

Revista Española de Salud Pública



VOLUMEN 74

MONOGRÁFICO

2000

ENCUENTRO CONMEMORATIVO DEL CENTENARIO DEL NACIMIENTO DE MARCELINO PASCUA
MARTÍNEZ (VALLADOLID, 1897 – GINEBRA, 1977)

EL NACIMIENTO DE LA SANIDAD CONTEMPORÁNEA ESPAÑOLA, 1925 – 1944
MOTIVACIONES, ACTORES Y ACCIONES

Madrid, 13 de junio de 1997

INTERVENCIONES

La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933. **J Bernabéu Mestre. 1**

La Fundación Rockefeller y el organismo de salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas. **P Weinding. 15**

El nacimiento de la sanidad contemporánea española, 1925-1944. Motivaciones, actores y acciones. la intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España. **E Rodríguez Ocaña. 27**

Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la 2ª República. **R Huertas. 35**

Salud y burocracia en España. los Cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951). **J Molero Mesa e I Jiménez-Lucena. 45**

De la información a la acción: la vigilancia de la salud pública. **JF Martínez Navarro. 81**

La influencia de la investigación en las políticas de salud y en la práctica sanitaria. **A Segura. 87**

Epílogo para después de un paseo con don Marcelino Pascua. **F García Benavides. 95**

LA UTOPIA REFORMADORA DE LA SEGUNDA REPUBLICA: LA LABOR DE MARCELINO PASCUA AL FRENTE DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD, 1931-1933

Josep Bernabeu Mestre

Departament de Salut Pública [Història de la Ciència]. Universitat d'Alacant.

INTRODUCCIÓN

En noviembre de 1932 la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (1932, 7/11, 1148-1149) abrió su sección de *Noticias* con una gacetilla en la que se informaba del homenaje que se había ofrecido al Director general de Sanidad, Marcelino Pascua Martínez (1897-1977). La comida homenaje había tenido lugar en el Hotel Ritz de Madrid, y a la misma habían asistido más de quinientos comensales. Entre los asistentes se encontraban los ministros Fernando de los Ríos e Indalecio Prieto.

La Comisión organizadora del homenaje, formada entre otros por Blas Cabrera, José Ortega y Gasset, Sebastián Recasens, decano de la Facultad de Medicina de Madrid, Gregorio Marañón, Verdes Montenegro, Gustavo Pittaluga y Julio Bejarano, destacaba en una nota de prensa la labor de reconstrucción de la Sanidad pública que había emprendido Marcelino Pascua desde el momento en que se hizo cargo, en abril de 1931, de la Dirección general de Sanidad. Llamaban la atención sobre *la moderna orientación científica y la clara visión que tenía del problema sanitario español*, así como sus dotes de organizador e intensa preparación científica. Con la llegada de Pascua a la Dirección gene-

ral, afirmaban los organizadores del acto, la Sanidad nacional había iniciado una nueva etapa. La nota informativa finalizaba con estas palabras: *Nada más justo que ofrecerle en una comida el cordial testimonio, la admiración y el agradecimiento de todos los que nos interesamos sinceramente —técnicos y profanos— por el progreso de la Sanidad pública en España.*

El homenaje coincidía con uno de los momentos de mayor crispación política del primer bienio republicano, y más concretamente con el enfrentamiento que mantenían los socialistas (en el gobierno republicano-socialista de Azaña) y los republicanos radicales de Lerrox (en la oposición) (Ruiz Manjón, 1976: 316-321). Hay que destacar, además, la ausencia en el acto de homenaje del ministro de la Gobernación, dependencia de la que dependía la Dirección general de Sanidad. La cartera de Gobernación era ocupada por Santiago Casares Quiroga, de la Federación Republicana Gallega, quien había substituido a Miguel Maura en la crisis ministerial de octubre de 1931 (Ruiz Manjón, 1976: 246-248).

La crispación política que dominaba la escena política nacional, agudizaba el acoso a que estaba siendo sometido Marcelino Pascua por parte de la Asociación de Sanitarios Titulares. No hay que olvidar el papel destacado y la influencia del colectivo de médicos titulares en las filas del Partido Republicano Radical. Los radicales llegaron a contar con un grupo técnico de «clases sanitarias» que

dependía de la Secretaría del Partido (Ruiz Manjón, 1976: 644-645)¹.

En cierto modo, la comida homenaje a la que hemos hecho referencia además de testimoniar el reconocimiento a la labor de Pascua como responsable de la Sanidad Nacional, tenía un claro trasfondo político y no era ajena al enfrentamiento y a la polémica que se había generado entre Pascua y el colectivo de médicos titulares que reivindicaba su pase a funcionarios del Estado. Las palabras pronunciadas por Gregorio Marañón en dicha comida no dejan lugar a dudas (Homenaje al doctor Pascua, 1932):

El doctor Pascua ha sido muy combatido. No creo impertinencia el recordarlo. Para crear las bases de un nuevo estado de cosas hay que herir o molestar a muchos: a todos los que representan en la organización social la herrumbra de las máquinas gastadas. Es difícil, acaso heroico, asumir este papel. Y más cuando se pertenece a la misma clase profesional de los perjudicados [...] ¿Adelante,

(1) La publicación *Vida Médica* (1933; XII (383): 5) al recoger la noticia del cese de Marcelino Pascua, afirmaba que se había producido como consecuencia de la ley de incompatibilidades y del acuerdo adoptado por la comisión ejecutiva del partido socialista, para añadir a continuación: suponemos el efecto que la lectura de esta noticia habrá de causar en el ánimo de los médicos titulares, tan esperanzados un día por las promesas del doctor Pascua como desilusionados hoy ante la realidad del Reglamento, la última desdichada obra del hombre que no supo corresponder al crédito de confianza que durante muchos meses le hubieron de conceder sus compañeros [...] La Asociación de Titulares se puede afirmar que ha muerto a manos del doctor Pascua, al menos con su carácter de oficial, ya que al ser privada del Escalafón [sic] y de la expedición de documentos para la ficha de méritos se le han cegado sus fuentes de ingresos más saneadas y seguras.

Sobre el modelo sanitario que se defendía desde las filas del Partido Republicano Radical, pueden consultarse diversos trabajos publicados en la revista *Vida Médica*: El Partido Radical, la sanidad y los técnicos (Muñoz Antuñano, 1932), El ministerio de Sanidad (1933) y La Sanidad pública (Estadella Armó, 1933). Además, la relación entre los republicanos radicales y algunos medios de la prensa profesional resultaba más que evidente (Domínguez, 1932). En otoño de 1933, con motivo de la convocatoria de elecciones generales, la revista *Vida Médica*, bajo el título de Política sanitaria (1933: 3), afirmaba, refiriéndose al Partido Republicano Radical: *El ideal sería que en las elecciones pudieran actuar verdaderos candidatos sanitarios; sin ninguna otra significación política; ya que eso no puede ser, cuidemos de otorgar nuestra confianza y nuestros votos a los candidatos políticos que se comprometan, por sí o por sus partidos, a la defensa de la causa sanitaria.*

pues, doctor Pascua? No hemos venido aquí a honrar un labor terminada. Lo que ahora se empieza tardará decenios en alcanzar su fin, y ésta es otra de las glorias de nuestro tiempo [...] Y hemos venido aquí para decírselo a él y por decírselo al Gobierno que le sostiene y empuja. Y eso es todo

Los hechos que acabamos de resumir nos sitúan, como ya hemos indicado, en uno de los momentos políticos más delicados del llamado bienio transformador. Alcalá Zamora no supo comprender que la alianza republicana-socialista o terminaba su obra consolidando la República recién nacida o el régimen entraba en la vía del fracaso (Tamames, 1988: 20-24). Don Niceto pensó que tal vez un giro al centro permitiría esa consolidación en condiciones más idóneas. A esa tesis se añadió la defección (abandono de una causa con deslealtad) de Lerroux, provocada por su recelo hacia un Azaña que pactaba sin reserva con los socialistas. El resultado fue, como es conocido, la disolución de las Cortes en el otoño de 1933. Unos meses antes, el 28 de abril de 1933, Marcelino Pascua presentaba su dimisión como Director general de Sanidad.

Resulta difícil valorar el trabajo que llevaron a cabo los gobernantes del primer bienio republicano. Como ha señalado más de un autor, probablemente podrían haberlo hecho mejor (Tamames, 1988: 115-119). En cualquier caso, conviene recordar, que salvo raras excepciones como las de Alcalá Zamora, Maura, y en cierto modo, Largo Caballero, estaban faltos de experiencia en las tareas de gobierno. Con todo, a pesar de que se iniciaban en las funciones públicas, aquellos primeros gobernantes republicanos se plantearon en profundidad la modernización del país.

La sanidad, junto con la educación, se convirtieron en elementos claves para la modernización (Mazuecos, 1980). En esta ocasión, nos gustaría abordar la gestión de Pascua como Director general de Sanidad y analizar las razones que le llevaron a presentar su dimisión. Utilizaremos como guía de nuestro recorrido, las actividades que generó la Dirección general y que quedaron plasmadas en circulares, ordenes ministeriales, decretos, etc, además de la prensa periódica y la prensa profesional para

conocer la valoración que mereció su labor en diversos colectivos y acercarnos al contexto socio-político del momento. Antes, sin embargo, nos gustaría recordar, brevemente, las condiciones que acompañaron la incorporación de Marcelino Pascua a la actividad política.

INTELECTUALES METIDOS A POLÍTICOS

El período comprendido entre el final de la Dictadura de Primo de Rivera, en los últimos días de enero de 1930, y la proclamación de la Segunda República, en abril de 1931, conoció la coincidencia de buena parte de los intelectuales del país en un propósito colectivo de carácter político. En abril de 1931, afirman Javier Tusell y Genoveva Queipo de LLano en una interesante monografía sobre *Los intelectuales y la política* (1990: 10-11): la intelectualidad habría jugado un papel decisivo en el colapso de la monarquía de la Restauración. El nuevo régimen nació con un elevadísimo número de intelectuales y profesores en las filas de su clase política.

La postura de Ortega (1883-1956), por ejemplo (Tusell, Queipó, 1990: 114-115), fue más allá del pugilato casi personal que había mantenido con Primo de Rivera. Su posición estaba más próxima a la de un republicanismo, estrictamente liberal, apoyado en ambientes universitarios, que se plasmaría en la Agrupación al Servicio de la República.

El manifiesto de la Agrupación, que debió redactarse en la primera quincena de enero de 1931, sólo se hizo público el 9 de febrero de ese mismo año, tras la vuelta a las garantías constitucionales que habían sido suspendidas, con la correspondiente declaración del estado de guerra, por la sublevación de Jaca. Si el proyecto de crear la Agrupación no había nacido originariamente de Ortega, el manifiesto fundacional era suyo a pesar de que las firmas del mismo (Marañón, Ortega, Pérez de Ayala) figuraban en estricto orden alfabético. El manifiesto comenzaba con la apelación a los sectores intelectuales y profesionales españoles, a quien decía estar especialmente dirigido (Tusell, Queipó, 1990:181):

Cuando la historia de un pueblo fluye dentro de su normalidad cotidiana, parece lícito que cada cual viva atento sólo a su oficio y entregado a su vocación. Pero cuando llegan tiempos de crisis profunda, en que rota o caduca toda normalidad, van a decidirse los nuevos destinos nacionales, es obligatorio para todos salir de su profesión y ponerse sin reservas al servicio de la necesidad pública

Ortega, gracias a la Agrupación al Servicio de la República, consiguió aglutinar, aunque tardíamente, a un grupo intelectual de valía importantísima. Entre aquel grupo de intelectuales destacan, entre otros, el novelista Ramón Pérez de Ayala (1881-1962), el catedrático de Derecho Penal, Luis Jiménez de Asúa (1889-1970), o el mismo Gregorio Marañón Posadillo (1887-1960).

Frente a lo que representaba la Agrupación al Servicio de la República, hubo un sector intelectual que demandaba, no sólo un cambio de régimen, sino también un cambio de sociedad (Tusell, Queipó, 1990: 151-162). En este sentido se explica que estuvieran mucho más cercanos a las fórmulas socialistas que a lo que representó la Agrupación al Servicio de la República. Esta fue la posición de un Luis Araquistain (1886-1959), quien no había tenido una adscripción al Partido Socialista Obrero Español (PSOE) a lo largo de la mayor parte de la Dictadura de Primo de Rivera. Esta puede considerarse también, aunque en otro plano, la posición de Julio Alvarez del Vayo (1890-1975).

Conviene recordar la relación que existió entre Luis Araquistain, Julio Alvarez del Vayo y el fisiólogo Juan Negrín (1892-1956). En la primavera de 1929, el doctor Negrín, como habían hecho Araquistain y Alvarez del Vayo, ingresaba en el PSOE. Como señala Juan Marichal (1990: 87-106), dado el corto número de intelectuales que formaban parte del partido, su incorporación fue comentada tanto por *El Socialista* como por *El Sol*.

La entrada oficial del doctor Negrín en la actividad política nacional (como en el caso de otros integrantes de la generación de 1914) fue en 1931, al ser elegido diputado a las Cortes Constituyentes por su provincia natal, la de La Palmas. A Negrín le acompañaría, en la conse-

cución del acta de diputado por Las Palmas, otro socialista, el doctor Marcelino Pascua Martínez. De hecho, fueron Juan Negrín e Indalecio Prieto quienes recomendaron a Miguel Maura, ministro de la Gobernación en el primer gabinete de la República, el nombramiento de Marcelino Pascua como Director general de Sanidad. Maura llegó a declarar, en más de una ocasión, *que este nombramiento era aquel del que se había sentido más satisfecho de todos los que llevó a cabo durante su período ministerial* (Moya, 1977).

LA PROPUESTA ORGANIZATIVA DE PASCUA: DE LA BUROCRACIA A LA GESTIÓN POLÍTICA

1. Los cambios organizativos en la Dirección general de Sanidad

El 15 de abril de 1931, Marcelino Pascua Martínez, sustituía a José A. Palanca en el cargo de Director general de Sanidad. En los primeros días se vio obligado a despachar una cantidad importante y variopinta de asuntos: desde el tráfico de estupefacientes y la delimitación de los partidos farmacéuticos a cuestiones relacionadas con los uniformes de las enfermeras. Quizás por ello, el 25 de abril de 1931 el ministro de la Gobernación, dependencia ministerial donde se encontraba adscrita la Dirección general de Sanidad, firmaba una orden ministerial con el siguiente contenido:

[...] a fin de que VI (Director general de Sanidad) pueda dedicar el mayor tiempo y atención al estudio de la multitud de problemas que ha encontrado planteados al hacerse cargo de esa Dirección general [...] éste Ministerio se ha servido disponer que las Inspecciones Generales de Sanidad exterior, comunicaciones y transporte, Sanidad interior, Instituciones sanitarias y Sanidad veterinaria, a partir de esta fecha, se encarguen de tramitar y resolver los asuntos de su peculiar competencia [...]

