organización de los seguros.

Lección 25: Seguro de maternidad. Estudio de la ley española y de la organización en España.

## **Cursos especiales**

### **Curso 1931/32**

#### **1. Ingenieros y arquitectos**

*Asignaturas:* Microbiología general y epidemiología; Sanidad doméstica y urbanología; Ingeniería sanitaria; Enfermedades profesionales e Higiene del Trabajo; Servicios municipales; Higiene rural; Abastecimiento de aguas.

#### **2. Arquitectos**

*Asignaturas:* Abastecimiento de aguas; Microbiología general y epidemiología; Sanidad doméstica y urbanología; Higiene industrial; Conducción y depuración de aguas residuarias; Servicios municipales; Higiene rural.

### 3. Parasitología y patología tropical

*Asignaturas:* Parasitología; Entomología médica; Enfermedades infecciosas; Dermatología y venereología; Metodología epidemiológica; Estadística sanitaria; Patología e higiene general en los trópicos; Patología general de los climas cálidos.

### 4. Alumnos del sexto curso de la Escuela Especial de Ingenieros de Caminos

*Asignaturas:* Epidemiología general; Higiene del Trabajo; Orientación profesional; Fiebre tifoidea; Basuras; Luminotecnia; Estadística y demografía; Tuberculosis; Saneamiento de las viviendas; Construcciones técnicopedagógicas; Higiene rural; Iluminación natural; Jardinería; Desinfección; Metodología científica.

*Fuentes:*

- Pittaluga, G. Distribución de las materias de Enseñanza y personal. En: La constitución de la Escuela Nacional de Madrid (España). Madrid: Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad [Num.1], 1930; 21/25 y 89/96.
- Programas de las enseñanzas del curso general. En: Reglamento y Programas (Curso 1932-1933). Madrid: Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad [Num.8], 1932; 21/74.
- Resumen de la labor realizada por la Escuela Nacional de Sanidad durante el curso 1931/32. Rev San Hig Publ, 1933; 8(1): 66/70.

**PONENCIAS****LA HIGIENE Y LA SALUD PUBLICA EN EL MARCO UNIVERSITARIO ESPAÑOL****M.<sup>a</sup> José Báguena Cervellera**

Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia

**INTRODUCCION**

Los estudios sobre la salud pública se iniciaron en los siglos XVII y XVIII en el seno del mercantilismo. Esta corriente política hacía responsable al Estado de la prevención de las enfermedades y la organización de la asistencia médica, y marcó el comienzo de los análisis sobre los factores sociales que condicionaban la enfermedad<sup>1</sup>. Dichos estudios hundían sus raíces en el ambientalismo hipocrático y en medidas de prevención como las cuarentenas.

La consideración de las enfermedades en relación con el ambiente perduró desde la antigüedad clásica a la Edad moderna. Por influencia del tratado hipocrático *Sobre el aire, las aguas y los lugares* se estudiaban las "enfermedades dominantes" en una zona determinada y debidas a la "constitución epidémica" o conjunto de factores ambientales presentes en ella, físicos o climáticos casi exclusivamente. Los factores sociales quedaban limitados a breves alu-

siones al "género de vida" y a "las costumbres".

Con este mismo enfoque se originaron las "topografías médicas" que estudiaban exhaustivamente los factores ambientales de una región específica como condicionantes de las enfermedades en ellas producidas. Junto a los meramente físicos adquirieron cada vez mayor importancia los factores sociales.

En cuanto a la medicina preventiva que llevó al establecimiento de las cuarentenas, significó la superación del enfoque individualista de la higiene basado en los planteamientos heredados de la dietética clásica. Con una acepción mucho más amplia que la actual, suponía la reglamentación de toda la vida del hombre con el fin de prevenir la enfermedad. Los galenistas medievales fundamentaron esta ordenación en las llamadas "sex res non naturales": aire y ambiente; comida y bebida; movimiento y descanso; sueño y vigilia; excreciones y secreciones; y afectos del ánimo. El planteamiento individual de la higiene hacía que tan solo los miembros económicamente más privilegiados de la sociedad pudieran seguir sus prescripciones. La institución de la "cuarentena" como medida preventiva frente a la peste apareció en la Edad Media en Venecia, Ragusa y otras ciudades italianas y desde allí se extendió a toda Europa.

En el tránsito de la "dietética" individual a la higiene pública es fundamental la figura

<sup>1</sup> La necesidad de tener en cuenta los factores sociales en el estudio de la enfermedad fue expuesta de modo magistral en 1947 por George Rosen en su ya clásico trabajo, *What is Social Medicine. A Genetic Analysis of the Concept*. *Bulletin of the History of Medicine*, 21, 674-733. Incluido y traducido en Lesky, E (ed.), *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*. Traducción castellana e introducción de JM López Piñero. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.

de Johann Peter Frank, autor del primer tratado de la disciplina titulado "Sistema de una completa policía médica". Enfocó desde un punto de vista social las "seis cosas no naturales" y ejerció una gran influencia en el resto de Europa. En Gran Bretaña, el reconocimiento de los factores sociales como causa de enfermedad llevó a la adopción de medidas preventivas a cargo de la iniciativa privada.

La higiene pública se convierte a lo largo del siglo XIX en una disciplina con sólidos fundamentos científicos. Este proceso se lleva a cabo en cuatro fases: la constitución de la estadística demográfico-sanitaria y el desarrollo de las bases experimentales, microbiológicas y científicas de la nueva disciplina.

En el presente trabajo se ofrece un primer acercamiento de una investigación en curso sobre la aparición de la higiene, ya con estos planteamientos renovadores que le habían hecho superar su enfoque meramente individual, en los planes de estudio de la universidad española, sin olvidar que en la antigua cátedra de Hipócrates, vigente hasta la reestructuración de la docencia universitaria del siglo XVIII se explicaba la enfermedad en relación con el ambiente, aunque sin romper con el galenismo ortodoxo.

## La higiene en los planes de estudio

La enseñanza universitaria española vivió a lo largo del siglo XIX continuos intentos de reorganización encaminados en su mayoría a la centralización, yugulando el reformismo ilustrado.

En esta línea centralizadora, el gobierno impuso a todas las Facultades de Medicina del país un plan de estudios que había confeccionado la Universidad de Salamanca en 1804 y que Carlos IV sancionó en una Real Cédula firmada en 1807. Este plan, con breves interrupciones, se mantendrá hasta 1824, en que uno nuevo, que apenas introdujo mo-

dificaciones, regirá la docencia de la medicina hasta 1843<sup>2</sup>.

La higiene no alcanzó su institucionalización definitiva hasta que en este último año se crearon las primeras cátedras de la disciplina, medio siglo después de la primera cátedra de Higiene Pública dotada en París en 1794. Hasta entonces la Higiene se estudiará con la Fisiología. Así, en el Plan de Estudios de 1804 se estableció que "con la Fisiología, que trata de la vida, de la salud, de sus causas y efectos, está íntimamente enlazada la Higiene, que prescribe las reglas y remedios para conservarlas"<sup>3</sup>. El catedrático que la impartía lo era de Fisiología e Higiene y se estudiaba en el segundo año de estudios, repitiéndose en tercero. Como libro de texto se recomendaba el *Tratado de Fisiología* de Caldani<sup>4</sup>.

El gobierno liberal surgido tras las Cortes de Cádiz y la Constitución de 1812 pidió a la Universidad de Salamanca un nuevo plan de estudios. Entre las modificaciones que introdujo destaca la inclusión por vez primera en España de los cursos de doctorado. En cuanto a la Higiene, su enseñanza siguió unida a la Fisiología, pero variaba el libro de texto recomendado, en este caso los *Elementos de Higiene*, de Tourtelle. Esta obra se editó primero en Edimburgo en 1767. De ella se hicieron varias ediciones en

---

<sup>2</sup> Para el estudio de la enseñanza de la medicina en la Universidad española del siglo XIX, cf. Peset, JL. La enseñanza de la medicina en España durante el siglo XIX. La herencia de Carlos IV y los primeros intentos liberales de reforma (1808-1814). *Medicina Española* 1968; 59:147-157; Peset, M; Peset, JL. La enseñanza de la medicina en España durante el siglo XIX. El informe de 15 de septiembre de 1820 para la reforma de las Universidades. *Medicina Española* 1968; 60: 28-35; 98-105; Peset, JL. La Universidad española (siglos XVIII y XIX). Madrid: Taurus, 1974.

<sup>3</sup> Peset, JL. El plan de estudios médicos de la Universidad de Salamanca de 18 de enero de 1804. *Actas III Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, 1969 Valencia; vol. I, p. 295.

<sup>4</sup> Caldani, LMA *Institutiones physiologicae et pathologicae*. Lugduni Batavorum, S. et J. Luchtmans, 1984.

castellano: 1801-1806, 1818 y 1838<sup>5</sup>. Las Cortes de Cádiz no sacaron adelante el nuevo plan y el regreso de Fernando VII en 1814 supuso la continuación de los estudios de 1807 y la vigencia del texto de Caldani.

En 1818 se volvió fugazmente al plan de Salamanca de 1771, hasta que un decreto de 6 de agosto de 1820 restableció el plan del 1807. El gobierno liberal encargó a una Comisión de Instrucción pública un informe sobre los libros de texto que debían estudiarse en la Universidad española<sup>6</sup>. Los criterios en la elección de los mismos eran hacer las menores innovaciones posibles, conservar aquellos que no pudieran sustituirse por otros mejores y dar preferencia a los textos de más fácil adquisición. Los libros médicos recomendados apenas difieren de los estudiados en el plan de 1807. En Higiene se prefiere el Tourtelle y el Caldani no volverá a ser recomendado en la Universidad española. Respecto a esta disciplina se lee en el informe: "... la Fisiología e Higiene, cuyos rápidos progresos desde principios de siglo no pueden compararse sino con los de sus auxiliares la Química, la Zoología, la Física y demás ramas de la Historia natural"<sup>7</sup>.

El 9 de junio de 1821 apareció un Reglamento General de Instrucción Pública que reformaba la enseñanza universitaria española, pero apenas se implantó. La restauración del absolutismo de Fernando VII en 1823 no permitió su cristalización y la Universidad siguió languideciendo, con una vuelta al plan de 1771 tal y como había sucedido cinco años antes.

En 1824 se aprobó el nuevo plan de estudios del ministro Calomarde, el cual apenas modificó las prescripciones del plan anterior, aunque reinstauró el latín como lengua aca-

démica y la religión como asignatura obligatoria. La Higiene siguió unida a la Fisiología en el segundo curso y como libro de texto se recomendó la obra de C.W. Hufeland, *La Macrobiótica o el arte de prolongar la vida del hombre*, cuya traducción castellana apareció dos años más tarde<sup>8</sup>.

Una nueva reforma se añade en 1827 a la ya larga lista de modificaciones sufridas por la enseñanza universitaria. La Higiene se va a denominar específicamente Higiene Privada y sigue ubicada en el segundo curso. Hay que añadir otra pequeña modificación producida en 1836 y germen, como la anterior, del futuro plan Pidal de 1845. Durante todo este período y hasta 1841, siguió vigente la obra de Hufeland, que fue sustituida ese año por los *Elementos de Higiene* de Charles Londe, traducida al castellano en 1829<sup>9</sup>.