Se trataba de liberar al Director general de las obligaciones burocráticas y los asuntos de trámite y poder dedicar, así, más tiempo a la gestión política. Pascua, en una de las múlti-

ples entrevistas que concedió con motivo de su cese («El director de Sanidad habla para 'Luz'», 1933: 4-5), llegó a declarar que una de las cosas que más le sorprendió al hacerse cargo de la Dirección general fue *la inútil cantidad de legalismo y expedientes que hay en la administración del Estado* para añadir a continuación *¿Cuántas veces se tiene que estampar la firma sin enterarse apenas de los asuntos?*

Hay que indicar, sin embargo, que los esfuerzos de Pascua para dotar a la Dirección general de Sanidad de los instrumentos de una administración moderna solo tuvieron su recompensa al final de su mandato. En enero de 1933, a través de una Orden ministerial, se creaba dentro del organigrama de la Dirección general de Sanidad una Secretaría General Técnica. Marcelino Pascua justificaba su creación con estas palabras: *Instrumento que en realidad demuestra como absolutamente imprescindible al objeto de que la Dirección propia rinda mucho más en su aspecto técnico al suprimirle el agobio de tanta tramitación burocrática y social de casi nulo valor constructivo*. Para ocupar el cargo de Secretario general de la Dirección general de Sanidad, Marcelino Pascua nombró a José Estellés Salarich (Orden ministerial de 28 de febrero de 1933).

Entre las funciones que se asignaban a la nueva dependencia administrativa figuraban las siguientes:

1. Coordinar las secciones de la Dirección general
2. Ejercer la secretaría del Consejo Nacional de Sanidad
3. Establecer relación con la prensa política y profesional
4. Traducción de documentos extranjeros
5. Formación de una biblioteca especializada
6. Elaboración de memorias periódicas generales

De acuerdo con las funciones asignadas, dentro de la Secretaría General Técnica se contemplaban un total de cinco secciones:

1. Registro general, información y reclamaciones
2. Asuntos generales
3. Personal dependiente de la Dirección general de Sanidad Secretaria del Consejo Nacional de Sanidad.
4. Secretaría del Consejo Nacional de Sanidad.
5. Prensa, biblioteca y publicaciones.

2. Los colaboradores

El grupo de colaboradores que acompañó a Marcelino Pascua en su gestión al frente de la sanidad nacional, presentaba dos características fundamentales: su vinculación a la Escuela Nacional de Sanidad y su relación, desde la condición de becarios, con la Fundación Rockefeller². Este último era el caso, por ejemplo, de Julio Bravo Frías, nombrado por Pascua Jefe de la Sección de Higiene Social y Propaganda y de Manuel Tapia Fernández, director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas durante el mandato de Marcelino Pascua como Director general de Sanidad.

El primer nombramiento que llevó a cabo Marcelino Pascua fue el de Román García Durán como Inspector general de Sanidad interior (24-4-1931). El nuevo Inspector general ocupaba, desde julio de 1924, la plaza de profesor de Medicina Social y Legislación Sanitaria de la Escuela Nacional de Sanidad. Hay que indicar, sin embargo, que unas semanas después, el 6 de mayo de 1931, Santiago Ruesta Marco era nombrado nuevo Inspector general en sustitución de García Durán.

Al nombramiento de García Durán sucedió, el 25 de abril de 1931, el de Sadí de Buen como Inspector general de Instituciones Sanitarias. Jefe de Sección del Instituto Nacional de Higiene y colaborador de Gustavo Pittaluga

en la Cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina de Madrid, Sadí de Buen sustituyó en el cargo a Víctor María Cortezo Collantes, quien había sido cesado y depurado por las responsabilidades políticas que contrajo durante la Dictadura de Primo de Rivera. Sadí de Buen se convirtió en la persona de confianza de Pascua. De hecho durante las ausencias del mismo, como ocurrió en septiembre de 1931, era el encargado de asumir la Dirección general.

El organigrama de las Inspecciones generales se completaría con los nombramientos de Manuel Torres Grima como Inspector general de Sanidad Exterior, Comunicaciones y Transporte (27-4-31) y con la confirmación de José Niceto García Armendaritz como Inspector general de Higiene y Sanidad Veterinaria. En relación con esta última Inspección general, un decreto de junio de 1931, ordenaba su supresión y se creaba una Inspección general de las mismas características aunque dependiente del Ministerio de Fomento.

3. Las primeras iniciativas

El mismo mes de abril de 1931, el día 29, se promulgaba un decreto de cese de los miembros que formaban parte del Consejo Nacional de Sanidad y se procedía a su renovación. Además de los consejeros natos, se nombraban a título personal, por sus especiales conocimientos científicos, entre otros, a Gregorio Marañón, José Sánchez Covisa, Luis Sayé (Director del Servicio de Asistencia Social y Lucha Antituberculosa de Barcelona) o Manuel Martín Salazar, exdirector general de Sanidad.

Además de trabajar en la preparación e informe de normativas tan relevantes como la ley orgánica de Sanidad, el Consejo Nacional de Sanidad estaba llamado a jugar un papel fundamental en el proceso de transferencias sanitarias a Cataluña. Como se recogía en el Decreto de 20 de mayo de 1931 que regulaba dichas transferencias, el Consejo debía informar al Ministerio sobre las diferencias que pudieran surgir y, en lo relativo a las soluciones o recomendaciones, se indicaba *será necesariamente oído [el Consejo] en la aprobación definitiva del plan de transferencias*. De hecho, a partir del problema de las transferen-

(2) Para contextualizar la importancia de la Fundación Rockefeller en el desarrollo científico y sanitario en la España de los años veinte y treinta, se puede consultar el trabajo «La Fundación Rockefeller y España, 1914-1939. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria» (Rodríguez Ocaña, Bernabeu Mestre, Barona, 1996).

cias a la Generalitat de Cataluña se generó un interesante debate parlamentario y social sobre el modelo de sistema sanitario que se debía desarrollar (El debate sobre el Estatuto de Cataluña y la Sanidad, 1932).

Entre las nuevas incorporaciones al Consejo Nacional de Sanidad destaca la del Presidente de la Asociación de Titulares, Inspectores Municipales de Sanidad, el doctor Ossorio. La incorporación se producía a instancias del propio Director general y buscaba, como manifestaría el propio Pascua en unas declaraciones a la revista *Regeneración Médica* (Declaraciones del Director de Sanidad, 1933), atender las reivindicaciones del colectivo de médicos y farmacéuticos titulares y facilitar su intervención activa en la confección de la nueva ley orgánica de Sanidad.

El presidente de la Asociación de Titulares formo parte, a propuesta de Marcelino Pascua, de dos de las ponencias que mas podían afectar a las funciones e intereses de los inspectores municipales de Sanidad: la de la Higiene rural y la de la Práctica profesional. Sin embargo, a juicio del Director general de Sanidad, su colaboración en las *fructíferas tareas* del Consejo fue nula: *de las dieciséis o diecisiete reuniones que dichas ponencias celebraron para elaborar el texto de la ley, sólo a una o dos acudió el señor Ossorio. Los titulares dirán si ello les satisface.* Las dificultades de entendimiento con el colectivo de titulares fueron manifiestas desde el primer momento. Las reivindicaciones de los médicos y farmacéuticos titulares chocaban con el modelo de sistema sanitario que pretendía desarrollar Pascua.

El deterioro de relaciones entre Pascua y el colectivo de titulares sanitarios fue evidente y progresivo. Estos últimos llegaron a organizar auténticas campañas, como ocurrió con el envío masivo de telegramas solicitando el cese de Pascua, además de utilizar la prensa profesional para desprestigiar y criticar la posición del Director general, de modo particular la revista *Vida Médica* (Hechos y palabras del Director general de Sanidad, 1932; El seguro de enfermedad, 1932). Pascua atribuía la reacción del colectivo de titulares a comportamientos corporativistas. Además de denunciar la

creencia, extendida entre el colectivo de médicos y farmacéuticos, de considerar al Director general de Sanidad como una especie de abogado defensor de sus intereses³, situaba el origen del conflicto en el antagonismo que existía entre médicos, farmacéuticos y «sanitarios»: *[...] diremos, resumiéndolo en una frase dura, pero real, que este antagonismo nace de que la sanidad quita enfermos* (Palabras del Director general de Sanidad, 1932: 1-2; Director de Sanidad habla para Luz, 1933).

Otra de las cuestiones que para Pascua estaban en el origen del conflicto de los titulares era él, a su juicio, excesivo número de licenciados en medicina. Así en unas declaraciones a la revista «Luz» que aparecen recogidas en «Vida Médica (El director de Sanidad habla para «Luz», 1933: 4) llegaba a afirmar lo siguiente: *mientras sigan sobrando los médicos [...] los titulares y los demás médicos sufrirán terribles perjuicios, y la ciencia médica también, ya que el nivel ético y técnico se relaja [...] se impone con urgencia suprimir facultades y limitar la producción de médicos.*

Para Pascua, aceptar la principal reivindicación que planteaba el colectivo de titulares, es decir su pase a funcionarios del Estado (Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares..., 1932), suponía hipotecar el futuro del modelo de asistencia médica que intentaba implantar (Problemas que plantean los médicos titulares, 1933: 81-82):

El comité de titulares actuará como estime conveniente. Por lo que a mí respecta [...] he de seguir fielmente mi ruta prosiguiendo en mi tarea de organizar sólidamente sobre bases científicas la sanidad en el medio rural [...] hasta que la higiene pública y la medicina preventiva en el campo español sea una novedad tangible sobre una base de nacionalización. Y tras ella, y a veces conjuntamente, irá surgiendo, asimismo, la socialización [sic] de la medicina curativa y de la asistencia. Y sólo dentro de estos términos netos, de absoluto y eficaz servicio público, con-

(3) En unas declaraciones al semanario «Luz» (Director de Sanidad habla para Luz, 1933), afirmaba: *el Director general de Sanidad deber estar ocupado en el bienestar común, incluso, a veces, en contra de los médicos, cuando éstos entren en conflicto con los intereses de la colectividad.*

cibo y la incorporación de los actuales titulares a los escalafones del Estado.

Otro organismo que se vio afectado por las remodelaciones fue el Consejo de Protección a la Infancia. Como se indicaba en el Decreto de 14 de agosto de 1931: *se precisa ya de una renovación, poniendo dicha legislación de acuerdo con las orientaciones más modernas [...].* Entre las novedades que introducía el Decreto, además de declarar el Consejo Superior de Protección a la Infancia una Institución de Beneficencia del Estado, hay que destacar la creación de una Comisión Permanente que debía mantener reuniones semanales. Para garantizar el funcionamiento de la Comisión se dotó una partida presupuestaria destinada a cubrir las dietas de asistencia de sus miembros. Se trataba de otorgar dinamismo a la Institución y avanzar en la formulación de los proyectos que debían desarrollar y supervisar las diferentes secciones (Puericultura y Primera infancia, Asistencia social, jurídica y legislativa, Vagancia y delincuencia).

BASES PARA UNA REFORMA DE LA SANIDAD NACIONAL

Habría que esperar el paréntesis veraniego de 1931 para que se pusieran en marcha algunas de las iniciativas más importantes impulsadas por Marcelino Pascua durante su mandato. El 13 de octubre de 1931 se promulgaba el Decreto de creación de una Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias. Dos meses después, el 13 de diciembre, sendos Decretos creaban las Secciones de Ingeniería y Arquitectura Sanitaria, de Higiene Infantil e Higiene Social y Propaganda. En medio, a través de un Decreto de 12 de noviembre de 1931, se creaba un Consejo Superior Psiquiátrico.

Dicho Consejo, dependiente de la Dirección general de Sanidad, tenía el encargo de asesorar a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental. Las reformas relativas a salud mental se completaron con la creación, en abril de 1932, de un Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica y con la puesta en marcha, a través de la Orden ministerial de 16 de mayo de 1932, de un programa de formación de personal sanitario subal-

terno para establecimientos psiquiátricos.⁴ Como responsable médico de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental se nombró a José Germain Cebrián (Orden ministerial de 31 de marzo de 1933). Germain impartía docencia en la Escuela Nacional de Sanidad como profesor agregado de Higiene del trabajo, industrial y profesional, formaba parte del Comité Internacional de Higiene Mental en la Industria, era miembro de la Asociación Internacional de Psicotecnia, además de vocal del Comité Internacional de tests (Bernabeu, 1994: 76).

1. La Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias

Hay que indicar que el nuevo organismo pasaba a depender, de forma directa, de la Dirección general de Sanidad. La Comisión debía *sugerir los grandes temas de investigación que las circunstancias epidemiológicas y sanitarias del país aconsejasen.* El Decreto destacaba la importancia de conseguir una adecuada formación profesional del personal sanitario y médico a través del fomento de la investigación científica.

Otro aspecto que se quería desarrollar con la creación de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias guardaba relación con el deseo de aumentar las relaciones con los organismos sanitarios internacionales y con los pensionados en el extranjero. De forma particular se destacaba la necesidad de incrementar las relaciones con los países iberoamericanos:

Se pondrá asimismo en relación con las Administraciones sanitarias y con los Centros de estudios de las naciones hispanoamericanas [...] posible intercambio de personas y temas de estudios médico-científicos [...] lazos espirituales e intelectuales con los países de lengua española en América

(4) El Decreto de 12 de noviembre de 1931 recogía en su preámbulo las siguientes palabras: *Es preciso que de aquí en adelante, desaparezca el estado de cosas que entregaba a los enfermos psíquicos al cuidado de personas sin preparación alguna previa, ni psiquiátrica, ni médica. Consecuencia de esto ha sido el tratamiento inadecuado e incluso perjudicial a que han estado sometidos los enfermos mentales. Los progresos de la ciencia psiquiátrica y las modernas ideas de la higiene mental exigen la solución.*

La Comisión estaba formada por Francisco Tello, como Presidente. Como vocales fueron nombrados Gregorio Marañón, Gustavo Pittaluga, Manuel Tapia y Sadí de Buen. Como Secretario fue nombrado José Hernández Guerra, quien falleció el 5 de noviembre de 1932, y fue sustituido por Francisco Martínez Nevot. En la tabla adjunta se pueden comprobar los temas de investigación que se subvencionaron en 1932 (Martínez Nevot, 1933: 645-652):

1. Estudio bacteriológico y epidemiológico de las relaciones entre la fiebre de Malta y el aborto epidémico
2. Estudio de un foco endémico de lepra
3. Estudio sobre la transmisión de la peste
4. Ubicación del estiércol y contagio por medio de las moscas
5. Estudio de la evolución de las larvas de anquilostomas en el ambiente rural y estudio de la evolución y transmisión de la hymenolepis
6. Estudio sobre micología española
7. Constitución química de los alimentos españoles
8. Estudio geográfico del bocio y sus relaciones con la composición química de aguas, terrenos y alimentación
9. Estudio de los focos de bilharziosis de Lorca y Moguer
10. Aspecto sanitario de la pneumoconiosis
11. Estudio bacteriológico de las aguas residuales de Madrid, en sus relaciones con la difusión de la fiebre tifoidea y grupo de enfermedades afines y estudio de portadores de gérmenes en el hombre y en animales
12. Anofelismo sin paludismo en la zona de Aranjuez
13. Poder fitotóxico de los sueros
14. Relaciones entre la constitución (biotipología y endocrinología) y el traco-

ma, y confección de un fichero de tracomatosis

15. Aspecto sanitario del problema de las vitaminas

Para poder obtener las subvenciones, los responsables de cada proyecto de investigación debían presentar una memoria. Además de realizar un estado de la cuestión sobre el tema que se proponía, se tenía que indicar *el modo en el que estaba previsto proseguir las investigaciones*, el personal que se consideraba imprescindible y el avance aproximado de gastos. Los investigadores se comprometían a enviar unos resúmenes mensuales informando de la marcha de las investigaciones.

La Comisión, por su parte, se comprometía a proporcionar el material científico necesario para llevar adelante las investigaciones, además de los libros, monografías y revistas que fuese necesario adquirir para poder documentarse. La cuantía de las bolsas de trabajo oscilaban entre las 300 y las 500 pesetas mensuales, según las circunstancias económicas de los becarios. Las dietas diarias, cuando los becarios abandonaban la residencia habitual, oscilaba entre las 15, 20 y 35 pesetas, según los casos.