En 1843, el gobierno provisional formado tras la caída de Espartero aprobó un nuevo plan de estudios redactado por Pedro Mata, el cual reducía a dos las facultades de medicina en España, Madrid y Barcelona, ciudades en las que se suprimía los Colegios de Medicina y Cirugía, así como en Cádiz. Las facultades del resto del país (Sevilla, Valencia, Zaragoza, Valladolid y Santiago) quedaron convertidas en "colegios de prácticos en el arte de curar".

Este plan dotaba a las facultades de 22 cátedras, una por asignatura, excepto las clínicas médica y quirúrgica que eran impartidas por dos profesores. La Higiene se independiza de esta manera de la Fisiología y aparece en tercer curso como Higiene Privada y Pública y en sexto curso, dentro de las asignaturas para obtener el grado de doctor, bajo la denominación de Higiene Pública y Privada.

<sup>5</sup> Tourtelle, E. (1801-1806), *Elementos de Higiene o del influjo de las cosas físicas y morales en el hombre y medios de conservar la salud*. 2 vols., Madrid: Imp. de B. Cano, 1818, 2 vols., Madrid: 1838, 2 vols., Madrid: Imp. de Yenes.

<sup>6</sup> Cf. Peset, M; Peset, JL (1968), *op.cit.* en nota 2.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 101.

<sup>8</sup> Hufeland, CW, *La Macrobiótica o el arte de prolongar la vida del hombre*. París: Impr. de J Smith, 1839, traducida de la última edición francesa de 1838. Madrid: Imp. y lib. de Boix, ed. 1826.

<sup>9</sup> Londe, Ch, *Nuevos elementos de higiene*. 2 vols., Madrid: Repullés, 2.<sup>a</sup> ed., 1843, Madrid: Imp. de JR Calleja 1829.

En 1845 se aprobaba el plan Pidal, que unificó el escalafón de catedráticos de universidad, controlando el gobierno directamente el acceso a las cátedras que se hacía mediante oposición celebrada en Madrid.

La higiene aparece en estos estudios a tres niveles a instancias de Mateo Seone: en segundo curso como Higiene Privada, en séptimo y último curso de la licenciatura como Higiene Pública y en el doctorado como Higiene Pública considerada en sus aplicaciones con la ciencia de gobierno. Para Monlau, la presencia de esta asignatura supuso un gran acontecimiento ya que, según sus palabras "fue la proclamación legal de la importancia de los estudios antropológicos; fue la iniciación práctica de la Medicina en la buena Administración pública"<sup>10</sup>.

Este avance indiscutible en la institucionalización de la higiene se vio acompañado por el hecho de que las cátedras eran ocupadas por médicos sin formación como higienistas, que se limitaban a impartir clases meramente teóricas y que rápidamente se trasladaban de cátedra. Tal y como ha señalado Mercedes Granjel<sup>11</sup>, esta disciplina se cultivaba en España al margen de la Universidad y las principales figuras de la higiene ochocentista como Seone, Monlau y Méndez Alvaro no ocuparon una cátedra de Higiene, excepto dos breves paréntesis en 1854 y 1869 en que Monlau fue catedrático de San Carlos, en Madrid<sup>12</sup>. No obstante, las obras de este último se incluyeron entre los libros de texto recomendados nada más publicarse. Así, para el curso 1846-47 aparecen sus *Elementos de Higiene Privada*<sup>13</sup>,

obra editada en 1846 y para dos cursos después, sus *Elementos de Higiene Pública* de 1847, reeditados en 1862 y 1871<sup>14</sup>.

En 1850, el plan Seijas apenas añade modificaciones al anterior. La Higiene Privada queda reducida a unas nociones muy generales de fisiología, por lo que su explicación recae en el catedrático de esta disciplina. Constaba de 60 lecciones, mientras que de Higiene Pública se impartía una lección alterna durante un año.

En 1852, la Higiene Privada se traslada al tercer curso y su docencia queda de nuevo en manos del catedrático de Higiene. La Higiene Pública no sufre ningún cambio en esta reorganización y queda en el último año de la licenciatura. Como libro de texto se implanta el *Manual de Higiene* de Foy<sup>15</sup>, cuyo contenido era un conjunto de disertaciones y consejos resultado de la lectura de las obras de Tissot, Londi, Andral, Lévy, etc., tal y como ha señalado Comenge<sup>16</sup>. En 1853, se declaró libro de texto la obra de Michel Lévy *Tratado completo de Higiene pública y privada*, traducido al castellano en 1846, dos años después de su primera edición francesa<sup>17</sup>.

En 1857 tiene lugar una importante reestructuración de la docencia médica universitaria al aplicarse el plan Moyano. Supuso el desdoblamiento de la cátedra de Higiene en Privada y Pública. La primera se explicaba en segundo curso y la segunda en dos niveles, para el grado de Bachiller en quinto curso como "Elementos de Higiene Pública" y para el de licenciado en sexto curso como "Higiene Pública". En el doctorado siguió

<sup>10</sup> Monlau, PF Universidad Central. Estudios Superiores de Higiene pública y Epidemiología. Lección inaugural. curso 1868-69. Madrid: UC, 1968: 6.

<sup>11</sup> Granjel, M Pedro Felipe Monlau y la higiene española del siglo XIX. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1983: 23-33.

<sup>12</sup> García del Carrizo, MG Cátedras de Higiene Pública y Privada en la Facultad de Medicina de Madrid: Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina. vol. III 1973: 97-104.

<sup>13</sup> Monlau, PF Elementos de Higiene Privada. Barcelona, Imp. de Pablo Riera 1846.

<sup>14</sup> Monlau, PF Elementos de Higiene Pública. Barcelona: Imp. P. Riera 1847 2.<sup>a</sup> ed., Madrid: Imp. y Estereot. de M. Rivadeneyra 1862 3.<sup>a</sup> ed., Madrid: Moya y Plaza, 1871.

<sup>15</sup> Foy, F Manual de Higiene. Madrid: 1845 Ignacio Boix.

<sup>16</sup> Comenge, L La medicina española en el siglo XIX, Barcelona: J. Espasa, 1914: 426.

<sup>17</sup> Lévy, M Tratado completo de Higiene pública y privada. Madrid: Viuda de Calleja e Hijos, 1846

vigente la asignatura de “Higiene Pública aplicada a la ciencia de gobierno”.

Un nuevo plan de estudios en 1867 debido a Orovio unificó otra vez las asignaturas de Higiene Pública y Privada, que se impartían en el segundo año de carrera. Para el doctorado se creó la asignatura de “Estudios superiores de Higiene Pública y Epidemiología”, dotada de una cátedra para la que se nombra a Monlau, quien es apartado de la misma tras la revolución de 1868. Su breve estancia en la Universidad no le permitió llevar adelante sus planteamientos en la docencia de la Higiene, que seguía siendo meramente teórica. Monlau, en la tercera edición de sus *Elementos de Higiene pública* publicada en 1871 insistía en la necesidad de una enseñanza práctica: “De esperar es... que los discípulos sean conducidos de vez en cuando a los talleres y a las grandes fábricas, a los hospitales y a las cárceles, a los buques y a los cuarteles, para estudiar las influencias patogénicas, para enterarse de los procederes manuales de las artes, para examinar las condiciones atmosféricas, etc. En los hospitales puede también el alumno higienista hacer importantes investigaciones etiológicas sobre varios puntos. Durante el curso se le debe acompañar a estudiar prácticamente el laboreo de minas, la policía rural, y ensayarle en la formación de topografías. Dejo aparte los varios experimentos que en higiene privada pueden y deberían hacerse sobre la digestibilidad de los alimentos, sobre la influencia de las alimentaciones y de las varias dietas puras o mixtas, sobre los efectos de los ejercicios activos, de las bebidas, etc., etc. y me limito a recomendar la importancia de materializar la enseñanza de la Higiene, que hasta ahora no ha pasado de puramente oral o teórica y que por esta razón, entre otras varias, no da resultados tan satisfactorios como se necesitan”<sup>18</sup>.

En 1884 se agrega al estudio de la Higiene Pública, nuevamente desdoblada de la Higiene

<sup>18</sup> Monlau, PF (1871), *op. cit.* en nota 14, pp. 537-538.

Privada, unas “Nociones de Estadística y Legislación sanitaria”, a instancias de Méndez Alvaro quien, sin ocupar como queda dicho un cargo en el mundo académico, influyó notablemente en la historia de la higiene española<sup>19</sup>.

Al año siguiente, Francisco Javier Santero, catedrático de Higiene de San Carlos desde 1883, publicó sus *Elementos de Higiene privada y pública*<sup>20</sup>, que se convirtieron en el libro de texto recomendado para el estudio de la asignatura.

En 1886 se aprobó el denominado plan Montero, que contemplaba la “Higiene Privada” en el segundo año, con clases diarias durante los meses de marzo, abril y mayo, y la “Higiene Pública con nociones de Estadística médica y de legislación sanitaria” en sexto curso, con clase también diaria durante los cinco primeros meses del curso académico e impartidas ambas por el mismo catedrático. En el doctorado se incluía una “Ampliación de la Higiene Pública, con el estudio histórico y geográfico de las enfermedades endémicas y epidémicas”, para la que se crea una Cátedra.

En 1902, un Real Decreto refunde las Cátedras de Higiene en una sola y esa única asignatura se impartirá en el sexto curso de la licenciatura. En el mismo decreto del ministerio Romanones se imponían en el período de la licenciatura las enseñanzas de especialidades clínicas, como la Oftalmología, la Otorrinolaringología y la Dermatología. Dos años después se incorporan a la asignatura unas prácticas de Bacteriología sanitaria. No obstante, la enseñanza real de la Microbiología médica no se hizo efectiva hasta que el

<sup>19</sup> Méndez Alvaro veía así materializado en parte su ideal de docencia de la Higiene Pública, para cuyo estudio creía necesario el apoyo de la física, química, historia natural, antropología, administración, demografía y estadística. Cf. Méndez Alvaro, F. Enseñanza médica. *Boletín de Medicina. Cirugía y Farmacia* 1852; 95: 337-339.

<sup>20</sup> Santero FJ, *Elementos de Higiene privada y pública*. 2 vols., Madrid: El Cosmos ed. 1885.

plan de estudios de 1928, bajo la dictadura de Primo de Rivera, la incorporó como asignatura independiente, aunque impartida en casi todas las facultades españolas por el catedrático de Higiene hasta la década de los setenta, en que se crearon cátedras específicas de Microbiología médica.

La enseñanza de la Higiene se mantuvo de forma precaria hasta el primer tercio del siglo XX, con profesores interinos que ocupaban provisionalmente las cátedras, de paso hacia puestos más codiciados.

Martín Salazar, director general de Sanidad, describía gráficamente la situación en 1921: "...las enseñanzas de la Higiene y prácticas sanitarias son en nuestras Universidades muy pobres. La cátedra de Higiene es la «Cenicienta» y no cuenta con medios para enseñar y aplicar prácticamente los conocimientos higiénicos al ejercicio profesional"<sup>21</sup>.