2. La creación de nuevas secciones técnicas

Otra de las iniciativas que se pusieron en marcha en el otoño de 1931 fue, tal como hemos indicado, la creación de nuevas Secciones técnicas de la Dirección general (Decretos de 13 de diciembre de 1931) que se unían a la de Psiquiatría e Higiene Mental (Decreto de 12 de noviembre de 1931): Ingeniería y Arquitectura Sanitaria, Higiene Infantil, Higiene Social y Propaganda. A todas estas secciones se sumaría, en los primeros meses de 1933, la de Higiene de la Alimentación.

Con la Sección de Ingeniería y Arquitectura Sanitaria, dependiente de la Inspección general de Instituciones Sanitarias, se quería acometer la solución de los problemas de ingeniería ligados con la higiene y la sanidad de las ciudades, como también los trabajos de saneamiento del medio rural.

El tema de la sanidad y la higiene rural provocaría un conflicto de competencias entre

la Dirección general de Sanidad, dirigida por Pascua, y el Ministerio de Agricultura, Industria y Comercio de Marcelino Domingo. El incidente que vamos a relatar resulta un buen ejemplo del celo y el interés que mostraba Pascua para conseguir una acción sanitaria coordinada y eficaz. En enero de 1933 Pascua dirigía un escrito al ministro Marcelino Domingo donde se manifestaba en los términos siguientes (PS. Madrid, 240):

Informaciones llegadas a este Ministerio, denuncian que el Instituto de Reforma Agraria, ha creado una sección de Higiene de la Vivienda Rural y encargado de su jefatura a persona extraña al Cuerpo de Sanidad Nacional [...] justamente ocurre ello cuando la Dirección general de Sanidad ha puesto en marcha en un año 16 Centros de Higiene Rural.

En efecto, a través de una Orden ministerial de 22 de abril de 1932, se creaban 15 Centros secundarios de Higiene rural. Estaba previsto crear un total de 180 Centros rurales de Higiene (El presupuesto de Sanidad, 1933: 63-64). Para formar al personal sanitario de todos estos centros se contaba con el Centro de Higiene de Vallecas. Este último proyecto estaba cofinanciado por la Fundación Rockefeller y tenía la condición de institución docente asociada a la Escuela Nacional de Sanidad y a la futura Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, otra de las iniciativas que contó con la ayuda financiera de la Fundación Rockefeller (Bernabeu, Gascón, 1995; Rodríguez Ocaña, Bernabeu, Barona, 1997).

Una Sección que alcanzó gran importancia fue la de Higiene Infantil. Dependiente de la Inspección general de Instituciones Sanitarias, el objetivo de la Sección no era otro que el de *luchar contra la mortalidad infantil y aspectos con ella relacionado*.⁵ Contaba con los departamentos de mortalidad materna, de morti-natalidad, e higiene prenatal y pre-escolar. Además, a

(5) En la Orden ministerial de 30 de marzo de 1932 se afirmaba: *Las causas de la elevada mortalidad infantil son en cierto modo evitables, puesto que muchas de ellas responden a falta de higiene durante el embarazo y la crianza del niño y de la inculcación y la falta de orientación sanitaria, existiendo no pocas provincias que carecen de los más elementales servicios de higiene infantil y otras en las cuales los esfuerzos particulares y oficiales, los fallos de la coordinación y orientación sanitaria, no surten la eficacia [...].*

través de una Orden ministerial de 30 de marzo de 1932, se creaban en todos los Institutos provinciales de Higiene, Servicios de Higiene Infantil que debían contar con consultas de higiene prenatal, de lactantes y de higiene escolar. Una Orden ministerial, de 11 de agosto de 1932, permitía crear, a través de la correspondiente dotación presupuestaria, Dispensarios móviles de Higiene Infantil. De hecho, por medio de una Orden de 31 de marzo de 1933, se creaban, entre otros, los dispensarios móviles de Burgos, Avila, Segovia y Teruel. A través de la Orden ministerial de 29 de marzo de 1933 se nombró a Juan Bravo Frías responsable médico de la Sección de Higiene Infantil.

La tercera de las secciones que se pusieron en marcha, en el otoño de 1931, fue la de Higiene Social y Propaganda. La nueva Sección debía asumir las funciones de *asesoramiento [...] y ejecución en materias que tanto afectan a la salud pública, como las comprendidas en la higiene social, alcoholismo, enfermedades sociales, cáncer, etc. [...] y propaganda de higiene personal y pública.*

Entre las actividades que llegó a iniciar la Sección de Higiene Social y Propaganda podemos citar el concurso de carteles de abril de 1933 (Orden ministerial de 4 de abril). Se proponía desarrollar dos proyectos: uno en favor de la lactancia materna (*lo mejor para evitar la muerte de los niños de pecho es la leche de la madre*) y otro para destacar la vigilancia médica en la lactancia (*si no puedes criar a tu hijo de pecho, consulta al médico antes de darle biberón*).

La última de las secciones incorporadas por Pascua al organigrama de la Dirección general de Sanidad fue la Sección de Higiene de la Alimentación. En febrero de 1933, Cesar Nistal Martínez era nombrado Jefe técnico de la Sección. El 24 de marzo del mismo año, a través de una Orden ministerial, se ponía en marcha la Comisión encargada de estudiar el régimen de funcionamiento de los servicios que tenía que desarrollar la nueva Sección.

3. Otras actuaciones

Durante el período en el que Pascua estuvo al frente de la Dirección general de

Sanidad, además de los aspectos que acabamos de exponer (salud mental, higiene infantil, propaganda sanitaria, higiene de los alimentos o ingeniería sanitaria) se intensificó la lucha antituberculosa a través de la construcción de nuevos dispensarios, de preventorios infantiles y de sanatorios. Lo mismo ocurrió con la lucha antivérea, donde tan importante servicio sanitario pasó a depender presupuestariamente del Estado y dejó de ser mantenido mediante irregulares exacciones a las prostitutas.

En relación con la lucha antituberculosa, conviene señalar las dificultades que le planteó a Pascua la decisión de sacar a concurso público todas las plazas antituberculosas que se habían obtenido por simple nombramiento. Hay que indicar, sin embargo, como reconocía el propio Pascua, que la medida fue aplicada sin contemplaciones: *Por anticipado tenían el pleito perdido, pues mi idea, que lleve a efecto, y que tenía forzosamente buena acogida en la opinión pública y el asenso de acuerdos del Colegio y del Sindicato Médico, era sacar a oposiciones públicas [...] todas las plazas que se habían obtenido por nombramiento directo y personal* (El director de Sanidad habla para «Luz», 1933).

La gestión sanitaria se completó con una importante política de restricción de estupefacientes y el refuerzo de la lucha antitracomatosa. Además de avanzar en proyectos como la creación de una Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, se mejoró la situación presupuestaria y organizativa de todo un conjunto de instituciones que dependían de la Dirección general de Sanidad: Instituto Nacional de Higiene, Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Escuela Nacional de Sanidad (Bernabeu, 1994), Escuela Nacional de Puericultura, o el Instituto de Farmacobiología. Ocuparon la dirección de todas estas instituciones, respectivamente: Jorge Francisco Tello Muñoz, Manuel Tapia Martínez, Gustavo Pittaluga, José García Diestro y Teófilo Hernando Ortega. En mayo de 1932 se adscribía a la Dirección general de Sanidad el Instituto Nacional del Cáncer y se procedía a la incautación de la Leprosaría de Fontilles (Bernabeu, Ballester, 1991).

EL BALANCE DE UNA GESTIÓN: UN PROYECTO INACABADO

El 28 de abril de 1933 se publicaba un Decreto aceptando, a propuesta del ministro de la Gobernación, Casares Quiroga, la dimisión que, como Director general de Sanidad, había presentado Marcelino Pascua Martínez.

Unos meses antes, en enero de ese mismo año, en un artículo publicado en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (1933; 8/1: 59-61) con el título de Presupuesto de Sanidad, Pascua justificaba las iniciativas que se habían llevado a cabo en la Dirección general de Sanidad desde abril de 1931 y establecía las líneas directrices que debían guiar la política sanitaria de la Segunda República.

Marcelino Pascua denunciaba el vergonzoso atraso en que tradicionalmente se había tenido al aparato sanitario del Estado, y, para poner de manifiesto el interés de la Segunda República por el cuidado de la salud pública y la reorganización de los servicios sanitarios del país, acompañaba un cuadro con los presupuestos ordinarios de la Dirección general de

AÑOS	PRESUPUESTOS ORDINARIOS (en millones de pesetas)
1920-21	6.619.300
1921-22	6.619.300
1922-23	8.250.450
1923-24	7.050.450
1924-25	7.721.600
1925-26	7.440.600
1927	8.605.650
1928	8.235.550
1929	10.326.740
1930	10.290.982
1931	9.990.082
1932	15.582.807
1933	31.432.690

Sanidad desde 1920-1921 hasta el mismo año de 1933 (Presupuesto, 1933: 58):

Tras resumir los logros más importantes conseguidos en 1931 y 1932, exponía las actividades que en su opinión se debían desarrollar en el futuro. Destacaba su propuesta de presentar ante las Cortes una ley orgánica de Sanidad. Por último, además de proponer la abolición de la prostitución reglamentada, citaba, entre otras, las líneas de trabajo sobre las que se debía profundizar:

1. La higiene de la alimentación, particularmente el abastecimiento de la leche
2. La modernización, humanización más bien, de hospitales, manicomios, etc.
3. El fomento de la lucha anticancerosa en su aspecto público, esto es, el tratamiento y diagnóstico precoz de tumores malignos
4. El gran problema de la asistencia y prevención de la ceguera y otras incapacidades
5. La higiene industrial
6. La insostenible situación del profesionalismo médico y farmacéutico
7. La preparación del ambiente y estudios de rigurosidad científica y moral sobre el problema del control de la natalidad
8. La organización del Instituto de Investigaciones hidrominerales

Las palabras finales, que Marcelino Pascua incluía en el citado artículo, son reveladoras del proyecto de reforma sanitaria que defendía y al que hemos aludido a lo largo del trabajo: *España no entrará en una reorganización sanitaria, muy particularmente en su aspecto de medicina curativa de gran fuste y escala, hasta que no se implante el seguro de enfermedad, aplicable a grandes masas de población. Este será el momento cumbre y la vía de progreso por donde se llegue a la nacionalización de la medicina curativa y se refuerce y consolide la estatificación de la preventiva.*

Como ya se ha señalado, el futuro de la salud pública y la medicina preventiva pasaban, a juicio de Pascua, por implantar un modelo de asistencia médica colectivizada.

A Marcelino Pascua le sustituyó, en mayo de 1933, Julio Bejarano, quien presentó su dimisión el 15 de septiembre de ese mismo año, cuando ocupó el ministerio de Gobernación Diego Martínez Barrios. El último Director general de Sanidad del bienio transformador fue José Verdes Montenegro. Nombrado el 20 de septiembre de 1933, Verdes fue cesado el 12 de octubre de ese mismo año, cuando ocupó la cartera de Gobernación Manuel Rico Avelló. A Verdes Montenegro le sustituyó José María Gutiérrez Barreal.

Entre las primeras medidas que puso en marcha la nueva administración sanitaria fue la de reintegrar, «una vez desaparecidas las causas que motivaron su cese», a Víctor María Cortezo Collantes en el cargo de Inspector general de Instituciones Sanitarias. Así mismo, a través de la Orden ministerial de 25 de octubre, se anulaba la convocatoria para proveer la plaza de médico jefe de estadística de la Dirección general de Sanidad que había ocupado, de forma interina, Marcelino Pascua, y se retrotraía al 22 de septiembre de 1933, dando así la posibilidad de que pudieran presentarse nuevas solicitudes. El 11 de septiembre de 1933, días antes de presentar su dimisión, Julio Bejarano, en su calidad de Director general de Sanidad, había hecho pública una circular donde convocaba el concurso-oposición para proveer dicha Jefatura. Finalmente, el 15 de noviembre de 1933, tras obtener el número uno en el concurso-oposición, Marcelino Pascua recibía el nombramiento de Jefe de Estadística Sanitaria de la Dirección general de Sanidad.

Hasta aquí el somero análisis de la gestión de Marcelino Pascua al frente de la Dirección general de Sanidad. A modo de conclusión podríamos destacar las principales líneas de trabajo que desarrolló o diseñó en su etapa de responsable de la Dirección general de Sanidad: el impulso de la investigación sanitaria y la institucionalización de la salud pública; la aplicación de una política de salud que incorporaba los supuestos conceptuales y metodoló-

gicos de la estadística sanitaria, la epidemiología y la higiene pública; o la necesidad de coordinar la acción preventiva, curativa y rehabilitadora en el marco de un sistema nacional de salud. Además de recordar el coste político que le supuso el conflicto y el enfrentamiento con el importante colectivo de médicos y farmacéuticos titulares y los apoyos partidistas que estos despertaban.

Pero quizás proceda concluir también con la valoración política que hacía de su gestión el propio Pascua en abril de 1933 (El director de Sanidad habla para «Luz», 1933: 5):

Antes de despedirnos hablamos un poco de política en general, y Pascua se lamentaba de que la renovación de la estructura monárquica del Estado sea demasiado lenta, —falta audacia— nos dice— en la mayoría de los departamentos del Estado, y eso cohibe, en cierto grado, a otros donde pudiera haberla y donde se anhela que la haya [...] Pascua terminaba con estas frases: Al marcharme de este puesto deseo fervientemente que algún día me llamen de nuevo en circunstancias más favorables, donde pueda desarrollar más amplios planes y pueda hacerse una renovación profunda de ideas y personas.

Todavía confío en que la situación política se oriente y defina mejor y yo pueda estar diez o quince años al frente de la Sanidad española, laborando por ella con entusiasmo

Las circunstancias políticas y los acontecimientos de julio de 1936 se encargaron de hacer imposibles los deseos de Pascua. Aunque volvió a prestar servicios políticos a la Segunda República, a través de su labor como embajador en Moscú y París, sería la recién creada Organización Mundial de la Salud (1948) la que se beneficiaría de los servicios profesionales de Marcelino Pascua a través de la dirección del nuevo Departamento de Estadística Sanitarias (Bernabeu, 1992).

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad. Comité ejecutivo 1932; XI/343: 9.
2. Barona Villar JI., Mancebo MF. José Puche Alvarez (1896-1979): Historia de un compromiso. Estudio biográfico y científico de un republicano español. València, Comissió per al Vè Centenari del descobriment d'America, 1989.
3. Bernabeu Mestre J. «Marcelino Pascua desde la perspectiva histórica». Las estadísticas demográfico-sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología; 1992.p. 11-15.
4. Bernabeu Mestre J. El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934. Rev San Hig Publica. 1994; 68: 65-89.
5. Bernabeu Mestre J, Ballester Artigues T. Lepra y sociedad en la España de la primera mitad del siglo XX: La Colonia Sanatorio de Fontilles (1908-1932) y su proceso de intervención por la Segunda República. Dynamis 1991; 11: 287-344.
6. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. El papel de la enfermería de salud pública en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. Dynamis 1995; 15: 151-176.
7. Debate sobre el Estatuto de Cataluña y la Sanidad. Vida Médica 1932; 11 (361): 2-6.
8. Declaraciones del Director de Sanidad. Regeneración Médica 1933; 21 (6): 64-67.
9. Director de Sanidad habla para «Luz» (El). Vida Médica 1933; 12 (386): 4-5.
10. Domínguez H. Con la lógica en la mano. Vida Médica 1932; XI/342: 1-2.
11. Estadella Arnó J. La Sanidad pública. Vida Médica 1933; XI/400 y 401: 4-6 y 4-5.
12. Hechos y palabras del Director general de Sanidad. Vida Médica 1932; XI/348: 1-2.
13. Homenaje al Director general de Sanidad. Rev. San. Hig. Pub. 1932; 7/11: 1148-1149.
14. Homenaje al doctor Pascua (Un). Vida Médica 1932; 23 (626): 7-9.
15. Marichal J. El intelectual y la política. Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes/CSIC; 1990.
16. Marset Campos P, Sáez Gómez JM, Martínez Navarro F. La Salud Pública durante el franquismo. Dynamis 1995; 15: 211-250.