Una excepción fue la cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona, creada en 1866 y ocupada desde entonces por verdaderos higienistas. El primero en tomar posesión de la misma fue Giné y Partagás, cuyo *Curso Elemental de Higiene Privada y Pú-*

*blica* editado en 1871, serviría de libro de texto durante varios años a los estudiantes de medicina de la facultad catalana<sup>22</sup>.

A Giné le sucedió en 1874 Rafael Rodríguez Méndez quien mantuvo una intensa actividad como publicista y ocupó la cátedra hasta los primeros años del presente siglo<sup>23</sup>. En el mismo año de 1874 publicó su obra *Prolegómenos de Higiene*<sup>24</sup>.

Como se ha visto, la higiene universitaria española estuvo lejos de alcanzar el nivel científico de otros países europeos y quienes la cultivaron en el seno de la Universidad, salvo raras excepciones, no eran verdaderos higienistas.

Corporaciones como la Sociedad Española de Higiene, promovida por Méndez Alvaro en 1881 o el Instituto Nacional de Higiene y Bacteriología, alentado por Amalio Gimeno en 1894, fueron mucho más renovadoras en sus planteamientos sobre el estudio e investigación de la higiene que la propia universidad, muy reacia en la práctica totalidad del período estudiado a incorporar novedades a su docencia.

<sup>21</sup> Recogido por Rico Avello, C Notas para la historia de la sanidad española. Madrid: 1955: 352.

<sup>22</sup> Giné y Partagás, J. Curso elemental de Higiene Privada y Pública. 4 vols., Barcelona: Imp. N. Ramírez y Cía, 1871-72.

<sup>23</sup> Granjel, M. (1983), *op. cit.* p. 32-33.

<sup>24</sup> Rodríguez Méndez, R Prolegómenos de Higiene. Barcelona: Est. Tip. Jaime Jepús, 1874.

**MESA REDONDA:****LA EPIDEMIOLOGIA EN EL MARCO DE LA SALUD PUBLICA  
ACTUAL**Coordinador: **Francisco Bol mer Montrull****LA ENFERMEDAD INFANTIL DE LA EPIDEMIOLOGIA****Oriol Ramis-Juan**Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalidad de Cataluña.  
Sociedad de Salud Pública de Cataluña y de Baleares. Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.

Cuando el Director del Centro Nacional de Epidemiología sugirió mi participación en el 2.  *Encuentro Marcelino Pascua* y específicamente en una mesa redonda para debatir el tema de *la Epidemiología en el marco de la Salud Pública ACTUAL* (las mayúsculas son voluntarias), surgieron en mi dos sentimientos simultáneos y contradictorios.

El primer sentimiento fue de admiración y respeto (que a menudo significan para mí: idealización) por las realizaciones de personas como Marcelino Pascua, que por sus actuaciones en Madrid durante los años de la República, nos recuerda a los grandes monstruos de la salud pública europea de finales del XIX y principios del XX (que yo —con mis limitados y sesgados conocimientos históricos— los ordeno desde Snow, Virchow o Comenge, hasta Beveridge en el Reino Unido y Pascua o Aiguader-Mir  en la Pen sula).

Mis actividades y las de los que trabajamos en salud pública HOY (de nuevo las mayúsculas son m as) me parecen alejadas de las imágenes románticas que nos evocan las gestas de estos hombres. Me parece que estos personajes fueron capaces de cuestionar radicalmente el "status-quo" del momento y defender enérgicamente (por otra parte con unos conocimientos técnicos escasos, no se olvide) actuaciones drásticas en materias que afectaban la salud de las poblaciones (la dis-

tribución de agua potable, la legislación laboral para los niños, el alcantarillado, la alimentación de la población, la atención sanitaria a los partos y a los recién nacidos, la información sobre la mortalidad, etc...). Para ellos la salud pública era una actividad profundamente política. Hoy serían considerados más como defensores de una política social y económica *saludable* que no como promotores de una política *sanitaria*. Posiblemente frente a estos personajes desarrollo un sesgo de recuerdo positivo (positive recall bias), que siempre me ha parecido el concepto epidemiológico más próximo a aquello que los psicólogos definen como idealización. En aquellos años muchos intentos de intervenciones científicamente razonables fracasaron y otras intervenciones inefectivas y peligrosas triunfaron, pero hoy no lo recordamos.

Mi segundo sentimiento era la confusión y era consecuencia del primero. Si hoy no arrancamos fuentes, no protagonizamos -y casi ni participamos- en las grandes transformaciones urbanísticas, no intervenimos (casi) en la legislación laboral,  qu  salud pública hacemos hoy? Siempre me he sentido próximo a personas como Milton Terris, que hoy nos acompaña, o a John Ashton <sup>1</sup>, o a movimientos como el de las ciudades sanas o el movimiento nacido a partir de las conclusiones de la ponencia sobre la Función Social de la Medicina del 10.  Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana ce-

lebrado en Perpiñán en 1976<sup>2</sup>. Estas personas y estos movimientos han intentado mantener una visión de la salud pública profundamente política. Prefieren políticas sociales y económicas saludables y no —sólo— políticas sanitarias explícitas y racionales. Disponemos de conocimientos epidemiológicos (y es la primera vez que uso el concepto en este texto) que permiten demostrar la mayor efectividad de estas actuaciones delante de la pequeña, pero importante, contribución que los servicios médicos y sanitarios pueden hacer a la salud de la población.

Esta actitud evoca sentimientos “heroicos”.

Es heroico —en plena cultura consumista y de incremento de las cifras de venta de la industria del automóvil— hablar en España de actuar drásticamente en la reducción de los accidentes de tráfico. Hemos esperado que en Cataluña más de uno de cada 2000 jóvenes entre 15 y 24 años muriese en la carretera cada año para imponer tímidas medidas coercitivas sobre el uso del cinturón de seguridad o la prohibición de la venta de alcohol en las autopistas. Medidas que afectan a la libertad individual, como John Snow atentó a la libertad de aprovisionarse de agua en la fuente de Broad Street.

Tampoco deja de tener un componente heroico decir que es necesario reducir el gasto en prestaciones sanitarias de efectividad no comprobada cuando la mayoría de usuarios y médicos las reclaman, como médicos y usuarios reclamaron la utilización de sangrías y no de vacunas. O decir que la responsabilidad básica de los profesionales sanitarios es proveer de confort (y no necesariamente curar o hacer progresar los conocimientos fisisiológicos), como fue impopular decir que era más importante reformar las viviendas y el alcantarillado de los distritos obreros que otras actuaciones más sanitarias.

Para estas personas y movimientos (como antes lo fue para Pascua o para Snow, aunque ellos a menudo no utilizaran este término) la epidemiología ha sido la herramien-

ta que ha permitido sugerir estas intervenciones basadas en el conocimiento científico que se deriva de la medida y del análisis de los datos que nos suministra la observación de (y a veces la experimentación a partir de) la realidad.

No obstante, la adhesión a esta concepción ACTUAL de la salud pública comporta un riesgo del que tampoco los personajes de quien hablábamos pudieron escaparse: la idealización del proceso de cambio. Las consideraciones que desde la epidemiología pueden hacerse para provocar ciertos cambios son sólo un aspecto del enmarañado juego de intereses y voluntades que gobiernan la evolución de las comunidades humanas. No entender la complejidad de estos procesos, la imposibilidad de ciertos cambios, la evidencia de que la salud es un bien preciado entre muchos otros bienes deseables, etc., lleva simultáneamente a la ineffectividad y a la frustración. En una reciente reunión en Perugia bautizamos, medio en serio, medio en broma, la idealización de este proceso de cambio como el Síndrome de la Utopía Epidemiológica Adquirida con tres presentaciones clínicas definidas: la variante mesiánica, la variante depresiva y la variante Itaca, atendiendo tanto a su insidiosa presentación, como a la tendencia creciente de su incidencia y su prevalencia<sup>3</sup>.

Un personaje hoy tan poco de moda como Lenin alertó contra este tipo de idealizaciones en un popular librito: “El Izquierdismo, enfermedad infantil del comunismo”. Lenin creía en una utopía: una sociedad sin clases, sin opresiones, y avisaba contra aquellos que creyeran que la comprensión intelectual de su objetivo desvanecía los problemas que debía provocar un cambio de la magnitud que él proponía. Hoy sabemos (desconozco lo que pensaba Lenin al respecto) que una sociedad sin clases es seguramente una categoría ahistórica y por tanto irrealizable, pero ello no quita valor a sus consideraciones sobre la simplificación del proceso de cambio.

Continuando la reflexión que hacíamos en Perugia, podemos concluir que la enfer-

medad infantil de la epidemiología es la idealización del cambio, lo que llamábamos el Síndrome de la Utopía Epidemiológica Adquirida. Posiblemente, como Lenin, necesitamos para avanzar una categoría a-histórica e irrealizable, una utopía: *una comunidad sin sufrimiento sanitariamente evitable*, (aproximadamente el objetivo declarado por Beveridge en 1946 en la ley de creación del Servicio Nacional de Salud inglés) <sup>4</sup>. Pero la utopía sólo nos será útil si toleramos las limitaciones que la epidemiología tiene para contribuir a la mejora de la salud y de la organización de los servicios sanitarios, y, especialmente, si sabemos tolerar —sin transigir— la frustración que ello nos provoca <sup>5</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

1. Ashton J. Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson editores, 1990.
2. Varios. Funció Social de la Medicina. 2.<sup>a</sup> Ponència del 10è Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Perpinyà 1976 Barcelona: Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1976.
3. Ramis-Juan O SUEA: A Propósito de sus presentaciones clínicas. Quadern CAPS 1991; 16: 107-110.
4. Chave SPW. The Origins and Development of Public Health in Holland WW et al. Oxford: (ed) Oxford Textbook of Public Health, 1984 Vol.1 pp.13 ss.
5. Sobre los conceptos de tolerar y transigir en la práctica sanitaria he utilizado la reflexión de: Tizón García J. Aspectos Psicológicos de la Salud en Casares Potau R et al (ed) La Salut: en record del doctor Jordi Gol i Gurina. Barcelona (1988) Publicaciones de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona y Llar del Llibre SA, 1988.

**MESA REDONDA****LA EPIDEMIOLOGIA "MODERNA" Y LA "NUEVA" SALUD PUBLICA****Fernando García Benavides**Departamento de Salud Pública.  
Universidad de Alicante.

El año pasado, durante el I Encuentro Marcelino Pascua, uno de los asistentes nos contaba algunas anécdotas de su primer día de clase con Marcelino Pascua en la Escuela Nacional de Sanidad. Entre aquellas, recuerdo un consejo que Marcelino Pascua les dio ese primer día, por el que les recomendaba dejar a un lado los libros que hasta entonces habían utilizado y pusieran sobre la mesa la regla de cálculo.

Al igual que ya había hecho Willian Farr en Inglaterra, en la segunda mitad del siglo XIX, Marcelino Pascua veía necesario cuantificar los problemas de salud, como una vía para conocer las causas de esos problemas. Para ello no es suficiente con disponer de datos, tarea a lo que dedicó una parte importante de su vida <sup>1</sup>, sino que también había que dominar técnicas que permitiesen analizar esos datos con cierta propiedad. Aparte de la anécdota a la que antes nos referíamos, su libro "Metodología Bioestadística para Médicos y Oficiales Sanitarios" <sup>2</sup> deja constancia de su interés por enseñar a manejar esas técnicas.

**LA EPIDEMIOLOGIA "MODERNA"**

Esta actividad, basada en la cuantificación de los problemas de salud, es una parte esencial de lo que llamamos Epidemiología. De hecho, cuando buscamos el primer ejemplo de estudio epidemiológico nos remontamos a 1662 y a la figura de John Graunt. Reivindicar a Graunt, Farr o Pascua presupone al mismo tiempo admitir que la cuantificación de los problemas de salud es uno de los elementos básicos que definen a la epidemiología. Esto

implica también aceptar sin pudor la dependencia que la epidemiología, como otras disciplinas, tiene de las matemáticas y, por tanto, la influencia que sobre su evolución ejerce la disponibilidad de nuevas técnicas de análisis cuantitativo. Un ejemplo reciente de esta influencia lo encontramos en la introducción de las técnicas de análisis multivariante.

Pero además de disponer de nuevas técnicas de análisis cuantitativo, accesible a no matemáticos gracias a los ordenadores, el desarrollo experimentado por la epidemiología en los últimos años se ha basado también en el perfeccionamiento de los métodos de observación, un ejemplo de lo cual lo tenemos en los estudios de casos y controles.

En contra de ciertas ideas, que atribuyen esta evolución a turbios intereses, pienso que este desarrollo de los métodos de observación es coherente con el origen positivista de la epidemiología. Hay que recordar que John Graunt, aunque mercero, era miembro de la Royal Society de Londres <sup>3</sup>, institución fundada sobre las tesis de Francis Bacon (1561-1626) <sup>4</sup>. La interminable lista de sesgos que al iniciar un estudio todo epidemiólogo ha de tener en mente, aunque para algunos sea como la lista de pecados capitales, es resultado lógico de los principios básicos del empirismo, pues el conocimiento será accesible a través de los sentidos, esto es, mediante la observación y experimentación siempre que sometamos éstos a unas reglas.

En este sentido, la principal diferencia con los epidemiólogos "premodernos", no es

tanto que éstos estaban más preocupado con lo sustancial, como afirma M Susser<sup>5</sup>, sino que hoy los epidemiólogos han protocolizado más sus observaciones y son más exigentes en la recogida e interpretación de los hechos observados. Entre otras razones porque la epidemiología tiene delante retos más complejos: largos períodos de inducción, asociaciones débiles, interacciones, etc. Tanto es así que para algunos autores obtener medidas de frecuencia y de asociación con la menor cantidad de sesgos ha pasado a ser la tarea central de los epidemiólogos<sup>6</sup>.

Al margen de posiciones exageradas, sí que podemos aceptar que la observación más cuidadosa y la aplicación de técnicas cuantitativa más sofisticadas son los elementos que definen la práctica más extendida de la epidemiología actual. De ser así, una primera conclusión que podemos alcanzar es que la epidemiología no se encuentra en ninguna fase crítica, en transición según la hipótesis de Vandembroucke<sup>7</sup>, sino en una etapa más de su desarrollo natural, en el sentido de esperable, dado su origen positivista, por lo que es de suponer que su práctica, al igual que en el pasado, siga produciendo conocimientos útiles para la salud de los individuos y las poblaciones. Por tanto, añadir atributos como moderna no va a alterar sustancialmente el significado de la epidemiología. El uso de este u otro adjetivo parece responder más a la necesidad que determinados grupos profesionales tienen de diferenciarse, que a la esencia de la epidemiología. La cual no es más que una forma de aproximación a la realidad, en nuestro caso los problemas de salud.

Cuestión diferente, a veces no expresada suficientemente, es el reconocimiento de los límites de la epidemiología. Límites que no vienen solo del hecho de basar la obtención de datos en la observación frente a la experimentación, ni de la propia complejidad del objeto de estudio: alteraciones biológicas que se van a manifestar como problemas de salud, lo que supone contar con el concurso de otras ciencias, tanto biológicas como sociales, además de las matemáticas.

La epidemiología, al igual que cualquier otra ciencia positiva como señala Fernández Buey, tiene un discurso limitado a aspectos siempre parciales de la realidad<sup>8</sup>. Irónicamente Chalmers<sup>9</sup> puntualiza, al referirse a los positivistas, que, una vez superado el encanto del inductivismo ingenuo, cualquier positivista sabe los límites de las explicaciones basadas en observaciones por muy cuidadosamente que éstas hayan sido llevadas a cabo, incluso después del recurso a la probabilidad de los inductivistas más precavidos. Explicaciones estadísticas o cuasi-deductivas según Brown<sup>10</sup>. Pues la probabilidad de que algo suceda será tanto más válida (coherente lógicamente), y no solo verdad (si coinciden con los hechos observados), si se dispone de una teoría bien fundamentada que implique alguna conexión causal entre los hechos observados.

Una respuesta a esta limitación supone negar que la ciencia se base en la inducción. En su libro autobiográfico, *La estatua interior*, François Jacob (Premio Nobel de Fisiología en 1965) expresa con precisión esta posición:

“Al revés de lo que yo había creído, el procedimiento científico no consistía sencillamente en observar, en acumular datos experimentales para elaborar a partir de ellos una teoría, sino que se iniciaba con la invención de un mundo posible o de un fragmento del mundo posible para irlo confrontando a través de la experimentación con el mundo exterior. Y era este diálogo sin fin entre la imaginación y la experimentación lo que hacía posible la formación de una representación cada vez más ajustada de lo que se llama *la realidad*”<sup>11</sup>.

Dentro de la epidemiología, es Carol Buck quien, a partir de los postulados de Popper, ha planteado el papel central de la teoría en la investigación epidemiológica<sup>12</sup>. A pesar de la importancia de la cuestión, el debate posterior entre verificacionistas y falsacionistas<sup>13</sup> ha contribuido poco a clarificar

el conflicto entre teoría y observación en la investigación epidemiológica. Pearce, desde el inductivismo precavido, calificaba dicho debate de "contorsiones semánticas"<sup>14</sup>. Desde una posición más pragmática, Susser introduce algunas nociones hipotético-deductivas, como la supervivencia de la hipótesis, entre los criterios de inferencia de una asociación causal<sup>15</sup>.

## LA "NUEVA" SALUD PÚBLICA

Pero, al margen del dilema de si la teoría es antes que la observación o viceversa, no podemos decir que la investigación epidemiológica haya estado huérfana de paradigmas que orientase su práctica.

Entre las teorías que han servido a la epidemiología como referencia para observar e interpretar los problemas de salud está aquella que postula el papel que los factores ambientales tienen en el origen de las enfermedades.

El papel causal asignado a los factores ambientales no es solo una teoría que podemos encontrar ya formulada en Hipócrates. Sus premisas explican una parte sustancial del descenso de la mortalidad lo largo del presente siglo<sup>16</sup>. Pero sobre todo, el éxito de esta teoría reside en que inaugura la posibilidad de prevenir las enfermedades mediante la modificación de estos factores ambientales. Este constituye el núcleo de lo que con distintos nombres: Higiene, Medicina Social o Salud Pública, ha venido siendo históricamente un objetivo deseable de toda sociedad. La evolución histórica de estas ideas, aunque desigual si lo comparamos con la Medicina, se encuentra en los últimos años en claro progreso.

Estas viejas ideas son hoy formuladas mediante un modelo más completo. En primer lugar, se reconoce la importancia causal de las características biológicas, no sólo la edad y el sexo, sino también aquellos otros ligados a la susceptibilidad individual, las cuales, a través de proyectos como el Genoma Humano, adquieren cada vez más relevancia<sup>17</sup>. En segundo lugar, el modelo entra a considerar el papel específico de los Servi-

cios Sanitarios en la protección de la salud. Por último, dentro de los factores ambientales se destacan los factores de riesgo relacionados con la conducta, entre ellos los llamados estilos de vida. A partir de su modificación, a la posibilidad de prevenir la enfermedad, se añade un nuevo objetivo a la Salud Pública: promocionar la salud.

Alrededor de este modelo, que para algunos tiene su origen en el Informe Lalonde<sup>18</sup>, articula su actividad la Salud Pública actual, la cual tiene su máxima expresión en la estrategia de Salud para Todos de la OMS<sup>19</sup>. Como se ve, la llamada "nueva" Salud Pública es una actualización de las viejas ideas después que se desvaneciese, lo que Dubos llamó ya en 1959, el "espejismo de la salud"<sup>20</sup>. Las críticas a la efectividad del modelo curativo<sup>16</sup> y a su eficiencia<sup>21</sup> han ayudado a este desarrollo reciente de la Salud Pública.

## SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGIA: ¿UNA NUEVA RELACION?

La investigación epidemiológica, dando base empírica a este modelo, es otro de los elementos claves del progreso de la Salud Pública. El paso de considerar a cuantificar supuso, como señalan MacMahon y Pugh<sup>22</sup>, la constatación empírica de los enunciados ambientalistas de Hipócrates. Además, la privilegiada situación de la epidemiología como ciencia puente entre los fenómenos sociales (causas) y los biológicas (efectos) ha permitido identificar, dentro de los complejos procesos sociales, componentes específicos susceptibles de ser modificados: contaminación ambiental, dieta, riesgos laborales, hábitos, etc.

El conocimiento cada vez más detallado de estos determinantes, llamados por algunos causas componentes<sup>23</sup>, ha hecho que la Salud Pública no sea tan sólo un discurso cargado de razón<sup>24</sup>, acerca del papel causal de los factores sociales en el origen de la enfermedad, sino también un instrumento útil para mejorar la salud de los individuos.

Ya en 1944, Morris y Titmuss<sup>25</sup>, nada sospechosos de "modernos", señalaban que al problema de medir la influencia sobre la salud de los cambios sociales, había que añadir simultáneamente la necesidad de distinguir la influencia relativa de los distintos elementos de la sociedad y su contribución a los cambios biológicos.

Pero para la Salud Pública no es suficiente conocer los determinantes de la salud y la enfermedad. A diferencia de la epidemiología, la práctica de la Salud Pública necesita transformar los conocimientos existentes en acción<sup>26</sup>. Una de las consecuencias del desarrollo reciente de la Salud Pública es que su práctica se ha hecho más compleja, hoy es necesario manejar conceptos y técnicas procedentes de ciencias de la conducta, de la educación o de la comunicación, junto con otras ciencias sociales como la sociología, la antropología o la economía. De hecho, éste es uno de los retos que tienen delante las Escuelas de Salud Pública como señalaba recientemente L. Kholer<sup>27</sup>. Formar profesionales capaces no solo de entender los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, sino capacitados para transformar estos conocimientos en acciones que mejoren la salud de los ciudadanos.

Aceptar la relación, a la vez que las diferencias, entre la Epidemiología y la Salud Pública<sup>28</sup>, puede permitir que ambas sigan beneficiándose mutuamente en el futuro al igual que ha sucedido en el pasado. La primera, aportando evidencias que justifiquen científicamente la toma de decisiones. La segunda, proporcionando modelos teóricos cada vez más completos que ayuden a observar e interpretar los problemas de salud.