18. Martínez Nevot F. La Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias. Rev. San. Hig. Pub. 1933; 8/6: 6ªeración 1933; XXI(7): 79-82.
27. PS. Madrid/240. Archivo de la Guerra Civil de Salamanca.
28. Rodríguez Ocaña E, Menéndez Navarro A. El primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España. Rev San Hig Publica 1986; 60: 1095-1107.
29. Rodríguez Ocaña E, Bernabeu Mestre J, Barona JL. La Fundación Rockefeller y España, 1914-1939. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria. VI Congreso de la S.E.H.C.Y.T., Segovia-La Granja, septiembre de 1996 (en prensa).
30. Ruiz Majón O. El Partido Republicano Radical 1908-1936. Madrid: Tebas; 1976.
31. Sanidad en la República (La). Dos años de gestión. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1933.
32. Sanidad Nacional: disposiciones oficiales emanadas del Ministerio de la Gobernación y otros centros referentes a higiene pública y administración sanitaria (1903-1935), 32 vols. Madrid: Dirección General de Sanidad.
33. Tamames, R. La República. La era de Franco. Madrid: Alianza Editorial (Historia de España 7. Miguel Artola [ed]); 1988.
34. Tusell J, Queipo de Llano G. Los intelectuales y la República. Madrid: Nerea; 1990.

LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER Y EL ORGANISMO DE SALUD DE LA SOCIEDAD DE NACIONES: ALGUNAS CONEXIONES ESPAÑOLAS (*)

Paul Weinding. Welcome Unit for the History of Medicine. Oxford

(*) El presente trabajo es fundamentalmente una versión adaptada del artículo titulado *Philanthropy and World Health: the Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organisation*. Minerva; vol. 35 (edición especial publicada por el D. Stapleton sobre filantropía y desarrollo de instituciones) (en prensa).

Tras la Primera Guerra Mundial, fueron pocos los países que no se beneficiaron de las subvenciones de la Fundación Rockefeller (FR), una de las instituciones más activas a la hora de internacionalizar la sanidad pública. En España, entre 1917 y 1950, este hecho queda demostrado por la concesión de 19 becas destinadas a administradores de la sanidad pública, así como de diez becas adicionales destinadas a trabajadores de los laboratorios de sanidad pública, a técnicos sanitarios y a responsables de la elaboración de estadísticas médicas. Además de conceder subvenciones a países específicos, la Fundación Rockefeller aportaba más de la tercera parte del presupuesto del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones (*League of Nations Health Organisation* - LNHO), y sus becas internacionales sirvieron para desarrollar un grupo de expertos de carácter internacional en materia de política sanitaria. Existía una relación compleja entre los objetivos educativos de la Fundación, su apoyo a la investigación científica y su función de exportación de los programas de sanidad pública de Estados Unidos¹.

La Fundación Rockefeller contaba con una serie de áreas prioritarias: Estados Unidos, China, Europa del Este y Latinoamérica. La sanidad pública española recibía financiación de la FR; el alcance de los proyectos emprendidos todavía es objeto de investigaciones por parte de los historiadores españoles. El objetivo del presente trabajo es el de plantear deter-

minados problemas generales para, posteriormente, evaluar algunas de sus repercusiones en relación con el caso español. Analizaré las estructuras características en materia de sanidad pública del período de entreguerras y cómo se produjo el hecho de que el nuevo Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones fuera financiado principalmente a través de una institución privada de carácter filantrópico. Los fondos aportados por la Fundación Rockefeller sirvieron para mejorar la posición de los expertos de salud pública a la hora de modernizar la sanidad pública a nivel global. Cada vez hay más literatura sobre la función de la FR en el desarrollo de las instituciones de sanidad pública. *La Commission Américaine pour Combattre la Tuberculose* tuvo una influencia muy relevante sobre la sanidad pública francesa². Asimismo, reseñaré unos pocos ejemplos extraídos del caso español. Por último, examinaré algunos problemas de tipo administrativo, profesional y político.

La provisión de unos servicios sanitarios y de bienestar de carácter igualitario estaba encaminada a reducir los conflictos sociales internos y las tensiones internacionales. No se trataba sólo de contener la propagación de las infecciones: era necesario desarrollar unos acuerdos sociales positivos en materia de salud en los nuevos estados europeos del bienestar. Los Ministerios de Sanidad debían garantizar la cohesión social y promover «la salud en el más amplio sentido de la palabra». En toda

Europa se impuso un modelo de administración centralizada de la salud por parte del estado, lo que originó la fundación de nuevos ministerios de sanidad. En Europa Central, como legado del Imperio Austro-Húngaro, dichas instituciones ya servían para coordinar la producción de vacunas así como para tomar otras medidas de carácter científico y de atención primaria. Los expertos médico-militares de los Aliados procedentes de Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Italia y Japón se reunieron en Cannes en abril de 1919, con el fin de crear un Consejo Internacional y una Oficina de Salud Pública; lo que muestra la naturaleza altamente politizada de dichos programas. En su calidad de país no beligerante durante la Primera Guerra Mundial, España no tenía el estatus ni de víctima ni de país vencido, por lo que no se vio beneficiada por los programas de ayuda de emergencia. España había actuado de intermediaria entre las Potencias Centrales y los Aliados durante la guerra en relación con cuestiones tales como las condiciones sanitarias de los prisioneros de guerra. Los diplomáticos españoles reivindicaron sus aspiraciones a ocupar un sitio permanente en el Consejo de la Sociedad de Naciones en 1925, en respuesta a la admisión de Alemania, amenazando con abandonar el organismo si sus reivindicaciones se veían rechazadas. No obstante, para participar en el Organismo de Salud (*League of Nations Health Organisation* - LNHO) no era necesario ser miembro de la Sociedad de Naciones.

¿Cómo se produjo la participación de la FR en la Sociedad de Naciones? Después de todo, Estados Unidos mantuvo una política aislacionista durante el período posterior a la guerra y, además, Estados Unidos no era miembro de la Sociedad de Naciones. *Existen determinadas funciones sanitarias que tienen un carácter internacional; los gobiernos nacionales no pueden llevarlas a cabo; dichas funciones resultan esenciales para la salud de las personas de todos los lugares.* Estos sentimientos fueron manifestados por Wickliffe Rose a Frederick Russell, del Consejo Internacional de Salud (*International Health Board* - IHB) de la Fundación Rockefeller en 1922. Frente a la miseria y a las epidemias masivas existentes tras la Primera Guerra

Mundial, la FR consideraba la salud internacional como un ámbito que requería un nuevo tipo de organización. Las organizaciones de carácter filantrópico resultaban ideales a la hora de realizar tareas más allá de las fronteras de los estados. El problema consistía en si dicho ámbito internacional hacía referencia únicamente a una serie limitada de funciones que se encontraban más allá de la capacidad de los estados-nación —subsidiariedad en el lenguaje moderno europeo—, o, por el contrario, un organismo internacional de salud podía establecer unos modelos óptimos en materia de provisión de servicios de sanidad pública por encima de las autoridades estatales, a menudo negligentes o deseosas de limitar el gasto. De modo que se empezaron a desarrollar unas relaciones muy innovadoras entre la Fundación Rockefeller y el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones, que sirvieron para configurar los sistemas de salud pública de muchos países. Aunque el Consejo Internacional de Salud trató de mejorar los servicios sanitarios, sus emprendedores directivos se dieron cuenta de que, para conseguir cualquier mejora de los sistemas nacionales de sanidad, era necesario desarrollar unos modelos internacionales: con el fin de lograr progresos en las ciencias médicas y en epidemiología, era necesario desarrollar modelos internacionales, realizar estudios en colaboración y coordinar la asistencia médica internacional. Se desarrolló una relación especial entre la Fundación Rockefeller y el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones (*League of Nations Health Organisation* - LNHO), en la medida en que la FR consideraba a éste último como un medio para progresar en su estrategia de aumentar los niveles globales de salud en todo el mundo, mediante la mejora de los conocimientos científicos y médicos y de los recursos institucionales en materia de grupos selectos de expertos. Al contar con una visión más amplia de la cooperación internacional entre los expertos, los responsables de la FR consideraron inadecuados el legado de tratados intergubernamentales y de acuerdos sanitarios heredados del período anterior a la Primera Guerra Mundial. Dichos responsables opinaban que era necesario constituir una organización permanente que fuera capaz de actuar en relación con los nuevos descubri-

mientos científicos y con la divulgación de los principios organizativos de la sanidad pública. El citado objetivo referido a la creación de una institución de este tipo explica los motivos por los que la Fundación Rockefeller, con su universalismo filantrópico, resultó crucial a la hora de proporcionar asistencia al Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones⁵.

Una cuestión clave era si la sanidad internacional podría dejarse en manos únicamente de las instituciones filantrópicas, como la nueva Cruz Roja Internacional, o, por el contrario, la nueva secretaría de salud debía ser responsable ante la Sociedad de Naciones sólo en su calidad de representante de los estados miembros. Y, en este último caso, qué ocurriría con las principales potencias mundiales, como Estados Unidos, Alemania y la Unión Soviética, que no eran miembros de la Sociedad de Naciones. Y qué ocurriría con los territorios coloniales y bajo mandato británico y francés que tenían una influencia dominante en la Sociedad de Naciones. Debido a la tendencia a consolidar los sistemas nacionales de bienestar bajo la autoridad de los ministerios de sanidad, un organismo internacional de salud podía convertirse en un intruso no deseado. Existía el peligro inherente de que los funcionarios gubernamentales, con una perspectiva minimalista, fueran incapaces de compartir dicha visión ampliada de los expertos en materia de sanidad pública internacional.

DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN

Debido a la devastación que se produjo en Europa como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, los responsables de la FR argumentaban que mientras que la sanidad pública de Estados Unidos se había desarrollado rápidamente, la organización europea de la sanidad pública estaba teñida de un imperialismo anticuado. Los responsables criticaban la estrechez de la perspectiva médica de la microbiología de Pasteur y de Koch. La Fundación Rockefeller no retrocedió ante el incremento del aislacionismo de Estados Unidos a principios de la década de 1920, pero no consideró adecuado asumir un papel demasiado prominente. La

Fundación Rockefeller era prácticamente una organización gestionada y formada por personal estadounidense y, a pesar de su perspectiva dinámica a nivel internacional, se veía limitada por factores domésticos derivados de la situación de Estados Unidos. No obstante, los responsables sobre el terreno de la FR vinculaban el desarrollo de las ciencias médicas a las actuaciones internacionales. Los responsables de la Fundación Rockefeller consideraban que: «Todo depende de la fortaleza permanente de los gobiernos democráticos.»

Ludwick Rajchman, el carismático Director del nuevo Instituto de Higiene de Varsovia, presidió la Comisión para Epidemias de la Sociedad de Naciones desde 1921, desarrollando con habilidad un Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones de carácter permanente a partir de una institución temporal de emergencia. Ludwick Rajchman se distanció de sus patrocinadores franco-británicos e intensificó las relaciones con la Fundación Rockefeller⁷. Asimismo, trabajó en colaboración con los responsables de la FR, Rose y Gunn, con el fin de establecer una estrategia común para construir institutos centrales de salud pública, así como una estructura coordinada y dividida en diversos niveles de clínicas y hospitales públicos. El Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones combinó las funciones de investigación y de organización, lo que supuso que tanto el departamento de ciencias médicas de la Fundación Rockefeller como el Consejo Internacional de Salud pudieran financiar, aproximadamente a partes iguales desde 1922 hasta 1934, al Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones, contribuyendo cada uno de ellos con más de un millón de dólares USA durante esta etapa de construcción.

La alternativa de la Fundación Rockefeller a establecer un telón de acero sanitario de puntos de desinfección y de cuarentena era la de proporcionar asistencia a un programa de salud positiva basado en la medicina preventiva. Europa del Este se encontraba preparada para aplicar el nuevo régimen de sanidad pública diseñado en el Escuela de Salud Pública de la Universidad John Hopkins⁸. Los sistemas de formación en las líneas americanas debían servir para sustituir la dependencia de las ins-

talaciones de salud pública y de la educación médica existentes en Alemania y Austria que había prevalecido hasta 1914. Los objetivos del Consejo Internacional de Salud fueron proporcionar asistencia «a los organismos oficiales de sanidad pública para que desarrollen medidas administrativas» y realizar investigaciones de campo encaminadas a la prevención de determinadas enfermedades, como la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria. Aunque el Consejo se dio cuenta de que era necesario adaptarse a «las condiciones, las tradiciones, las necesidades y las costumbres locales», se dedicó fundamentalmente a divulgar los métodos estadounidenses en materia de sanidad pública, estrategia que los responsables de la Fundación Rockefeller consideraban que iba más allá de la perspectiva limitada de la bacteriología alemana o de la microbiología francesa. Por lo tanto, la FR era proclive a sustituir otras influencias extranjeras relevantes en España como la microbiología francesa. Los institutos de higiene debían ser los baluartes contra la propagación de epidemias al actuar como núcleos de una nueva infraestructura de clínicas y de centros de salud compuestos por médicos y personal de enfermería formados en los modernos métodos de salud pública. La mejora de la nutrición y de la higiene personal debían promover la resistencia física del cuerpo ante las infecciones, mientras que el amplio programa social y de medicina preventiva estaba destinado a reforzar la estabilidad política mediante la construcción de unas estructuras administrativas internas.

El equilibrio de poder entre los expertos y los representantes de los estados quedó sin resolver. No se zanjó el debate sobre si el organismo internacional de salud debía ser únicamente una cámara de compensación en relación con la información generada por los nuevos ministerios de sanidad o, por el contrario, debía establecer unos modelos y unas directrices óptimas, así como actuar como el organismo impulsor de la reforma sanitaria internacional. Rajchman argumentó que el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones debía realizar tareas de carácter más esencial. En la medida en que la Fundación Rockefeller se encontraba cercana a sus posturas referidas

al desarrollo de un conjunto de expertos internacionales en materia de salud pública, la financiación no resultó problemática. El entusiasmo de los principales directivos del Consejo Internacional de Salud, en particular, Wickliffe Rose y Selskar Gunn, permitieron a Rajchman sobrepasar las limitaciones de las políticas más minimalistas de los británicos y de los franceses en relación con el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones. No obstante, una vez que se constató que los importantes fondos asignados generaban un choque entre la autonomía de los expertos y la responsabilidad política, la situación se convirtió en problemática⁹.

El Comité de Salud de la Sociedad de Naciones estaba presidido por el experto danés en serología Madsen, e incluía distinguidos científicos médicos, como el experto alemán en malaria, Bernhard Nocht, y Carlos Chagas del Instituto Osvaldo Cruz. En 1923, España estaba representada en el Comité de Salud por Angel Pulido, antiguo Director General del Departamento de Sanidad Pública de Madrid. En 1924, éste se vio sustituido por Gustavo Pittaluga de la Facultad de Medicina, quién asistió a casi todas las reuniones del Comité de Salud hasta 1936¹⁰. Pittaluga jugó un papel activo en la comisión para la malaria y promovió la extensión de los trabajos del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones a Cuba y a África¹¹.

PREVENCIÓN DE LAS EPIDEMIAS

Los funcionarios médicos de los ministerios de Francia y de Gran Bretaña centraron sus expectativas de crear una organización eficaz en materia de sanidad internacional en la Oficina Internacional de Salud Pública con sede en París, fundada en 1907, para regular los acuerdos internacionales sobre cuarentenas. En 1924, España y Portugal se encontraban entre los cuarenta miembros de esta organización. Los británicos y los franceses admitían que la Sociedad de Naciones podía aumentar sus competencias al respecto mediante una comisión para epidemias, con el fin de hacer frente a la amenaza del tifus y del cólera procedente de Rusia, lo que se corres-

pondría con su política de consolidación del nuevo estado polaco como un estado tapón frente al imperialismo alemán y al comunismo soviético. El Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones fue creado en junio de 1921. Rose, que se reunió con Rajchman en marzo de 1922, favoreció que el programa de la Fundación Rockefeller para Europa del Este fuera puesto bajo la autoridad de la nueva Oficina de Salud de la Sociedad de Naciones¹². Rose respaldó un elaborado programa de intercambios del personal de la sanidad pública y los acuerdos sobre información en materia de epidemias¹³.

En junio de 1922, la Fundación Rockefeller destinó fondos al Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones con el fin de proporcionar asistencia a un servicio de información epidemiológica y de elaboración de estadísticas en materia de salud pública. La siguiente etapa consistió en el compromiso de financiar los intercambios internacionales de personal de la sanidad pública¹⁴. Las becas de la Fundación Rockefeller contribuyeron a estabilizar el todavía provisional Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones, cuyo presupuesto inicialmente se establecía con carácter anual¹⁵. En el momento de la retirada de Rose del Consejo Internacional de Salud, en 1923, empezó una nueva etapa con Frederick Russell. Mientras que Rose era por sus orígenes un filósofo y un educador, Russell había sido un funcionario médico militar con formación en materia de investigación de laboratorio. Por fortuna, dicho cambio coincidió con el cada vez mayor énfasis técnico de Rajchman en los estudios de normalización basados en la investigación de laboratorio. Selskar Gunn, que continuaba siendo responsable del programa europeo, admiraba la calidad visionaria y radical de los programas de Rajchman¹⁴.

Gunn aprobó los contactos con reformadores radicales en materia de salud, tales como el carismático yugoslavo, Andreas Stampar, un socialista de tendencias radicales. Stampar pretendía trasponer las unidades sanitarias de condado y las innovaciones sanitarias de Estados Unidos, tales como los «*Kentucky closets*» (Gabinetes Médicos de Kentucky), a la nueva Yugoslavia. La visión de Stampar de la

atención primaria de salud impartida por las instituciones públicas era compartida por la Fundación, que también tenía una opinión crítica de la práctica médica privada y, en su lugar, confiaba en un sistema de sanidad pública con una base científica¹⁷. Los médicos debían ser «trabajadores sociales» en vez de estar confinados improductivamente en hospitales y clínicas. Aunque Stampar creía en una administración nacional unitaria, la tendencia hacia la organización federal fue reafirmada por una propuesta de programa para la creación de un nuevo centro de formación de salud pública, un instituto epidemiológico y una oficina central de sanidad para Croacia y Eslovenia, con sede en Zagreb y bajo la presidencia de Stampar.¹⁸

El programa de Zagreb formaba parte de un programa internacional del Consejo Internacional de Salud destinado a proporcionar asistencia a los institutos centrales de higiene del estado en su calidad de centros de investigación, de administradores de la sanidad pública y de proveedores de atención primaria de salud. Se crearon nuevos institutos en Varsovia, Praga y Budapest. No resulta sorprendente observar la colaboración del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones y de la Fundación Rockefeller a la hora de patrocinar dichos programas. La Escuela de Higiene de Madrid se vio influenciada por desarrollos internacionales más amplios. En 1933, Carl Prausnitz (que emigró a Gran Bretaña cuando se convirtió en médico de familia) publicó su informe para la Sociedad de Naciones: «La enseñanza de la medicina preventiva en Europa» (*The Teaching of Preventive Medicine in Europe*). Prausnitz estableció la función del Instituto de Higiene de Madrid a la hora de formar a los responsables médicos, así como a los inspectores de sanidad, a las comadronas y al personal de enfermería de los hospitales. Asimismo consideraba los cursos impartidos en Madrid como bastante similares a los desarrollados en otros países¹⁹.

A principios de la década de 1930, la Fundación Rockefeller deseaba distanciarse del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones que adoptó una postura cada vez más radical. La FR argumentó que el Organismo de

Salud de la Sociedad de Naciones no constituía un caso especial sino que era, fundamentalmente, un ministerio de sanidad pública similar al de cualquier otro gobierno. Cualquier donación de la Fundación Rockefeller al Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones otorgaría demasiada autonomía a este organismo: por lo tanto, todas las ayudas debían tener un carácter temporal y la FR empezó a estudiar estrategias de ruptura²¹. Un indicador de este hecho es que, en 1931, Russell solicitó que el Consejo Internacional de Salud ya no apareciera reseñado en el Anuario Internacional de Salud (*International Health Yearbook*), que se dedicó a realizar estudios sobre los servicios nacionales de sanidad²¹. La opinión de Rajchman, en el sentido de que la Sociedad de Naciones no debía ser considerada meramente como cualquier otra institución gubernamental: sus responsabilidades específicas «en relación con el bienestar de la humanidad y con la prevención de las guerras» la convertían en un caso único a la hora de recibir la financiación de la Fundación Rockefeller²².

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA «COMUNIDAD EPISTÉMICA»

En 1923 se redactó un acuerdo con el fin de introducir y de proporcionar formación a técnicos de estadística médica, en la medida en que existía una necesidad de alcanzar una uniformidad y una capacidad de comparación a nivel internacional. La Fundación Rockefeller financió intercambios periódicos para que técnicos de estadística médica estudiaran en Suiza, en Francia y en Holanda; y los problemas referidos a los datos estadísticos sobre tuberculosis y sobre nacimientos de mortinatos eran considerados prioritarios²³. Aunque el programa destinado a crear una Oficina de la Sociedad de Naciones, formada por un experto alemán en medicina tropical en Moscú, no llegó a fructificar, en 1925 se alcanzó un acuerdo para que la FR proporcionase financiación a la Oficina Oriental en Singapur. La Fundación Rockefeller proporcionaba asistencia al Organismo de Salud para la elaboración de los informes epidemiológicos semanales, mensuales y anuales. Los informes mensuales

del Organismo de Salud incluían una sección sobre las tasas generales de mortalidad, la incidencia de la peste, el cólera, la fiebre amarilla, la viruela y la sífilis, la mortalidad infantil, así como los indicadores de la salud de otros grupos de edad tales como los fallecimientos debidos a fiebre puerperal, y las tendencias de la mortalidad en las grandes ciudades, con inclusión de las enfermedades de los bebés y de los niños. En 1937, el establecimiento de la Oficina Oriental implicó que el 72% de la población mundial estuviera cubierto por las estadísticas médicas del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones. El Anuario, publicado a partir de 1925, proporcionaba una útil panorámica de la sanidad pública nacional y de los servicios sanitarios profesionales. Cada publicación contenía un capítulo sobre la sanidad pública española, que abarcaba el índice de natalidad, la tasa de mortalidad y la tasa de mortalidad infantil, y el presupuesto²⁴.

El programa de modelos biológicos compensó la falta de laboratorios existente en Ginebra. Los laboratorios del Instituto Nacional de Investigación Médica de Londres y el Instituto Estatal de Serología de Copenhague, eran los principales responsables del establecimiento de unos modelos biológicos. Las pruebas normalizadas de la sífilis no sólo se desarrollaron en los centros europeos como el Instituto Pasteur, sino también en lugares tan lejanos como Montevideo. Durante la década de 1920, el Organismo de Salud se centró en los modelos biológicos relativos a medicamentos, como la insulina y el salvarsán, las vacunas y los preparados hormonales. Las enfermedades como la sífilis fueron objeto de atención desde el punto de vista del desarrollo de unos procedimientos normalizados para la realización de las pruebas, tanto para el diagnóstico Wassermann y las pruebas de floculación de la sífilis como para unos regímenes normalizados de tratamiento como, por ejemplo, para el salvarsán. La sífilis, con unas formas y una sensibilidad humana de carácter muy variable ante la espiroqueta causal, ilustra bien los defectos de una perspectiva demasiado centrada en los países europeos: en África se producía una carencia de instalaciones y no se podía confiar en que los pacientes siguieran cursos prolongados de tratamiento con medi-

camentos que no estaban disponibles de forma regular²⁵.

El desarrollo de vacunas y el trabajo inmunológico se continuó llevando a cabo en la década de 1930. Zinsser y Nicolle crearon un eje Francia-Polonia-Estados Unidos para desarrollar la colaboración internacional en materia de investigación sobre el tifus, con ramificaciones en España, Chile, Bolivia, Méjico y China. Zinsser tenía la intención de probar su vacuna en España a lo largo de 1937, bajo los auspicios del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones, habiendo obtenido el apoyo del Ministerio de Sanidad de la República Española. Otros lugares en los que se realizaron ensayos fueron Argelia y Marruecos, Rumanía, Turquía y China. Aunque Zinsser abandonó el proyecto de España, luchó por establecer un laboratorio de campo en Europa, con el fin de probar su nueva vacuna y de proporcionar formación a jóvenes investigadores procedentes de Rumanía, Francia y Polonia, bajo los auspicios de la Sociedad de Naciones²⁰. Una vez desechada esta posibilidad, Zinsser tenía la esperanza de que el Instituto Pasteur se convirtiera en el centro de producción de vacunas para Oriente Medio y para Europa del Este²⁷.

Con la crisis económica, el programa de normalización se amplió hasta incluir estudios sobre las carencias sociales, la dieta, las condiciones globales de salud de las poblaciones y los factores que afectan a la incidencia de las enfermedades. El Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones pretendía establecer los requisitos dietéticos mínimos, así como los modelos óptimos para los diferentes grupos de edad y las diversas profesiones. Las circunstancias de la Depresión demostraron el potencial social de los modelos internacionales. Los bioquímicos eran los responsables de calcular los modelos de nutrición, y sus estudios sirvieron para establecer los factores alimentarios individuales necesarios para una dieta saludable y los requisitos en materia de cantidad. Las conferencias sobre los modelos vitamínicos, celebradas en Londres en junio de 1931 y en junio de 1934, establecieron unas unidades tipo para las vitaminas A, B1, C y D²⁸. El Comité para la Tuberculosis del Organismo de

Salud muestra un movimiento del centro de interés desde las cuestiones técnicas preponderantes en la década de 1920 hasta las cuestiones sociales en la década de 1930. El Comité evaluó la eficacia de la vacunación BCG realizada en Francia, que analizó a la luz de los datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Sanidad de Gran Bretaña. En 1932 se tuvieron en cuenta los factores sociales: el Comité reconoció la importancia de unos salarios más elevados, de un horario de trabajo más reducido, de la mejora de la dieta y de la mejora de las condiciones de vida a la hora de luchar contra la tuberculosis²⁹.

La Gran Depresión obligó al Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones a desafiar las opiniones que defendían un papel minimalista de esta institución en relación con la normalización biológica y con la elaboración de la información estadística y de los informes de inspección de las fábricas de los países miembros³⁰. Los organismos técnicos y económicos de la Sociedad de Naciones aplicaron unas políticas dirigidas a la mejora de unas condiciones de vida cada vez más deterioradas. La cooperación entre la Organización Internacional del Trabajo y el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones marcó una nueva etapa más innovadora a la hora de desarrollar una medicina social sobre una base económica. Se realizaron una serie de estudios y de conferencias dedicadas a estudiar cómo la salud se veía configurada por la dieta y por las condiciones económicas y de vivienda. El Organismo de Salud juntó sus fuerzas con la OIT para organizar estudios sobre higiene rural y para analizar las relaciones entre la sanidad pública y los seguros de enfermedad.

Marcelino Pascua³¹ formó parte de la secretaría del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones durante el período 1928-30. Estos años fueron cruciales a la hora de formular la política de orientación social del Organismo de Salud. El gobierno español jugó un papel activo al apoyar esta colaboración. En 1930, España propuso la celebración de una Conferencia Europea sobre Higiene Rural. Una importante delegación española asistió a la Conferencia sobre Higiene Rural celebrada en 1931. Su presidente, Gustavo Pittaluga,

comentó: *Esta Conferencia se celebra como consecuencia de los esfuerzos emprendidos por España para remodelar su vida interna.* Las recomendaciones incluían programas de seguros y centros rurales de salud³¹. Por lo tanto, este hecho supuso una mayor internacionalización del modelo de Stampar.

La nutrición era un importante objetivo común. El Instituto Internacional de Agricultura (fundado en Roma en 1905) también participaba en estas actividades. En septiembre de 1932, el cambio de política del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones se reflejó en el Informe sobre Depresión Económica y Sanidad Pública. Se subrayaron los defectos de las estadísticas nacionales de carácter agregado a la hora de ocultar la pobreza, y el informe resaltó la necesidad de realizar estudios sobre la morbilidad, la nutrición, los efectos psicológicos del desempleo y los efectos de la pobreza en los jóvenes y los niños. Se crearon comités mixtos compuestos por miembros de diversos organismos de la Sociedad de Naciones, dedicados a correlacionar las informaciones médicas y socio-económicas. Entre los trabajos más innovadores se efectuaron en relación con la mala nutrición de madres, niños y adolescentes. Los defensores de la nutrición, como John Boyd Orr argumentaban que el círculo vicioso de la crisis agrícola y de la mala nutrición urbana se podía solventar aumentando la producción de alimentos saludables, ricos en minerales y en vitaminas. Se trataba de una alternativa científica al escenario tradicional y caritativo de los comedores benéficos. A principios de los años 30, Rajchman patrocinó programas referidos a una amplia gama de factores sociales que ejercen una influencia sobre la salud, tales como la dieta, las condiciones laborales, el desempleo y la vivienda.³²

Los expertos en medicina social reconocían que los datos estadísticos en materia de morbilidad y de mortalidad proporcionaban una idea poco adecuada de las condiciones sanitarias. Siguiendo los pasos del Milbank Memorial Fund, los responsables de la Sociedad de Naciones diseñaron un nuevo concepto de «indicadores sanitarios», basados en factores demográficos, médicos, culturales y medioam-

bientales, centrandó la atención en los factores existentes en localizaciones geográficas restringidas como la densidad de población, la morbilidad, los problemas mentales y el alcoholismo, así como en el gasto y en la disponibilidad de servicios sanitarios. El primero de dichos estudios se realizó en *New Haven, Connecticut*, en 1936; el segundo se llevó a cabo en el distrito rural de *Mezőkövesd* en Hungría. René Sand inició un ambicioso estudio en Bruselas³³. Tras abandonar su lugar en el Comité de Salud en 1936, Pittaluga estuvo en la Secretaría del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones en 1937 como uno de los expertos médicos en materia de refugiados que trabajaba en dicho organismo como consecuencia de los trastornos políticos ocurridos en la década de 1930. El Organismo de Salud estaba en camino de desarrollar un nuevo concepto de «salud positiva», justo en el momento en el que Europa estaba a punto de lanzarse a una guerra total.