## RESUMEN

En las últimas décadas tanto la epidemiología como la Salud Pública han experimentado un fuerte desarrollo. La primera, coherente con su origen positivista, a través de la aplicación de técnicas de análisis cualitativo más sofisticada y mejorando los méto-

dos de observación. La segunda, formulando un modelo teórico que balancea el papel causal de los factores ambientales y biológicos en los problemas de salud. La relación entre ambas se basa, al igual que en el pasado, en que la primera proporciona sustrato empírico a la segunda y ésta suministra el marco teórico para observar e interpretar los problemas de salud.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bernabeu J. I Encuentro Marcelino Pascua. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 1991.
2. Pascua M. Metodología Bioestadística para Médicos y Oficiales Sanitarios. Madrid: Paz Montalvo, 1965.
3. Najera E. Prólogo. En: Benavides FG. Fiablez de las estadísticas de mortalidad. Monografías Sanitarias, Serie A, Núm. 2. Valencia: Consejería de Sanidad y Consumo, 1986:13-14.
4. Escotado A. Filosofía y metodología de las ciencias. Madrid: UNED, 1987: 229-233.
5. Susser M. Epidemiology today: a thought-tormented world. *Int J Epidemiol* 1989;18:481-8.
6. Rothman K. Epidemiología moderna. Madrid: Ed. Diaz de Santos, 1987.
7. Vandenbroucke JP. Epidemiology in transition: a historical hypothesis. *Epidemiology* 1990;1:164-7.
8. Fernandez Bucy F. La ilusión del método. Ideas para un racionalismo bien temperado. Barcelona: Editorial Crítica, 1991: 57.
9. Chalmers AF. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? 5.ª edición. Madrid: Siglo XXI, 1987: 32-35.
10. Brown HI. La nueva filosofía de la ciencia, 2.ª ed. Madrid: Ed Tecnos, 1988: 74-77.
11. Jacob F. La estatua interior. Barcelona: Tusquets, 1989: 227.
12. Buck C. Popper's philosophy for epidemiologists. *Int J Epidemiol* 1975; 4:159-168.
13. Rothman KJ, ed. Causal inference. Boston: Epidemiology Resources Inc, 1988.

14. Pearce N. White swans, black ravens, and lame ducks: necessary and sufficient causes in epidemiology. *Epidemiology* 1990; 1: 47-50.
15. Susser M. What is a cause and how do we know one? A grammar for pragmatic epidemiology. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 635-48.
16. McKeown T. El papel de la medicina: sueño, milagro o némesis. Madrid: Siglo XXI, 1982.
17. Watson JD. The Human Genome Project: Past, present, and future. *Science* 1990; 248: 44-48.
18. Asthon J, Seymour B. La nueva Salud Pública. Barcelona: Masson, 1990.
19. World Health Organization. Targets for health for all. Copenhagen: WHO-Europe, 1985.
20. Dubos R. El espejismo de la salud. Fondo de Cultura Económica, 1975.
21. Cochrane AL. Efectividad y Eficiencia. Barcelona: Salvat Eds, 1985.
22. MacMahon B, Pugh TF. Principios y métodos de epidemiología, 2.<sup>a</sup> ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1975; 5.
23. Rothman K. *Causes*. *Am J Epidemiol* 1976; 104: 587-592.
24. Martínez Navarro F, Boix P. *El procés d'emmalaltir*. Llibre d'Actes: XII Congrés de Metges i Bòdlegs de Llengua Catalana. Benicàsim: CMBLC, 1984.
25. Morris JN, Titmuss RM. Health and social change: I. The recent history of rheumatic heart disease. *The Medical Officer* 1944;69-71, 77-79, 85-87.
26. Badura B, Kickbush I. Introduction. En: Badura B, Kickbusch I. eds. Health promotion research. Towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO Regional Publications. European Series No. 37, 1992; 1-6.
27. Kholer L. Public health renaissance and the role of school of public health. *European Journal of Public Health* 1991; 1: 2-9.
28. Terris M. Epidemiology and the Public Health movement. *J Chron Dis* 1986; 39: 953-61.

**MESA REDONDA****DE LA EPIDEMIOLOGIA A LA SALUD PUBLICA****Charles du V Florey**

Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Universidad de Dundee, Reino Unido.

Quisiera agradecer a los organizadores de este importante encuentro por haberme honrado invitándome a pronunciar estas palabras. Soy conocedor del alto concepto que se tiene de Marcelino Pascua y es, por eso, un motivo de satisfacción especial que se me haya pedido participar y celebrar los logros del Dr. Pascua.

**ANTECEDENTES**

Mi cometido es considerar la relación que existe entre la epidemiología y la salud pública. A los efectos de definir la epidemiología, ésta será para mí el estudio de la distribución y los determinantes de la salud en las poblaciones. En este contexto, la Salud Pública es el medio por el cual los resultados de la epidemiología se aplican al control de problemas sanitarios. Según este modelo, la epidemiología informa a los médicos sobre la prevención, promoción de la Salud y tratamientos, a fin de que ellos puedan tomar medidas basándose en la evidencia antes que en la ideología. Durante los próximos 25 minutos, espero demostrar que la epidemiología nos ha sido valiosísima al haber descifrado problemas biológicos de modo tal que se tomaron medidas prácticas desde el campo de la Salud Pública, y también pretendo sugerir que todavía no se han agotado las posibilidades de utilidad en este campo.

En primer lugar, quisiera recordar la labor que James Lind realizó sobre el escorbuto, ya que es de interés para los fines actuales de la epidemiología. El Dr. Lind diseñó un ensayo controlado, después de que el cuida-

doso examen que realizó de la evidencia, le llevara a concluir que el escorbuto era una enfermedad nutricional. En mayo de 1747 “escogió a 12 pacientes enfermos de escorbuto a bordo del Salisbury. Sus casos eran tan análogos como podía desear para mis fines” ¿Fue éste el primer atisbo de comprensión de las ventajas que presenta la randomización? “La dieta era igual para todos: por la mañana, una papilla acuosa endulzada con azúcar; para comer, a menudo tomaban consomé de carne; como tentempié, pudines, galletas de agua con azúcar y para cenar, cebada, uvas pasas, arroz y pasas de Corinto, vino de sagú o parecido.”

Lind creó seis complementos para la dieta, cada uno de los cuales fue suministrado a dos de los hombres. Un cuarto de galón de cidra, elixir de vitriolo, vinagre, agua de mar, naranjas y limones y por último un “electuario” diseñado por un cirujano. “*Los mejores y más rápidos efectos se percibieron a partir del consumo de naranjas y limones*”. En un mismo intento, el Dr. Lind había avanzado en el campo de la biología y recomendado el tratamiento adecuado. Ejerció la epidemiología a la par que adoptó las medidas necesarias. Pero, como muchos que vinieron después de él, sufrió la indiferencia de los demás ante sus ideas innovadoras y sus pruebas: a pesar de sus descubrimientos, las implicaciones de este elegante experimento fueron ignoradas durante más de 50 años, por la jerarquía de la Marina y durante más de 100 años, por el resto del mundo. Con todo, los resultados fueron finalmente valorados y considerados.

## LA EPIDEMIOLOGIA Y LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

El verdadero auge de la epidemiología moderna se inició en la década de los años 50. Apartado muy desprestigiado entre los médicos por considerarlo poco importante para su profesión e ignorado por los científicos básicos por no ser lo suficientemente básico, la mejor calificación a que fue merecedor es la *scudociencia*. Se creó un grupo bastante reducido formado por personas de un talento excepcional, quienes observaron que muchos de los problemas de la época solo encontrarían una solución usando un enfoque basado en una población. Este grupo, debido a la oposición que encontraban sus métodos, tuvo que actuar con toda la dureza y rigor científico que una investigación poblacional permitiera. Así nació el apartado de Epidemiología de Enfermedades No Infecciosas, fruto de personas exigentes. En ese momento, su interés se centraba en descubrir cuáles eran los factores de riesgo de las enfermedades principales y de las dolencias mortales en la sociedad occidental: enfermedades de las arterias coronarias, infarto y cáncer. Los medios científicos de entonces declararon que no importaba que no se diese un uso práctico inmediato a los resultados de la investigación. Bastaba con saber que los conocimientos adquiridos podrían ser de utilidad algún día, cuando fuesen necesarios. Además, la nueva epidemiología evolucionaba en una época en la que el planteamiento sobre un posible deber de los científicos para con la sociedad solo había empezado a suscitarse y en la que los mecanismos para la puesta en marcha de descubrimientos importantes, aún no eran operativos.

Las raíces de nuestra actitud actual hacia el consumo de tabaco, están en el renombrado estudio elaborado por Sir Richard Doll y sir Austin Bradford Hill, que se publicó en 1950 en la *British Medical Journal*. Doll y Hill demostraron que el riesgo de contraer carcinoma de los bronquios y pulmón era

mucho más alto entre fumadores que entre no fumadores, y que el incremento en el riesgo se relacionaba directamente con el número de cigarrillos fumados por día. Este estudio marcó el comienzo del cambio operado en el Reino Unido, para pasar de ser un país donde fumar era la norma, a ser uno en donde solo unos pocos profesionales todavía persisten en el hábito y, aún entre los no profesionales, la norma actual es no fumar.

La comparación realizada por el Dr. Ancel Keys entre los niveles de colesterol en suero en hombres americanos e italianos, descrita en *Lancet* de 1952, creó el escenario propicio para la investigación epidemiológica realizada sobre la relación entre la presencia de lípidos en la sangre y las enfermedades de las arterias coronarias. Aunque la relación entre la aterosclerosis y el colesterol en suero ya había sido deducida de experimentos realizados en animales y de la observación clínica, mucho antes de la aparición del artículo del Dr. Keys, y también se habían llevado a cabo algunos estudios sobre los niveles de colesterol en distintas poblaciones, dicho artículo sigue considerándose como un hito en el inicio de los esfuerzos titánicos, epidemiológico y de otras índoles, que se destinaron al descubrimiento de las causas de la enfermedad isquémica del corazón.

La tendencia de los niveles de colesterol en suero por edades, con respecto a hombres americanos de Minnesota que consumían una dieta típicamente americana, rica en grasas, y que eran propensos a una tasa de mortalidad alta por enfermedades de las arterias coronarias, fue comparada con la tendencia correspondiente a hombres italianos de Nápoles, cuya dieta era típicamente pobre en grasas y eran propensos a una tasa de mortalidad baja por enfermedades de las arterias coronarias. La tendencia correspondiente a los niveles de colesterol en suero de los hombres americanos en cuestión, aumentó en proporción directa con el aumento de edad mientras que, con respecto a los hombres italianos, no se registró ningún cambio a partir

de los 35 años. Keys escribió: *Es probable que estos hechos guarden relación con el desarrollo de la aterosclerosis y la incidencia de las enfermedades de las arterias coronarias*. Como consecuencia de este planteamiento, la actitud pública mantenida hoy con respecto a las dietas es considerablemente distinta de la que se mantuvo cuando se escribió.