LA RUPTURA

La financiación de la Fundación Rockefeller resultaba crucial para los innovadores programas de Rajchman y servía para financiar en 1933 a un organismo de gran magnitud: el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones contaba con un director médico, 17 directivos técnicos, 35 empleados subordinados, y colaboraba con aproximadamente 100 expertos asociados. La FR financiaba 15 de los 42 cargos técnicos, así como las delegaciones existentes en Polonia, Rusia, Checoslovaquia, Grecia, Hungría e Italia. La Fundación Rockefeller también estaba investigando un programa para establecer un laboratorio permanente dedicado a elaborar unos modelos internacionales³⁴. Los fondos de la FR posibilitaban que expertos extranjeros fueran a trabajar a Ginebra y que se contratara a un número superior de empleados británicos y estadounidenses a la cuota establecida por la Sociedad de Naciones.

No obstante, existían críticos feroces. Buchanan se opuso a los «comités mixtos» y denunció las pretensiones del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones de «constituirse en una autoridad supra-sanitaria respon-

sable de la supervisión y de la crítica de las administraciones de sanidad pública de todo el mundo»³⁵. El representante de Estados Unidos ante el Comité de Salud, el Cirujano Jefe Cumming, también mantuvo una postura crítica³⁶. A esto se añadía la hostilidad del Secretario General Avenol. Al final, Rajchman cortó sus relaciones con la Sociedad de Naciones el 31 de enero de 1939.

Asimismo existía una corriente interna de críticos entre los expertos. En 1925, Stampar recibió a 16 médicos de intercambio que estudiaban la situación en Serbia, Eslovenia y Macedonia, su veredicto fue que las conclusiones del estudio eran estúpidas, de baja calidad y que dichos estudiantes habían convertido su tarea en unas vacaciones³⁷. El programa de intercambio llegó a niveles de absurdo cuando el médico y escritor en ciernes, Louis Destouches (más conocido como Céline) autorizó un viaje a unos médicos sudamericanos, destinado a estudiar los modelos de clínicas, los sistemas de alcantarillado, los mataderos y los crematorios, y que se convirtió en una exploración de los placeres más sensuales ofrecidos por las ciudades europeas. Destouches había trabajado previamente para la Misión de la Fundación Rockefeller en Francia y había logrado el apoyo de Gunn. Su sátira cruel de la burocracia de Rajchman, a la que denominaba *L'Église*, cuya religión era el acercamiento entre los pueblos, y de la Fundación Rockefeller, representada por la Fundación Barell y por el Doctor Darling, resultaba ofensiva, aunque incluso Rajchman se lo tomara con buen humor. La impetuosa diatriba de Céline contra el internacionalismo era un anticipo de los ataques racistas y de la extrema derecha contra las organizaciones internacionales³⁸.

La fuente más importante de tensión fue el deterioro de las relaciones entre el radical y expansionista Rajchman, y la Sociedad de Naciones, que se encontraba en fase de desmoronamiento como institución política. En estos momentos, la Fundación Rockefeller aceptó, quizás con demasiada facilidad, la autoridad de la Sociedad de Naciones así como todos los defectos del sistema estatal establecido con motivo del Tratado de Versalles y que estaba condenado a desaparecer. Russell comentó en

1928: *La mayoría de los estudiantes de los gobiernos considerarán, en mi opinión, que el organismo de salud de ningún modo debe ser independiente de la Sociedad de Naciones*³⁹. En 1931, las becas de la Fundación Rockefeller al Organismo de Salud se hubieran detenido de no ser por la intensa actividad de mediación realizada por Rajchman y por su directivo estadounidense Frank Boudreau, que sirvió para proporcionar estabilidad a la institución internacional. Ellos defendían que el cese de la financiación dentro del marco de la depresión suponía una grave amenaza para la propia existencia del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones. Por último, se estableció una nueva división de competencias: la Fundación Rockefeller se concentraría en la investigación y la Sociedad de Naciones en «los problemas de interés y de aplicación inmediata»⁴⁰.

En 1934, la opinión del director de la Fundación Rockefeller, Max Mason, era que el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones había tenido «un completo éxito», pero que «el período de ensayo o de demostración ya había finalizado»⁴¹. Entre 1930 y 1934, se asignaron 700.000 dólares adicionales, debatiéndose en profundidad un «acuerdo de financiación»; y en 1934, Rajchman obtuvo 400.000 dólares USA a repartir en cuatro años y que estaban libres de condiciones en cuanto a su distribución entre las diversas actividades del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones⁴². Este hecho implica que la Fundación Rockefeller contribuyó en parte al desarrollo de los programas radicalmente innovadores de Rajchman, y lo que es más importante, le concedió una autonomía esencial a pesar de todas las reticencias oficiales.

El dilema de Rajchman y del Consejo Internacional de Salud era que compartían la perspectiva de que el progreso de la sanidad pública dependía de los sistemas estatales, a pesar del hecho de que los políticos y los diplomáticos que representaban a los estados-nación eran a menudo indiferentes o abiertamente hostiles ante las cuestiones de sanidad pública. Los grupos de expertos internacionales continuaron siendo vulnerables en una época de auge del nacionalismo: dichos grupos

debían operar en unas condiciones muy adversas en las que la falta de apoyo gubernamental dificultaba la garantía de imparcialidad. Cualquier futuro organismo internacional debería proporcionar mayor asistencia a los comités de expertos⁴³. No obstante, el peligro residía en que el mundo de la investigación podría no tener en cuenta la importancia práctica de las condiciones locales.

En relación con dichas estrategias basadas en el trabajo de los expertos existían problemas en cuanto a la estructura elitista del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones. Aunque la Fundación Rockefeller, tanto en sus unidades de demostración sanitaria como en sus campañas contra la anquilostomiasis, mostraba una valoración del potencial de unas perspectivas más populistas, la asistencia a la sanidad internacional a través de las autoridades estatales y de los expertos en salud pública era elitista. Ni la Fundación Rockefeller, a pesar de su carácter no gubernamental, ni el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones, apreciaban de forma adecuada la flexibilidad de la organización no gubernamental en el ámbito sanitario en su calidad de proveedores de atención y de «fundamento» de las reformas sanitarias. Ninguna de estas organizaciones abordó las cuestiones de la salud de las mujeres ni de la salud de la familia y, mientras que la Fundación Rockefeller trasladaba prudentemente su centro de interés hacia un programa de control de la natalidad, el silencio del Organismo de Salud en este ámbito resulta difícil de explicar.

Debido a los grandes obstáculos que representaban los intereses de la burocracia y de los estados, los logros del Organismo de Salud resultan impresionantes. El Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones fue eficaz a la hora de promover los contactos entre los expertos sanitarios, con inclusión de los expertos españoles, con el fin de desarrollar unas estadísticas internacionales en materia de salud y el estudio de los sistemas de sanidad pública. Sin la financiación otorgada por la Fundación Rockefeller, y sin el entusiasmo personal de sus responsables, como Rose y Gunn, todo esto nunca hubiera ocurrido. Pero la constitución del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones, basada en los estados, obstaculizó la perspectiva de los

expertos más dinámicos, y la Fundación Rockefeller se vio dividida entre los criterios de provisión de asistencia y de no injerencia en los principios constitutivos de dicho organismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. L. Murard, P. Zylberman, *L'hygiène dans la République*. París: Fayard; 1996.p. 554-61.
2. C. Kimmich, *German and the League of Nations*. Chicago: 1976.p. 80-91.
3. Rockefeller Archive Center (= RAC), RF 1.1 /100 / 22 /184. Rose a William Frederick Russell, 13.VIII.22, citado por Strode, *Memo-randum on Health Organization*. 6.VIII. 28.
4. RAC RF RF 1.1 /100 / 22 /184. Rose a Russell, 13.VIII.22, citado por Strode, 6.VIII.28.
5. RF 1.1 / 712 / 3 /16, informe de Rose y Gunn, «Public Health Situation in Czechoslovakia. 1919.
6. M. A. Balinaka. *Une vie pour l'humanité*. Ludwik Rajchman, 1881-1965. París: 1995.
7. E. Fee. *Designing Schools for Health in the United States*. En: *A History of Education in Public Health*. E. Fee y R. Acheson eds. Oxford; 1991.p. 155-94;
8. Fee, «Disease and Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health 1916-1939. Baltimore; 1987.
9. RAC RF 1.1 / 100 / 20 / 175, Howell a Russell, 27.VI.30.
10. Sociedad de Naciones, Health Committee. *Minutes of the Third Session Held at Geneva from Monday, September 29 th to Saturday, October 4th, 1924, Ginebra; 1924.*
11. J. M. Piñero et al. (eds.), *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*, Barcelona;
12. *Bibliography of the Technical Work of the Health Organisation of the League of Nations, 1920-1945*. Bull Health Organisation 1945; 11: 1-235.
13. RAC FR 1.1 / 7.2 / 2 / 13. Rose a Gunn, 3.1.22.
14. RAC FR 1.1 / 100 / 20 / 165. Rose a Rajchman.
15. RAC FR 1.1 / 100 / 20 / 164, compromiso del 1 / 3 / 29 que sirvió para asignar 350.700 dólares USA a la elaboración de estadísticas médi-

- cas y aproximadamente 750.000 dólares USA para el programa de intercambios. Se comprometieron casi 750.000 dólares USA durante el período 1930-34.
16. Cf. Balinska, Rajchman.p. 119-20.
 17. RAC RF 1.1 / 7.2 / 2 / 12, carta de Rajchman a Gunn de 9.XII.21. 1.1 / 100 / 20 / 165, Rose a Gun en relación con la contratación de Gunn.
 18. RF 6.1 / 1.1 / 46 / 524, Slobodan Lang, A Corner of History. Andrija Stampar. 1888-1958 «Un hito en la historia. Andrija Stampar. 1888-1958», *Prev Med*, 1975; 4: 591-5.
 19. M. Grmek ed. «Selected Papers of Andrija Stampar» Zagreb; 1966.
 20. N. S. Beeson (ed.), Henry E. Sigerist: Autobiographical Writings. Montreal; 1996.p. 31-3.
 21. RF 1.1 / 710 / 1 / 5 «Public Health in Zagreb 1925. Se asignaron 145.000 dólares USA en 1925 para el programa de Zagreb.
 22. C. Prauenitz. The Teaching of Preventive Medicine in Europe. Oxford; 1933.p. 141-8.
 23. *Ibid.* Russell a Strode, 13.VI.28.
 24. RAC RF 1.1 / 100 / 20 / 172. Russell, 5.III.31.
 25. *Ibid.* SMG Diary («Diario SMG»), 2.VIII.28.
 26. RAC RF 1.1 / 100 / 20 / 177, Concesión de una subvención para la formación en materia de estadísticas vitales y de salud pública.
 27. J. Orensanz. España. Anuario Internacional de Salud 1927; . 3.p. 619-48.
 28. I. Löwy. Testing for a Sexually Transmissible Disease 1907-1970: the History of the Wassermann Reaction» V. Berridge y P. Strong (eds.),
 29. *AIDS and Contemporary History*. Cambridge; 1993.p. 74-92.
 30. Weindling, The Politics of International Coordination. *AIDS*: 93-107.
 31. Zinsser Papers. carta de Zinsser a Rajchman, 25.I.37, 20.X.37, 13.IV.37, 22.I.38. Zinsser a Plotz, 22.IX.37, 22.XII.37.
 32. Zinsser, As I Remember Him.p. 368-9.
 33. Zinsser a Giroud, 21.IX.37 en relación con los lotes de vacunas para Sergent en Argel.
 34. «Zinsser Papers. Zinsser a Plotz, 21.XI.38.
 35. Report of the Inter-governmental Conference on Biological Standarization. Quarterly Bull Health Organisation League of Nations 1935; 4.
 36. Archivos de la Sociedad de Naciones, Ginebra, R 6078-9 en relación con la tipificación de las vitaminas.
 37. E. Burnet, General Principles Governing the Prevention of Tuberculosis Bull Health Organisation 1932; 1:489-663.
 38. La Fundación Rockefeller rechazó una solicitud para financiar la nueva enciclopedia en 1924, ver los archivos OIT de Ginebra (en adelante, denominados los archivos OIT). Relaciones HY 104 con la Fundación Rockefeller. Para las propuestas en materia de ciencias sociales, ver RAC RF 6.1 / 1.1 / 38 / 465, S. H., Walker memo Aug-Sept 1935.
 39. J. Bernabeu Mestre, «Marcelino Pascua desde la perspectiva histórica».
 40. G. Clavero González, «La labor de Marcelino Pascua en su entorno», «Las estadísticas demográfico-sanitarias, I Encuentro Marcelino Pascua», Madrid, 1992;
 41. E. Rodríguez Diana y J. Bernabeu Mestre, «El legítimo criterio aritmético de los métodos cuantitativos en la sanidad pública»;
 42. F. Sánchez, Granada, 1996.
 43. Sociedad de Naciones. European Conference on Rural Hygiene. Ginebra; 1931, vol. 2.
 44. Documentos de la Sociedad de Naciones, Publicaciones de Investigación, carrete 3:9, «Trabajos del Comité de Salud en su 19ª Sesión, Ginebra, 10-15 de octubre de 1932. OIT HY 200, HY 200 / 2 / 2. Colaboración del OIT y de la Sociedad de Naciones. P. J. Weindling, «Social Medicine at the League of Nations and International Labour Office compared» («Estudio comparativo de la medicina social aplicada por la Sociedad de Naciones y por la Organización Internacional del Trabajo»), Weindling. (ed.), International Health Organisations.p.134-153. Weindling, «The Role of International Organisations in Setting Nutritional Standards in the 1920's and 30's» («El papel de los organismos internacionales a la hora de establecer unos modelos de nutrición en las décadas de 1920 y 1930»); A. Kamming y A. Cunningham (eds.), The Science and Culture of Nutrition. Amsterdam; 1995.p. 319-32.
 45. K. Stouman y I. S. Falk. Indicadores sanitarios. Un estudio de los indicadores objetivos de la salud en relación con el medio ambiente y la higiene. Quarterly Bull Health Organisation 1936;5: 901-96.

46. Stouman, «Health Indices Established in an Experimental Study of the City of Brussels. «Bull Health Organisation 1938; 7: 122-67.
47. RAC RF 1.1 / 100 / 20 / 169. Carta de Gunn a Russell, 16.VII.25.
48. G. S. Buchanan, *International Cooperation in Public Health. Its Achievements and Prospects*. Londres; 1934. p. 29.
49. Balinska, *Rajchman*, p. 125.
50. RAC RF 1.1 / 100 / 20 / 169. Carta de Gunn a Russell, 16.VII.25.
51. Balinska, *Rajchman*, p. 176-9.
52. RAC RF 1.1 / 100 / 21 / 173. Carta de Russell a Strode, 13.VI.28.
53. RAC RF 6.1 / 1.1 / 37 / 467. Diario de G. K. Strode, 13.V.37, reunión con Rajchman.
54. RAC RF 6.1 / 1.1 / 37 / 463. Carta de Mason a Avenol, 31.XII.34.
55. RAC RF 6.1 / 1.1 / 37 / 464. Auditorías del período 1934-37.
56. Cf. Opiniones de Madsen, RAC RF 6.1 / 1.1 / 37 / 469, Madsen, 30.VI.34.

LA INTERVENCIÓN DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN LA CREACIÓN DE LA SANIDAD CONTEMPORÁNEA EN ESPAÑA (*)

Esteban Rodríguez Ocaña

(*) Trabajo realizado dentro del Proyecto DGICYT PB94-0813. Agradezco las facilidades dadas por el Dr. Darwin Stapleton, director, y el personal del *Rockefeller Archive Center* (North Tarrytown, N.Y., EE.UU.). Igualmente, las noticias suministradas por Josep Lluís Barona sobre Charles Bailey y Gustavo Pittaluga, obtenidas del mismo Archivo.

En anteriores ocasiones ante este mismo foro^{1,2}, he tenido ocasión de señalar que la formación de la Salud Pública española, pese a contar con una legislación similar a las de las naciones europeas vecinas, registró la particularidad de sufrir graves deficiencias en dotación y en personal capacitado. Señalaba entonces que las acciones modernizadoras aparentemente más eficaces tuvieron un motor exterior, en forma de compromiso o intervención internacional: es el caso de la adopción de la clasificación internacional de causas de muerte, en 1900, la ordenación de la estadística militar, en particular después de 1903, las medidas de sanidad portuaria entre 1909 y 1912, o el inicio del subsidio de maternidad como primer paso hacia el establecimiento del seguro social (conclusiones de la Conferencia de Washington de 1919, refrendadas por España en 1922). Como concluía en mi intervención en el II Encuentro Marcelino Pascua² y confirman estudios recientes,³ la Salud Pública se desarrolló en Europa dentro de contextos ideológicamente conciliadores, tales como la unificación nacional (Alemania, Italia), la doctrina del solidarismo (Francia) o la campaña por la eficiencia nacional (Gran Bretaña, Suecia). Mas como desde 1917 el escenario político interno discurrió por la

senda de la confrontación, no hubo ocasión para que la modernización sanitaria se alzara, en España, con un puesto preeminente en el horizonte de las preocupaciones sociales.

El estudio de las relaciones entre la Fundación Rockefeller y España subraya ambos factores —las deficiencias internas y la importancia de la acción internacional— de manera relevante, además de aportarnos un punto de vista nuevo al proceso de constitución de la Sanidad pública española, como es la existencia de una auditoría permanente a lo largo de la etapa primorriverista. La organización sanitaria hispana a mediados de los años 20 era un espantajo de papel y latón y los esfuerzos para darle contenido se sustentaron sobre una alianza entre determinados círculos elitistas dentro de España y una potencia internacional, la Junta (o División) Sanitaria Internacional, *International Health Board (Division)* (en adelante, I.H.B.), órgano de la mencionada Fundación, que tuvo la dirección del proceso. Mostrarlo es el objeto del presente trabajo.

I. La intervención norteamericana en la Gran Guerra se acompañó del interés de dicha Fundación por Europa⁴⁻⁷. Pero mientras que podemos interpretar su relación con Francia o Gran Bretaña por ser países aliados durante la guerra, y con los estados centroeuropeos como forma de creación de un «cordón sanitario» para preservar Occidente de los diversos «contagios» ruso-soviéticos, la situación periférica

Correspondencia:
Departamento de Historia de la Ciencia.
Facultad de Medicina. Universidad de Granada.
Avda. de Madrid, 11.
18012 Granada.
Correo electrónico: erodrig@ugr.es.

de nuestro país en ambos contextos no nos permite adelantar ninguna hipótesis concreta al respecto. Sólo la inmanente tentación imperial de la I.H.B., tal vez subrayada por el antiguo papel hispano de metrópoli respecto de las Américas, explicaría el último porqué de los acuerdos entre la Fundación Rockefeller y España.

El motivo inmediato residió en las gestiones del Secretario Permanente de la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (J.A.E.), José Castillejo (1877-1946), entre 1919 y 1922⁸. La relevancia cobrada por Estados Unidos como país receptor de pensionados de la J.A.E. por mor de la contienda, reconocido en las *Memorias* de la J.A.E. correspondientes a los años 1916 y 1917 (pp. XI-XII) y 1920 y 1921 (p. XIII) y cuantificado por Baratas y Fernández⁹, se sumó a las noticias sobre la proyección internacional de la Fundación, que pasó a ser vista como posible fuente de apoyo para sus proyectos de renovación. Existe mención a los efectos positivos de la participación sanitaria norteamericana en Centroamérica y Francia en la carta que Santiago Ramón y Cajal, como presidente de la J.A.E. dirigió al general Primo de Rivera, el 11 de diciembre de 1923 (reproducida por Sánchez Ron¹⁰), para solicitar una definición favorable del Directorio a la puesta en marcha de los acuerdos con las agencias Rockefeller. El sabio hispano aprovechaba la ocasión no sólo para resaltar el buen hacer de la Fundación norteamericana, sino para reafirmar la necesidad de la continuidad de la J.A.E., pues «[la Fundación] daría a España su auxilio y guía con tal de hallar aquí una coordinación que, por su seriedad, permanencia y eficacia, garantizara el fruto de aquella generosidad».

El momento decisivo para la consecución de tales acuerdos tuvo lugar en febrero de 1922, cuando una delegación de la I.H.B., encabezada por su director, Wickliffe Rose, visitó España⁸. El viaje sirvió para anudar una red de contactos con círculos cualificados, designados como *intelligent people* en los informes internos de la Fundación, entre los que destacaron Castillejo y Gustavo Pittaluga Fattorini (1876-1955), así como para estable-

cer las bases estratégicas de la intervención norteamericana¹¹.

La documentación conservada en los Archivos Rockefeller muestra la fácil sintonía que alcanzaron Castillejo y Rose, tanto en lo tocante a fines (garantizar una dirección profesional al proceso de modernización necesario para España) como a los medios (el programa trazado nació de las coincidencias entre lo que Castillejo solicitó y lo que la I.H.B. hacía por sistema). Recordemos que el objetivo de la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas era la renovación del mundo científico español principalmente a través de la capacitación de personas, que debían ser las portadoras de los nuevos métodos y técnicas capaces de dar sentido a las necesarias modificaciones institucionales y legislativas. La Fundación, por su parte, buscaba implantar el estilo científico y la dinámica de gestión norteamericanos a través, igualmente, de la formación postgraduada de quienes, en sus países de origen, debían hacerse cargo de la dirección de la administración y la docencia. En uno como en otro caso se confiaba en el valor de irradiación o de fermento de progreso de esos profesionales nuevos, capaces de mostrar a la opinión pública y a las minorías dirigentes las ventajas de la ciencia a través de la transformación de su entorno laboral inmediato. Así, Castillejo solicitó a la I.H.B. que efectuara una intervención local ejemplar a partir de la cual, escribió textualmente, *the nation will see*¹², en coincidencia perfecta con la línea marcada por Wickliffe Rose al frente de la I.H.B. que proponía como método de trabajo la realización de *demonstrations* localizadas con el mismo objetivo¹³.

El contacto Pittaluga, por su parte, fue no menos significativo, en particular para los diferentes enviados temporales de la Fundación en España. Su formación y ejercicio profesional como «médico de laboratorio», su renombre internacional y su empuje y estilo personal de trabajo, en particular al frente de la Comisión central antipalúdica (desde 1920), le granjearon las mayores simpatías por parte de los sanitarios norteamericanos. Constan en los archivos de la Fundación Rockefeller las opiniones favorables de Brumpt, el catedrático de

Parasitología de París, y del bioquímico de la Escuela de Salud Pública de la Johns Hopkins, Elmer V. MacCollum¹⁴. De hecho, fue considerado como «el hombre mejor preparado de la Sanidad española», y «el más cercano» a los puntos de vista de los enviados a España por la Fundación¹⁵. El delegado permanente llegó a decir de Pittaluga que sería el mejor Director general de Sanidad, y que «[...] seguramente lo será cuando cambie el gobierno»¹⁶, ya que tenía el inconveniente de no ser adicto al régimen primorriverista¹⁷. De la lucha antipalúdica se advirtió, en seguida, que era lo único que funcionaba de la sanidad española^{14,18}. Su nombramiento como Director de la Escuela Nacional de Sanidad en 1930 fue considerado un triunfo.

A las buenas relaciones de Pittaluga con la División sanitaria internacional de la Fundación Rockefeller contribuyó también su participación en algunos de los proyectos internacionales indirectamente auspiciados por aquella. Por ejemplo, formó parte del Comité Permanente de la Oficina de Higiene de la Sociedad de Naciones, que recibía importante provisión de fondos de la Fundación Rockefeller, y de sus Comisiones de Paludismo y Enseñanza de la Higiene; también presidió la Conferencia Internacional de Sanidad Rural de junio de 1931^{19,20}. Pero, no se piense que le sirvieran para conseguir un cheque en blanco; así, en 1925 se le rechazó una solicitud de apoyo financiero para un estudio sobre etiología del Kala-azar infantil en España²¹, o en 1926 se le negaron ayudas para erigir una «Escuela de Enfermedades Tropicales» y para estudiar los mosquitos en el delta del Ebro²². Incluso, una vez exiliado como consecuencia de la guerra civil, no consiguió visado para entrar en Estados Unidos, bien que se lo habían ofrecido reiteradamente unos años antes²³.

El acuerdo surgido del viaje de Rose a España se aprobó por la Comisión ejecutiva de la I.H.B. el 23 de mayo de 1922, oficialmente a solicitud del Gobierno español.²⁴ Se contemplaban dos tipos de actuaciones distintas: la Junta Sanitaria enviaría algún personal técnico a España, a la vez que facilitaba becas para formación de posgrado en Salud Pública a titulados españoles.

II. Los expertos norteamericanos que llegaron a residir en España a consecuencia de este acuerdo fueron Charles A. Bailey, fogueado en la lucha contra la anquilostomiasis, y el malariólogo Rolla B. Hill, que vino durante la República. Nos referiremos con detalle sólo a la actuación del primero.

Charles Bailey perteneció al Cuerpo de Sanidad de Estados Unidos, antes de pasar al servicio de la Fundación Rockefeller entre 1916 y 1941. Sirvió inicialmente en El Salvador, y antes de venir a España realizó el curso completo de capacitación en Salud Pública de la Escuela de la Universidad Johns Hopkins. A nuestro país llegó con la misión inmediata de realizar un estudio epidemiológico de la anquilostomiasis. A la vez, como encargo confidencial, Bailey debía estudiar la situación general de la sanidad española para evaluar el alcance que deberían tener futuras posibles intervenciones²⁵. Residió en España entre diciembre de 1924 y junio de 1926, y se siguió ocupando de los asuntos españoles, con frecuentes viajes, desde París, al menos hasta 1929. Su gestión resultó muy eficiente, se ganó el respeto y la confianza de las autoridades y de los círculos cercanos a Castillejo y a Pittaluga, a quienes, a su vez, respetó y admiró sin ambages. La *Memoria* de la J.A.E. para los cursos 1924-25 y 1925-26, publicada en Madrid en 1927, transmitía el siguiente juicio: «El tacto y la pericia del doctor Bailey han conseguido allanar todo género de obstáculos, y su conocimiento del país lo coloca en condiciones de prestarnos inapreciables servicios» (p. 177). No es de extrañar que, de manera consecutiva, sus jefes norteamericanos tuvieran en alto aprecio su trabajo²⁶.

La opinión de Bailey sobre los dirigentes y empleados de la Sanidad española, sin embargo, fue negativa, comenzando por la persona de Francisco Murillo Palacios (1865-1944), el Director general de Sanidad entre 1923 y 1928, a quien caracterizó reiteradamente como un auténtico obstáculo²⁷⁻³⁰. Y su diagnóstico de situación sobre el estado de la sanidad española no fue menos lapidario: despilfarro, ineficencia, desastre organizativo, despreocupación respecto a los problemas de salud de la población, tales eran las notas que la caracteri-

zaban, en un contexto laboral donde la escasa dedicación se daba la mano con los bajos niveles salariales. Sintéticamente lo expresó así en marzo de 1926: «*The whole public health service is fundamentally wrong, literally one might say almost non-functioning*»¹⁵.

Además de llevar a cabo su tarea inicial sobre la anquilostomiasis, Bailey redactó un informe sobre la sanidad española, en abril de 1926, hasta la fecha inédito³¹, del cual se derivaron otras acciones inmediatas, según la *Memoria* de la J.A.E. correspondiente a los cursos 1924-25 y 1925-26 (Madrid, 1927: 176), a saber: un refuerzo del programa de becas para personal de la Dirección General de Sanidad (D.G.S.) y la cooperación con la campaña antipalúdica. Otros efectos a más largo plazo de la actividad de Bailey tuvieron que ver con la reforma de los servicios centrales sanitarios así como la intervención en la provincia de Cáceres, en forma de programa integral de asistencia preventiva, que se llevó a cabo a partir de 1929. Sus proyectos de intervención municipal, sin embargo, fueron rotundos fracasos, tanto en Madrid³², como en Málaga^{33,34,28}.

Como plasmación inmediata del acuerdo, antes incluso de la llegada de Bailey, se produjo la dotación de tres becas, otorgadas a Joaquín de Prada, Donato Fuejo García y Antonio Ortiz de Landázuri para estudios en Estados Unidos durante el curso 1923-24. Los dos primeros se especializaron en laboratorio sanitario, mientras que el tercero lo hizo en salud pública general y administración sanitaria. La adjudicación de becas sufrió una parálisis de un año, similar a la consecutiva al golpe militar en la vida de la J.A.E., pero, entre 1925 y 1930, amparó a otras 21 personas, 19 médicos, de los cuales se especializaron 14 en salud pública general, cuatro en laboratorio y uno en estadística, además de un ingeniero sanitario y una enfermera. Entre 1931 y 1936 se dotaron otras 20 becas, 15 para mujeres, una matrona y las restantes para enfermeras de salud pública, y 5 en médicos varones, tres para administración sanitaria y dos para laboratorio³⁵. Esta distinta composición del personal obedece a las prioridades marcadas por la Rockefeller: durante el primer quinquenio,

refuerzo del centro sanitario y de la lucha antipalúdica; durante el segundo, la creación de la enfermería de salud pública³⁶.

Existieron varios modelos de beca, en función de su duración, entre 4 y 24 meses. Los agentes de la Rockefeller preferían las estancias más largas, advertidos de la dificultad con el inglés que presentaban la mayoría de los candidatos. La estancia típica se dividía en tres partes consecutivas: estudio del idioma, curso en la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins en Baltimore y viajes por distintos centros sanitarios del Este y Sur de los Estados Unidos, así como europeos, en su caso, cuando se trataba de becas de dos años. Las becas de cuatro y seis meses se concedían, casi siempre, para estancias en centros europeos, y la mayoría lo fueron en relación con la lucha antipalúdica. La duración de la beca estaba prefigurada, en muchos casos, según el puesto que ocupaba el becario en la sanidad española, de forma que cuanto más cercano al Director general, menos tiempo se les concedía. A Ortiz de Landázuri, a Sadí de Buen (ambos, de la D.G.S.) o a José Alberto Palanca (inspector provincial de Sanidad en Madrid) no se les permitió estar más de seis meses alejados de sus responsabilidades, bien que los dos primeros consiguieron sendas prórrogas que les permitieron completar sus programas de trabajo. En cambio, a Francisco Ruiz Morote, inspector provincial en Cáceres, Marcelino Pascua o Antonio del Campo Cardona, estos dos sin vinculación con la administración sanitaria, aunque aspiraban a tenerla a su regreso, se les permitió sin problemas cumplir dos años de formación entre Estados Unidos y Europa.