El diagrama del profesor Jerry Morris, publicado en 1953 por Lancet, demostró que la mortalidad por enfermedades de las arterias coronarias era muy inferior en personas cuyas ocupaciones requerían un esfuerzo físico considerable, comparada con la de aquellas personas cuyas tareas les exigían un esfuerzo físico leve. Esta observación dio inicio a unos estudios sobre el personal de autobuses que, de entre toda la literatura mundial, fueron los primeros estudios realizados sobre la relación entre el ejercicio físico y las enfermedades de las arterias coronarias. Incluso propiciaron la elaboración de un estudio de la "epidemiología de uniformes", a fin de hacer un análisis comparativo del contorno físico de conductores e inspectores, a la fecha de inicio de su empleo. Este análisis de datos recogidos sistemáticamente, constituye el mismísimo origen de nuestra actual pasión por correr.

Por lo tanto, y a pesar de no contar con la aprobación de clínicos y científicos en general, quienes fueron incapaces de comprender estas importantes observaciones hechas en los años 50, han llegado a influenciar nuestras vidas en los 90 de un modo mucho más profundo de lo que nadie se hubiera imaginado entonces. Los orígenes de nuestro énfasis en mantener una dieta pobre en grasas, en liberarnos del hábito de fumar y en practicar "jogging", todos ellos derivan de los estudios epidemiológicos publicados a principios de la década de los 50. Las pruebas no dieron lugar a una reacción inmediata: antes tuvieron que transcurrir unos 30 años para que empezara a hacer impacto en las percepciones que la gente tenía de la salud, gracias a los informes elaborados por comités de ex-

ertos, a las actividades de difusión sanitaria y a una política impositiva de motivación y disuasión.

## EL FUTURO

Rothman, quien escribió como si viviese en el año 2004, vaticinó el fin de la epidemiología y marcó, como inicio de tal fin, una fecha situada en la década de los 70. Existían varios factores que contribuían a ello. Las pruebas epidemiológicas correspondientes a los eslabones entre factores de riesgo y resultado, se utilizaban en conflictos que surgían entre los intereses del comercio y los del consumidor. Los efectos leves de los factores de riesgo putativos, dieron pie para que los epidemiólogos argumentaran ambos lados del caso y, por tanto, se contribuyó a que tanto protagonistas como opinión pública perdiesen la paciencia. La cada vez mayor preocupación por mantener la intimidad y por la cuestión ética dificultó más que nunca la tarea de recoger información y la volvió propensa a no obtener respuesta. Los comités éticos restringieron cada vez más los criterios empleados para dar su aprobación. El sentido de propiedad sobre sus distintas comunidades locales, llevó a los comités a estrechar aún más su actitud, exigiendo a los epidemiólogos que obtuviesen aprobación de gran parte de ellos, antes de emprender cualquier estudio que incluyese varias entidades o zonas geográficas. La normativa, en continuo aumento, fue interpretada erróneamente por estos comités, con lo cual el uso de archivos institucionales quedaba supeditado al consentimiento previo del paciente. El tema, pues, perdió todo su atractivo para los académicos que en su día habían demostrado interés y así fue como se marchitó la epidemiología universitaria. Pocos fueron los estudios epidemiológicos de cierta envergadura publicados con posterioridad a 1990.

En efecto, cuando el artículo de Rothman se publicó en 1981 la opinión general era que, a pesar de todos los esfuerzos dedicados a estudiar la epidemiología de las principales enfermedades mortales, las con-

elusiones definitivas que habían surgido sobre la importancia de un cambio en el estilo de vida, eran sorprendentemente escasas. Esto atañe especialmente a la enfermedad isquémica del corazón. A pesar de la multitud de conocimientos que se habían adquirido acerca de mecanismos posibles, el fracaso de la intervención a nivel población fue rotundo, debido a los consejos contradictorios difundidos por los comités de expertos, la índole poco precisa de las pruebas y la reticencia del público a cambiar voluntariamente sus hábitos. Algunos de nosotros llegamos a preguntarnos si seguir destinando dinero al estudio de la enfermedad isquémica del corazón era o no malgastar los recursos económicos. Lo cierto es que no había surgido ninguna hipótesis nueva que fuese lo suficientemente radical como para justificar, de un modo convincente, las continuas subidas y bajadas de la enfermedad.

Felizmente esto no ha ocurrido, ya que han proliferado nuevas ideas y enfermedades, cuya solución ha requerido ingenio epidemiológico. He aquí dos ejemplos. El SIDA es la más evidente, ya que representa la mayor amenaza para la humanidad. Gottlieb la declaró por primera vez en el *Morbidity and Mortality Weekly Bulletin* de lo CDC publicado en verano de 1981, es decir, tres meses después de la aparición del artículo pesimista de Rothman. Fue un informe clínico referente a cuatro homosexuales jóvenes que padecían de neumonía persistente de tipo *Pneumocystis carinii* y candidiasis extensa de la mucosa y cuyo sistema inmune estaba comprometido. Eran inusuales porque las infecciones no se habían detectado anteriormente en circunstancias análogas. Incluso uno de ellos llegó a desarrollar sarcoma de Kaposi ocho meses después de administrarle su primer tratamiento. Informes posteriores dieron lugar al surgimiento de un líder en el *New England Journal of Medicine* en diciembre de 1981. Si bien el sarcoma de Kaposi era frecuente entre los afectados, la detección de este tipo de neoplasma en jóvenes residentes de países occidentales era prácticamente inexistente. El autor líder se

planteó la pregunta epidemiológica: ¿Cuál era el factor común entre pacientes homosexuales, receptores de transplantes de riñón, ancianos americanos y jóvenes africanos, si todos ellos eran propensos a contraer sarcoma? El citomegalovirus fue considerado como posible organismo causal, ya que se detectó su presencia en muchas de las víctimas, pero como se conocía desde hacía muchos años y el síndrome era nuevo, se pensó que debía haber algún otro factor implicado. Al igual que en la investigación del brote de una enfermedad infecciosa, era preciso contar con información sobre la epidemiología que pudiese aportar pistas a la etiología. Era una oportunidad perfecta para aplicar técnicas epidemiológicas a una enfermedad completamente nueva. Los estudios epidemiológicos identificaron importantes factores de riesgo para la enfermedad. Se pudo clasificar el patrón de la infección en tres tipos: el primero se encontró en países industrializados donde la enfermedad se había registrado predominantemente entre hombres homosexuales o bisexuales y usuarios de drogas por vía intravenosa, mientras que la transmisión heterosexual era poco frecuente. La transmisión también se registró en casos de exposición a sangre y productos derivados de la sangre, aunque éste está ahora bajo control gracias a la exclusión de donantes infectados. El segundo patrón lo encontramos en África central, oriental y austral, donde la mayoría de los casos se detectaron en heterosexuales y donde la transmisión a niños es habitual. El tercer patrón se localiza en Oriente Medio y Lejano, donde sólo se detectó un número reducido de casos.

A la par que se descubrió la epidemiología, el personal especializado en muchos otros campos volvió su atención a esta nueva enfermedad. El organismo causal fue descrito en 1983 por un equipo de investigadores franceses dirigidos por Montaignier y en 1984 por Gallo, en los Estados Unidos. Se ensayó un tratamiento clínico y se crearon fármacos nuevos. Pero la defensa más importante contra el SIDA se ha logrado a través de canales de la salud pública, dedicados

a difundir un comportamiento preventivo basado en los resultados epidemiológicos. Aún después de 11 años de experiencia, todavía sabemos relativamente poco acerca de los mecanismos, a través de los cuales puede alterarse el comportamiento sexual como para hacer frente a la amenaza del SIDA. La Salud Pública sigue luchando con las cuestiones éticas que plantea la divulgación de los resultados de tests serológicos, debido al conflicto que se crea entre mantener la intimidad del individuo infectado, por un lado, y garantizar el bienestar general de la población, por otro. Se mire por donde se mire, el SIDA ha sido un asunto clave con relación a los dos aspectos del título de esta ponencia: una investigación epidemiológica básica y acciones de salud pública.

Como segundo ejemplo, me gustaría analizar otro tema bastante distinto del anterior: los orígenes de la enfermedad isquémica del corazón, la cual nos ha servido de formación durante mucho más tiempo que el SIDA. El ensayo innovador de Forsdahl publicado en 1977, fue el inicio de un punto de vista moderno. Quizá nunca se le hubiese dado un merecido reconocimiento, de no ser por los acontecimientos que de él resultaron. Forsdahl estaba interesado en explicar el por qué de las amplias variaciones que se registraban en la mortalidad por toda la superficie de los condados de Noruega, a pesar de la relativa homogeneidad de los niveles de vida. Planteó la hipótesis de que el historial del individuo correspondiente a la primera etapa de su vida, podría determinar la susceptibilidad a la EIC (Enfermedad Isquémica del Corazón) y que dicho historial podría medirse, de forma aproximada, utilizando la mortalidad infantil como baremo. Correlacionó la mortalidad actual por enfermedad arteriosclerótica del corazón, correspondiente a las edades comprendidas entre 40-69 años, con la mortalidad infantil de 50 años antes. Las correlaciones para ambos sexos fueron notablemente altas, más aún en los hombres. Su interpretación fue que una gran pobreza durante la infancia y la adolescencia, seguida de una época de pros-

peridad es un factor de riesgo para la enfermedad arteriosclerótica del corazón.

Barker y sus colegas de Southampton han seguido una línea de investigación basada en tal observación. Su hipótesis es que el origen de las enfermedades adultas no sólo se establece en la infancia, sino que proviene ya del entorno intrauterino. Si bien muchos epidemiólogos eminentes se han especializado en niños, posiblemente empezando por Donald Reid (famoso por su labor en las enfermedades respiratorias), las oportunidades de investigar a los padres de los adultos o ancianos actuales no han sido frecuentes. Este obstáculo no pudo derribarse hasta hace muy poco tiempo.

La evidencia proviene de dos fuentes. Una de ellas es, como en el caso de Forsdahl, la información sobre mortalidad y la otra, la información de nacimientos y de su posterior seguimiento contenida en registros detallados que, por casualidad, había mantenido personal perspicaz encargado de los registros hospitalarios. Barker descubrió que la mortalidad infantil de unas 200 zonas bajo la jurisdicción de autoridades locales en los años 1921-25, estaba estrechamente correlacionada con la mortalidad por la enfermedad isquémica del corazón y bronquitis, entre otras enfermedades, en personas de 35-74 años en 1968-78. Los coeficientes de correlación fueron de 0,73 y 0,82 respectivamente. La relación se daba tanto en mujeres como en hombres. Si se analizaba la información según los dos componentes de mortalidad infantil, mortalidad neonatal y posneonatal, la enfermedad isquémica del corazón mostró una fuerte relación con ambos, mientras que la bronquitis presentaba una marcada relación únicamente con la mortalidad posneonatal. La importancia de establecer esta división de la mortalidad infantil, se debe a que la neonatal representaba los efectos dañinos del entorno intrauterino y la posneonatal, los efectos dañinos del entorno posnatal. Si bien la mortalidad por accidentes cerebrovasculares no guardaba una alta correlación con ninguna de las medidas

de mortalidad precoz, en 1911-1914 fue estrechamente relacionada con la mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna, excluyendo la fiebre puerperal, se interpretó como un índice de la salud y el estado físico materno y, por tanto, otra medida del entorno intrauterino.

El grupo de Southampton recorrió la totalidad del territorio del Reino Unido en busca de registros de nacimientos y mediciones de nacimientos. Encontraron registros detallados en Hertfordshire (al norte de Londres) y en la ciudad de Preston (cerca de Manchester). Pudieron relacionar el peso al nacer y el peso de la placenta (medidas del entorno intrauterino) y el peso al año de edad (una medida del entorno posneonatal) con la mortalidad y con las medidas elaboradas en la actualidad en base a adultos supervivientes. Se encontraron con que los factores de riesgo en adultos con respecto a la enfermedad isquémica del corazón se relacionaban predominantemente con el entorno intrauterino y con cierto efecto del entorno existente en el primer año de edad. Por lo tanto, en lugar de suponer que las semillas de la enfermedad isquémica del corazón fueron sembradas en la infancia, tal y como muchos otros habían probado, el grupo Southampton ha señalado que la salud materna es de vital importancia.

La interpretación de la epidemia de enfermedad isquémica del corazón desde principios de siglo, es la siguiente: el feto está programado para hacer frente al mundo exterior de acuerdo con su entorno intrauterino. Para aquellos que experimentaron un entorno pobre, una exposición a la abundancia en su vida posterior les llevó a un rápido desarrollo de aterosclerosis y a una tendencia trombótica. Los primeros en experimentar este efecto serían las clases sociales más altas y de ahí los mayores índices iniciales de la enfermedad. Con el transcurso del tiempo, las madres de las clases sociales más altas habían mejorado notablemente su salud y su estado físico, sus hijos estaban programados para la abundancia y posteriormente llegaron a padecer de la enfermedad isquémica del

corazón en menor grado que las generaciones anteriores. En las clases sociales más bajas, el proceso se dio más tarde y por lo tanto sus tasas de mortalidad superan a las de clases sociales más altas. La disminución general en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, registrada por primera vez en los Estados Unidos al final de los años 60 y que ahora se ha detectado en muchos otros países, es el resultado de una mejoría general del estado físico y de la nutrición materna, conseguida en el transcurso de este siglo.

El estudio no invalida en modo alguno todo lo descubierto en materia de epidemiología de la enfermedad isquémica del corazón. Más bien añade una nueva dimensión, un modo de pensar innovador con respecto a la prevención de la enfermedad que nos obliga a centrar la atención en el desarrollo de una población femenina sana, en beneficio de las generaciones futuras. A pesar de los vaticinios pesimistas de Rothman, en mi opinión todavía queda mucho por hacer en el campo de la epidemiología, aunque necesitaremos echar mano de todo nuestro ingenio para solucionar los nuevos y cada vez más numerosos problemas que se nos presentan.

## EPIDEMIOLOGIA Y PROMOCION DE LA SALUD

La epidemiología es una poderosa herramienta con la que se puede investigar la interacción de factores genéticos y medioambientales y su relación con la enfermedad. Pero es también un instrumento con el que podemos probar la eficacia de intervenciones supuestamente promotoras de la salud. Ésto es lo que James Lind hizo hace tantos años y es un enfoque que aún hoy mantiene su validez. Permítanme ofrecerles un ejemplo de la labor que realizamos en nuestro departamento de Dundee.

En 1988, el mundo se sorprendió ante la publicación en *Lancet* del estudio de Benton y Roberts sobre la administración de vitaminas a niños en edad escolar como complemento de su dieta alimenticia. El estudio se había idea-

do con el fin de probar la idoneidad de las dietas alimenticias en niños de sociedades industrializadas, que muchos consideraban pobres en minerales y vitaminas. Si los resultados demostraban una relación entre una dieta inadecuada y el rendimiento escolar ésto implicaría acciones importantes de Salud Pública.

Fue un ensayo controlado que se realizó en 90 niños de EGB con edades comprendidas entre 12-13 años. Se dividieron en 3 grupos de igual tamaño: el formado por niños a quienes se administró el suplemento; el formado por aquellos a quienes se administró un placebo y por último el grupo que incluía a niños que no recibieron nada. La prueba comenzó al iniciarse el año escolar y continuó hasta el mes de junio siguiente. Se les examinó antes y después de administrarles el suplemento vitamínico, por medio de una batería verbal que incluía al Test de Capacidad Cognitiva y al Test Calvert No Verbal. En el examen se mostraba un gráfico indicando que no había diferencia en el incremento de la puntuación de inteligencia verbal, entre los grupos suplemento y placebo, sí había una diferencia considerable en inteligencia no verbal a favor del suplemento. Los autores declararon que "las carencias dietéticas impiden la función neural en estos niños".

Este resultado llegó hasta los titulares de muchos periódicos, en especial los de la prensa amarilla. El fabricante de tales complejos multivitamínicos los lanzó al mercado, previa campaña promocional citando al estudio como prueba de su eficacia. La venta de preparados vitamínicos en general, se disparó en todo el país y se hizo una llamada para tomar medidas encaminadas a mejorar la dieta alimenticia de los niños británicos. ¡Este es uno de los pocos ejemplos de la puesta en marcha instantánea de un proyecto, a pesar de la falta de pruebas fiables!

Si el resultado hubiese sido correcto, entonces habría cobrado una enorme importancia, tanto para la salud pública como para una política dietética. Era importante confir-

mar el resultado, ya que el estudio presentaba ciertas "lagunas", entre las que cabe mencionar que no tuvo en cuenta los resultados del grupo, a cuyos niños no se administró ni el suplemento ni el placebo. Si estos resultados se hubiesen trazado en el gráfico, habrían quedado exactamente a mitad de camino entre las otras líneas, sin que pudiese observarse una diferencia significativa con respecto a ninguna de las otras dos.

El Reino Unido, los Estados Unidos e Israel pusieron en marcha un estudio de gran envergadura, bajo la dirección de Hans Eysenck, John Yudkin, Stephen Schoenthaler, E. Peritz y otros. Benton, por su parte, emprendió un estudio sobre seis colegios en Bélgica. Ambos estudios fueron objeto de críticas: el de Benton, porque se había mostrado partidario de un punto de vista específico, y el otro, porque se había financiado con cantidades considerables de dinero procedente de la fabricación de vitaminas. El Dr. Cropmbie y yo propusimos otro estudio, aunque basado en exactamente el mismo protocolo y suplementos que se utilizaron en el estudio original de Benton y Roberts. Trabajamos en colaboración con el Departamento de Psicología de Dundee y el Rowett Institute de Aberdeen, a cuyo cargo estuvo el análisis dietético.

El diseño fue esencialmente el mismo, salvo que los niños tenían edades comprendidas entre los 11 y los 13 años y que utilizamos tres tests adicionales de inteligencia no verbal y un test adicional de inteligencia verbal. Los niños fueron divididos sólo en aquellos dos grupos que supuestamente presentarían la mayor diferencia, es decir, aquellos que recibiesen el suplemento vitamínico o el placebo.

La historia puede resumirse mostrando el mismo cuadro de Benton y Roberts, sólo que usando nuestra información. No hubo una diferencia significativa entre los cambios en la puntuación, durante el transcurso del año escolar. De hecho, si consideramos a todos los test en cuestión, el cambio indicado en el gráfico fue, sin duda, el más significativo de los registrados; los demás tests de inte-

ligencia no verbal no daban indicio alguno sobre un posible efecto del suplemento vitamínico. Este estudio se realizó respetando al máximo los métodos empleados. No sólo había niños suficientes para demostrar un efecto bastante inferior al hallado por Benton y Roberts, sino que también se pusieron todos los medios, agotadores pero que garantizaron el éxito de la empresa, para asegurar la cooperación de los niños durante todo el año.

Los resultados de los otros dos estudios aparecieron un año más tarde. Los efectos publicados fueron los previstos, pero no eran generalizados sino más bien con respecto a ciertos subgrupos y también existían pruebas que confirmaban un alto índice de incumplimiento. Del estudio realizado en los tres países, sólo se publicaron los resultados del de Estados Unidos, a pesar de lo incierto en la evidencia, salió a la venta un nuevo complejo vitamínico llamado Vitachieve, elaborado específicamente para niños en edad escolar, y se editó un libro en el cual se explicaba la importancia de los suplementos vitamínicos con relación al coeficiente intelectual y el comportamiento del niño.

Esta vez no pudieron engañar a los periódicos. Basándose en las pruebas presentadas en el estudio de Dundee y en otro estudio que se realizó empleando técnicas distintas, la actitud de los científicos corresponsales fue decididamente hostil. Vitachieve duró unos pocos meses en el mercado y la empresa fabricante del paquete IQ Coeficiente intelectual, perdió la batalla legal que había emprendido para comercializar su producto bajo tal nombre.

## CONCLUSION

Las directrices para la epidemiología moderna son variables y el desafío al que se enfrenta la Salud Pública, es llevar a la práctica los resultados en beneficio de la comunidad. Continuamente surgirán nuevos problemas y

su solución exigirá una dosis considerable de especialización. Sin embargo, tengo serias dudas de que aún quede sitio para ciertos tipos de estudio. Me pregunto si merece la pena repetir estudios que han sido ya elaborados en muchas ocasiones y cuyos resultados han sido los mismos, en distintos entornos. Por ejemplo, podríamos argumentar que, en vista de las ingentes cantidades de información de que se dispone sobre los efectos dañinos del hábito de fumar tabaco, cualquier investigación ulterior no aportaría nada de interés para la salud pública. Si bien quizá podría hacerse aún más respecto al peligro del tabaco, éste ya ha sido reconocido por la acción de los gobiernos y por las autoridades sanitarias.

Posiblemente, los resultados locales motivan más la toma de medidas al ser más convincentes ante una autoridad sanitaria preocupada por ceñirse a un presupuesto. La Salud Pública podría sacar mayor provecho de una estrategia alternativa y más económica. La carga de las enfermedades podría ser evaluada a partir de estadísticas locales de mortalidad y morbilidad, recogidas sistemáticamente, y del riesgo estimado atribuible, basado en los resultados epidemiológicos de terceros. Entre otros ejemplos, podemos mencionar las evaluaciones de la tensión sanguínea o los niveles de colesterol en suero y su relación con la enfermedad isquémica del corazón. La tentación de comprobar si lo que es cierto en otro sitio lo es también en nuestra propia zona puede ser muy fuerte, pero probablemente carezca de todo valor desde el punto de vista epidemiológico.

La función de la epidemiología es probar hipótesis y que, cada vez que se haga un estudio, éstas arrojen una nueva luz sobre el tema en cuestión. Siempre que haya una hipótesis nueva, sea cual fuere la dimensión del progreso alcanzado, la salud pública se beneficiará de la labor realizada.

**MESA REDONDA****EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN. PERSPECTIVAS****Miguel Gili Miner**Departamento de Medicina Preventiva.  
Universidad de Sevilla

No es tarea fácil hacer una síntesis sobre las perspectivas de la utilización de la epidemiología en prevención, más aún si se pretende enmarcarla en el contexto histórico y social de la España de 1992, y hacer una exposición sobre todos estos aspectos en breves minutos. Es probable que si se solicitase la opinión de los participantes en estas Jornadas sobre estas perspectivas se obtuviera un amplio espectro de puntos de vista sobre el tema, seguramente muy fructífero e interesante pero también con enfoques muy diversos y difícilmente comparables. Por ello, voy a permitirme comentar algunos problemas que estimo importantes, admitiendo y advirtiendo que hay un inevitable sesgo personal en la selección de los items. Asimismo, en esta selección no aleatoria de problemas me voy a permitir sacar a la luz algunos surgidos en estudios con los que estoy más familiarizado por haber participado como investigador en ellos.

Uno de los problemas que surge al pretender aplicar los resultados de la investigación epidemiológica en programas de prevención es el de las marcadas diferencias interregionales y de *la cautela con la que se debe aplicar resultados de nivel nacional a nivel regional o local*. Un ejemplo es el análisis comparativo de los resultados de la encuesta Gallup sobre los patrones de consumo de alcohol en España<sup>1</sup> y los resultados del estudio OMS-Ministerio de Sanidad y Consumo de la Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Alcohol<sup>2,3</sup>. En ellos puede observarse que los datos sobre patrones de consumo, actitudes y normas culturales frente a la bebi-

da, prevalencia de problemas y utilización de servicios a nivel nacional son engañosos cuando pretenden aplicarse a Cantabria y Sevilla, donde los resultados de estas variables se desvían ostensiblemente de las medias nacionales, en uno y otro sentido. El análisis a nivel nacional es imprescindible para la planificación general de programas de prevención y control de los problemas relacionados con el alcohol, particularmente las medidas de orden legislativo y social, pero el estudio a nivel local es también imprescindible para identificar los grupos sobre los cuáles debe actuarse con programas específicos, particularmente los educativos y los asistenciales, dadas las grandes diferencias interregionales existentes.

Otro problema es el del *mercado desfase cultural intergeneracional*. En España nos encontramos con abismales diferencias culturales entre generaciones, conviviendo niños, adolescentes y jóvenes familiarizados con el manejo de computadores personales con muchas personas mayores con grandes limitaciones en la interpretación de los textos de los periódicos, y mucho más de cuestionarios sobre problemas de salud y folletos con mensajes educativos. Esto plantea un interesante problema técnico en el diseño de estudios epidemiológicos dirigidos a grupos en los cuáles coexisten colectivos de distintas edades (por ejemplo, la población general, o los usuarios de centros de salud). Así, un cuestionario postal o auto-respondido puede ser una herramienta de trabajo aceptable entre población joven y de mediana edad, pero las tasas de no-respuesta y los

errores de interpretación cuestionan su aplicación a grupos de edad más avanzada, obligando a emplear otras opciones, por ejemplo, entrevistas personales, lo cual encarece notablemente los programas de intervención.

Además de estos problemas culturales, la *evolución demográfica* de la población española plantea ya, y presentará con creciente gravedad, otros serios problemas en la planificación de programas preventivos. La longevidad creciente de la población española va a determinar que a principios del siglo XXI más de un 25% de la población tenga más de 65 años. Esta creciente proporción de personas mayores elevará el número absoluto de enfermedades crónicas, aun cuando disminuya entre ellos la incidencia de estas enfermedades. En otros casos inclusive va a aumentar la incidencia de ciertas enfermedades crónicas incapacitantes, como la artritis, las lumbalgias y otros problemas musculoesqueléticos, con su consiguiente gravamen sanitario, social y económico. Los porcentajes de supervivientes con graves incapacidades tras un infarto de miocardio o un ictus apoplético van a seguir siendo progresivamente mayores. La proporción de enfermos con insuficiencia renal crónica que inicien tratamiento sustitutivo de hemodiálisis serán también crecientes, al igual que el número de trasplantes<sup>4</sup>. Las necesidades de Unidades de Cuidados Intensivos serán también crecientes dada la plétora de personas mayores con enfermedades basales graves pero con supervivencias cada vez más prolongadas. Los consumos de vasodilatadores cerebrales pueden llegar a alcanzar cifras estremecedoras si su prescripción sigue en el futuro los patrones actuales.

Estas expectativas plantean una serie de líneas prioritarias en la investigación epidemiológica española, no sólo por el impacto sanitario y social de estos problemas de salud sino también por su agobiante costo económico. Se precisará de un buen número de estudios epidemiológicos para poder afrontar la resolución más práctica y menos costosa de estos problemas. Seguramente cambiarán los ac-

tuales criterios de admisión de pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis y tenderán a ser más restrictivos. Algo similar acontecerá en los programas de trasplantes de órganos. Los estudios de supervivencia en Unidades de Cuidados Intensivos permitirán definir quienes deben y quienes no deben ser admitidos en estas Unidades, sea porque no es necesario o porque igualmente van a fallecer<sup>5</sup>. ¿Quién sabe, hasta es posible que los ensayos clínicos sobre vasodilatadores cerebrales nos saquen a todos de dudas sobre su eficacia real y se regule su prescripción?

Otro motivo de preocupación lo seguirá constituyendo el de las *marcadas diferencias de morbilidad y de mortalidad entre las diferentes clases sociales de la población y su muy distinta utilización y aprovechamiento de los servicios sanitarios*. Durante las últimas décadas no se ha logrado reducir en la misma medida en todos los países desarrollados las diferencias entre estas clases sociales. Lo cierto es que en todas las regiones españolas la salud y la enfermedad no se distribuyen en la sociedad de forma aleatoria. Ciertos grupos sociales están enfermos con mayor frecuencia que otros, y mueren antes. A pesar del espectacular desarrollo económico y social alcanzado durante este siglo, las diferencias entre clases sociales siguen manteniéndose en gran medida. Las clases sociales más bajas siguen estando sujetas a tasas de mortalidad, morbilidad e incapacidad más elevadas. Estos hechos, y el que estos grupos hacen menor y peor uso de los servicios sanitarios<sup>6</sup>, refuerzan la necesidad de reorientar los patrones asistenciales no sólo en la conjugación de las actividades curativas con las preventivas, sino también en alcanzar una equidad en la asistencia, de tal forma que se beneficien más de los programas asistenciales aquellos que más necesidad tienen de ellos. En este tema no puede olvidarse que es fácil caer en el error de *medicalizar problemas que son esencialmente sociales*. Los programas de prevención aplicados con criterios de equidad solo deberían ser considerados como una herramienta más

en el contexto de necesidades que deben satisfacerse con medidas de orden político: medidas legislativas, medidas sociales, medidas educativas y política sanitaria, todas ellas orientadas a disminuir la desigualdad social.

La desigualdad social ante la salud plantea nuevos problemas en la investigación epidemiológica que quiere aplicarse en programas de prevención, y que se hacen evidentes en el estudio sobre el estado nutricional de la población infantil de Andalucía<sup>7</sup>. Los tiempos en los que el estado nutricional en las distintas clases sociales se cuantificaba con criterios clínicos es ya una anécdota histórica en España. Inclusive los indicadores antropométricos de desnutrición reciente (-2 DE o por debajo del percentil 5 de la curva de Peso/Talla del NCHS/CDC) o de desnutrición antigua (-2 DE o por debajo del percentil 5 de la curva de Talla/Edad del NCHS/CDC), son insuficientemente discriminantes cuando se comparan en diferentes clases sociales. En cambio, si se busca un "estado de desnutrición limítrofe" ("borderline") definiéndolo en indicador de desnutrición reciente como por debajo del percentil 10 de la curva de Peso/Talla del NCHS/CDC e indicador de desnutrición antigua como por debajo del percentil 10 de la curva de Talla/Edad del NCHS/CDC, se encuentra una clarísima estratificación, tanto si se emplean indicadores de renta, de nivel educativo o de grupo socio-ocupacional.

No deja de ser curioso que en España no existe uniformidad en la utilización de indicadores de clase social; cada grupo elabora los suyos propios o adopta alguno de fuera (a veces con notables dificultades). Me atrevo a sugerirlo como tema a tratar por la Sociedad Española de Epidemiología y el Centro Nacional de Epidemiología.

En suma, pretendiendo sintetizar los problemas que he planteado, puedo decir que:

1.º Habrá una creciente necesidad de descentralizar la investigación epidemiológica para que ésta sea más informativa y re-

levante en el nivel donde se van a aplicar los programas de prevención. Esto deberá conjugarse con una centralización de la información y su disponibilidad para todos los grupos del país. Esta última función deberá asumirla de forma creciente el Centro Nacional de Epidemiología.

2.º En el diseño de estudios epidemiológicos y en la evaluación de programas de intervención será imprescindible tener en cuenta las notables diferencias de nivel cultural entre generaciones, y emplear herramientas apropiadas para la recogida de información en cada grupo.

3.º La evolución demográfica de la población va a agudizar el impacto de problemas de salud que ya hoy en día son muy importantes por su costo económico y de dedicación de recursos humanos y asistenciales. Los estudios epidemiológicos deberán jugar un papel fundamental en la definición de criterios de inclusión y de exclusión en los programas asistenciales disponibles para la resolución de estos problemas (Unidades de Cuidados Intensivos, Programas de Hemodiálisis, Trasplantes, ¿prescripción de vasodilatadores cerebrales?)

4.º Un área prioritaria de los programas de promoción de la salud y de prevención específica será el de la corrección de las desigualdades sociales en salud. Este capítulo será realmente efectivo si es un componente más de un programa intersectorial encaminado a disminuir las desigualdades sociales con otras medidas de carácter político. La investigación epidemiológica va a precisar en algunos casos de nuevos indicadores del estatus de enfermedad o de problema de salud, y de una uniformidad nacional de los indicadores de clase social para permitir la comparabilidad de los resultados obtenidos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Enríquez R. Encuesta ICSA-GALLUP. Estudio de los hábitos de consumo de alcohol

- de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
2. Gili M, Giner J, Lucalle JR, Franco D. Patterns of consumption of alcohol in Seville, Spain. Results of a general population survey. *Brit J Addict*, 1989; 84: 277-285.
  3. Díez JF, Peña C. Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol en Cantabria. En: *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1989:99-107.
  4. Gentil MA, Gili M, García T, Frutos M. Tendencias en la admisión de pacientes de insuficiencia renal crónica para tratamiento sustitutivo. Experiencia de un programa regional. *Nefrología*, 1986; 6:101-107.
  5. Lemeshow S, Teres D, Avrunin JS, Pastides H. A comparison of methods to predict mortality of intensive care unit patients. *Crit Care Med*, 1987;15: 715-722.
  6. Rodríguez JA. El reparto del bienestar: salud y desigualdad social en España. VII Reunión Científica: Aportaciones de la Epidemiología a la estrategia de Salud para todos. San Sebastián: SEE. 1988: 193-234.
  7. Briones E, Perea E, Ruiz MP, Torro C, Gili M. The Andalusian Nutritional Survey: comparison of the nutritional status of Andalusian children aged 6-60 months with that of the NCHS CDC reference population. *Bulletin of the Bull WHD*, 1989; 67: 409-416.