En la selección de becarios, Bailey registró diversos momentos tensos frente a Murillo, el máximo responsable sanitario del momento, uno de cuyos rasgos más nefastos, en opinión del enviado norteamericano, consistía en su aversión casi patológica a permitir que sus subordinados lo superasen en cualquier sentido²⁹. Muy pronto, convencido de la inconsistencia de las oficinas centrales de la sanidad española, Bailey se decantó por encontrar un estadístico, un ingeniero sanitario y un epidemiólogo de cara a la posible reorganización de la D.G.S.³². A mediados de 1925, contaba con cinco candidatos, Sadí

de Buen, Marcelino Pascua, Antonio Ortiz de Landázuri (que quería repetir) Emilio Luengo y Ramón Montalbán García-Noblejas, un ingeniero de caminos que, luego de conseguir los parabienes de ambas partes, renunció por haber obtenido plaza de ingeniero provincial en Teruel³⁷. La candidatura de De Buen tuvo que superar la oposición de Murillo, con quien se había enfrentado en unas oposiciones para cubrir el puesto de Director del Hospital de Infecciosos, aunque a costa de ver reducido su permiso a sólo seis meses³⁸. Lo mismo ocurrió con Ortiz, del que Bailey conocía de antemano la oposición de Murillo a permitir que volviera a marcharse de España, y que tampoco agradaba al norteamericano, que planteó su caso sólo como elemento de negociación para conseguir el permiso para De Buen. La trayectoria de Ortiz, «el único sanitario español con una formación práctica» resultado de su beca Rockefeller, producía en Bailey una gran perplejidad, como se puso de manifiesto en el intento de actuación higiénica en Málaga. La D.G.S. accedió, inicialmente, a conceder a Ortiz una comisión de servicio, con sueldo completo, durante dos años, para que dirigiera la nueva dependencia malagueña³⁸. Cuando el plan fracasó, al retirar Murillo el apoyo gubernativo, Bailey hasta se alegró, dudoso de que hubiera salido bien de todas formas por tener que contar obligadamente con aquel¹⁵.

Una condición fundamental para la concesión de la ayuda era la garantía por parte gubernamental de que, al regreso, el becario o becaria trabajaría en un puesto en relación con la formación adquirida. De esta forma, la Fundación se preservaba del uso meramente curricular y turístico de las becas e intentaba conseguir una infiltración eficaz de sus protegidos en los organigramas locales. Bailey, escarmentado por el bajo rendimiento de la inversión en los tres primeros becarios (de los que escribió que, un año después de su regreso, «no habían hecho nada por mejorar sus respectivos servicios»³²) y cuya elección había correspondido a las autoridades españolas, se esforzó por encontrar personas mejor dispuestas, que debían firmar un compromiso de retorno a España una vez terminada su beca, a la vez que buscó las mayores garantías por parte de las autoridades para asegurar el mejor puesto a los becarios a su regreso. Si bien pretendió conseguir el apoyo expreso del Ministro, incluso del

mismo Rey, en la práctica se tuvo que conformar con la palabra del Director general de Sanidad, en forma de escrito (*statement*) que acompañaba a las solicitudes de beca.

Pese a la garantías arrancadas por escrito, el problema del empleo eficiente de lo becarios se convirtió en otro frente de batalla entre Bailey y la D.G.S. Recordemos que, en este punto, se producía una total sintonía entre los deseos de los patrocinadores norteamericanos y los de la Junta para Ampliación de Estudios, la garante de los acuerdos sanitarios: para que cualquier cambio positivo tuviera lugar, era preciso contar de antemano con las personas preparadas. Así lo manifestaba, en un contexto nacional, Ramón y Cajal en 1918: «[...] no iremos más deprisa de lo que permita el personal de cuya eficiencia podamos responder, factor esencial imposible de improvisar»³⁹, y lo corroboraba el presidente de la I.H.B. ante su enviado en España en 1925, a quien estimulaba a seleccionar sólo aquellos becarios sobre los que hubiera garantías de que podrían desarrollar a su vuelta un trabajo eficaz, como se hacía con éxito en otros países⁴⁰. Desde esta perspectiva, la Fundación norteamericana se trazó una línea de actuación sumamente pragmática: sólo se subvencionaría la especialización y las personas que contaran con el visto bueno de los responsables políticos españoles, aunque eso supusiera dejar fuera a «jóvenes prometedores» que no fueran del agrado del Director general de Sanidad. A su vez, Bailey planteó que sólo al regreso de los becarios sería posible organizar verdaderas actividades sanitarias en España, como se demostró con los programas provinciales de Cáceres, desde 1929, y Albacete, desde 1932.

Los becarios seleccionados con vistas a una posible reorganización de los organismos centrales sanitarios obtuvieron, con mayor o menor dificultad, los puestos previstos, mientras que otros se reintegraron a su puesto de origen con la obligación de mejorar sus cometidos (caso de los inspectores provinciales de Sanidad o los médicos de la lucha antipalúdica). Así, Ortiz de Landázuri fue nombrado jefe de la Brigada Sanitaria central al volver de Estados Unidos en 1925, bien que su desempeño no introdujo cambio alguno en el devenir de esta, mientras que

tanto Emilio Luengo como Marcelino Pascua tuvieron que esperar casi dos años desde su regreso para que se hicieran realidad sus respectivas asignaciones previstas (y prometidas por escrito por Murillo ante la I.H.B.), aunque Luengo tampoco cumplió con las expectativas confiadas y se dedicó a un trabajo privado más lucrativo. Bailey se quejó de que Murillo, el Director general de Sanidad, jamás llegó a reunirse con ninguno de los 14 becarios regresados antes de 1927 para interesarse por su formación y por sus proyectos⁴¹.

III. El apoyo técnico y financiero de la I.H.B. se sustentaba sobre un explícito pragmatismo apolítico. Por ese motivo, y disintiendo de lo que había sido tradición hispana —por ejemplo, según Martín Salazar, la reforma de la Sanidad debía venir «de lo alto, por iniciativa del poder público y de los legisladores»⁴²—, enfocaban la reforma de la sanidad desde actuaciones periféricas («era preferible llegar a las autoridades nacionales desde las provincias» antes que al contrario), lo que se podía llevar a cabo sin modificaciones legislativas⁴³. Bien es verdad que los intentos de actuar sobre la propia D.G.S. se abandonaron muy pronto, por la falta de sintonía con Murillo, tan chirriante que el propio Bailey dejó escapar, en los momentos finales de su estancia, que dudaba que fuera posible cambio alguno positivo bajo el régimen político existente⁴⁴.

El convulso proceso de gestación del Servicio de Epidemiología de la D.G.S. muestra las limitaciones del momento con nitidez y los límites del pragmatismo norteamericano. Bailey había convencido a Murillo de su necesidad a mediados de 1926. Le explicó, por ejemplo, que era necesario detectar el origen de las decenas de casos de fiebre tifoidea que, con carácter mortal, se producían cada mes en Madrid, a fin de conseguir su disminución y eventual desaparición, actuando sobre los focos y las cadenas infecciosas. Al regreso de Estados Unidos de Emilio Luengo, ayudante de Parasitología en el Instituto Nacional de Higiene y en el laboratorio de la Facultad de Medicina de Madrid, le propuso convertirlo en jefe del nuevo servicio, que se dotaría con dos de los tres inactivos componentes de la Brigada Sanitaria Central. La I.H.B.

contribuiría durante cinco años a completar la dotación económica de dicha sección, suplementando el sueldo del jefe de la misma para que pudiera ejercer con dedicación completa⁴⁴. Unos meses después, Murillo contraofertó con la reconversión de la antedicha Brigada, postura que no encontró la simpatía de Bailey²⁹, pero salió adelante por la voluntad de aquel, quien proponía nombrar a Luengo jefe a tiempo parcial de la misma (porque compatibilizaba su trabajo con el empleo en una compañía suministradora de aguas), transformarle el nombre, trasladarla a nuevos locales en el edificio del Alfonso XIII e instalar un nuevo laboratorio bacteriológico⁴⁵. Hasta noviembre de 1927, sin embargo, no se decretaron estos cambios, que supusieron muy pocas mejoras reales. Así, en febrero de 1928 todavía Luengo no había recibido ni nombramiento ni material de trabajo alguno⁴⁶, mientras que en agosto, la opinión de Bailey era que Luengo estaba demasiado ocupado con su trabajo privado para atender al oficial, de manera que desaconsejó la cooperación. Finalmente, en 1929 se puso en marcha el servicio, sin jefe, confiando los enviados norteamericanos en que Pascua se haría cargo del mismo, conjuntamente con su trabajo en Estadística⁴⁷.

Otro elemento de radical novedad que aportó la intervención Rockefeller fue la exigencia de la dedicación completa al servicio público, naturalmente mejor remunerado de lo que estaba hasta la fecha (por cuyo motivo, una parte sustancial de los recursos financieros aportados se invirtieron en incrementar los sueldos, de manera que Sadí de Buen, Ruiz Morote y Marcelino Pascua se convirtieron en los primeros sanitarios a tiempo completo en la nómina gubernamental, gracias al apoyo de la Fundación). Resulta significativo que la noticia de que se había aprobado en 1926 un presupuesto extraordinario de 12 millones, a emplear en seis años, para edificaciones del ramo de Sanidad, llevara al norteamericano a recordar al ufano Murillo que ese dinero tendría mucho mejor uso si se empleara en el pago de sueldos dignos a personal responsable, que trabajara a tiempo completo para echar a andar las unidades básicas sanitarias⁴⁸. El trabajo a tiempo parcial producía un estilo «terrible», que sumado a los horarios fragmentados y a la falta de preparación daba como resultado el parasitismo de lo

público por los intereses privados. De hecho, Bailey se escandalizó ante la inexistente frontera entre la responsabilidad pública y el provecho privado que se advertía en que, por ejemplo, varios de los altos cargos del Instituto Nacional de Higiene mantuvieran un laboratorio particular de fabricación de sueros, que hacía la competencia al propio Instituto, o que Murillo, sin renunciar a la Dirección general, asumiera el cargo de jefe de la oficina de verificación de productos bioterapéuticos, siendo dueño de una empresa que los fabricaba.

La intervención norteamericana, pues, resultó decisiva para configurar los aspectos más destacados del modelo sanitario que intentó implantar la República y que, en buena medida, se mantuvo tras la guerra civil, aunque sometido a extinción por la falta de interés del régimen de Franco. La exigencia de una formación especializada, para lo que se creó la Escuela Nacional de Sanidad, el establecimiento del servicio de Estadística como columna vertebral de la D.G.S., la organización sanitaria interior según el modelo sectorizado de centros de Higiene rural ensayado en Cáceres y sancionado por la Conferencia internacional de 1931⁴⁹ así como la inspiración de un régimen de incompatibilidades en el ejercicio de cargos públicos fueron consecuencias directas de la presencia de la Fundación Rockefeller. De este modo se establecieron unos horizontes estratégicos de calidad y de servicio que volvieron a conectar con los propósitos reformistas de los años setenta, tras el largo sueño a que los sometió el franquismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Ocaña, E. La estadística en la administración sanitaria española del siglo veinte. En: Las estadísticas demográfico-sanitarias. Primer Encuentro Marcelino Pascua. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 1992: 35-60.
- Rodríguez Ocaña, E. La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *Rev San Hig Publica* 1994; 68 (monográfico): 11-28.
- Porter, D. editor. *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam: Rodopi [Clio Medica, 26], 1994.
- Weindling P. The Rockefeller Foundation and German Biomedical Sciences, 1920-1940: From Educational Philanthropy to International Science Policy. En: N. Rupke editor. *Science, Politics, and the Public Good. Essays in Honor of Margaret Gowing*. New York: Macmillan Press; 1988: 119-40.
- Weindling P. Public Health and Political Stabilisation: the Rockefeller Foundation in Central and Eastern Europe between the Two World Wars. *Minerva* 1993; 31: 253-67.
- Murard L, Zylberman, P. Les Rockefeller Medicine Men en France (1917-1923). En: Cohen JL, Damisch H, editores. *Américanisme et modernité. L'idéal américain dans l'architecture*. Paris: EHESS Flammarion; 1994: 267-82.
- Balinska MA. The National Institute of Hygiene and Public Health in Poland, 1918-1939. *Social History of Medicine* 1996; 9: 427-45.
- Rodríguez Ocaña E, Bernabeu Mestre J, Barona JL. La Fundación Rockefeller y España, 1914-1939. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria. En: García JL, Moreno JM, Ruiz G (coords.) *Estudios de historia de las técnicas, la arqueología industrial y las ciencias*. VI Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, Segovia-La Granja, 1996. Salamanca, C. de Cultura de la Junta de Castilla y León, 1998, vol. 2, pp. 531-39.
- Baratas Díaz LA, Fernández J. Becas de ampliación de estudios en Biología y ciencias básicas de la Medicina en la España del primer tercio del siglo XX. *Dynamis* 1993; 13: 247-64.
- Sánchez Ron JM. La Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas 80 años después. En Sánchez Ron, J. M. 1907-1987. *La Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas 80 años después*, Madrid: CSIC; 1988. vol. 1.p. 15-6.
- Notes on Public Health and Medical Education in Spain, Rockefeller Archive Center (en adelante, RAC), Rockefeller Foundation Archives (en adelante, RF), (Record Group) 5, (Series) 2, (Box) 60, (Folder) 392.
- Castillejo a Rose, 6-02-1922, RAC, RF, 5, 1.2, 148, 1959.
- Fosdick RB. *The Story of the Rockefeller Foundation*. London: Odham Press; 1952: 46-57.
- Gunn a Russell, 25-11-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3059.

15. Bailey a Gunn, 18-03-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.
16. Bailey a Russell, 2-06-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3461.
17. Gunn a Russell, 17-11-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3059.
18. Bailey a Everett, 12-02-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3462.
19. Dubin MD. The League of Nations Health Organisation. En: Weindling P, editor. *International health, organizations and movements, 1918-1939*. Cambridge: CUP; 1995: 56-80.
20. Bernabeu Mestre J. El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934. *Rev San Hig Publica* 1994; 68 (monográfico): 65-90.
21. Bailey a Gunn, 22-06-1925, transmitido a Russell, 25-06-1925, y Russell a Gunn, 13-07-1925; RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3061.
22. Informe trimestral (tercer trimestre) de Bailey, 12-11-1926 [remitido a Russell, 27-11-1926] RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.
23. [Peticiones de ayuda de Pittaluga durante sus meses de exilio en Francia] RAC, RF, 1.1, 795, 1, 8/9 (1939-1941).
24. Rose a Martín Salazar, RAC, RF, 5, 1.2, 148, 1959.
25. Request from the Government of Spain. RAC., RF, 5, 1.2, 148, 1959 (p. 4).
26. Gunn a Vincent (Presidente de la Fundación), 5 de febrero de 1929. RAC, RF, 1.1, 795, 2, 13.
27. Bailey a Russell, 10-04-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3060.
28. Bailey a Gunn, 22-01-1926; Gunn a Bailey, 26-01-1926 [remitidas ambas a Russell, 26-01-1926], RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464;
29. Bailey a Russell, 12-12-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3463.
30. Bailey a Russell, 17-11-1927, RAC, RF, 5, 1.2, 313, 3980.
31. Bailey, Report on Public Health in Spain, abril 1926, RAC, RFA, 1.1, Projects, 2, 1, 795 Spain.
32. Bailey a Russell, 9-03-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3060.
33. Bailey a Russell, 17-08-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3061
34. Bailey a Gunn, 4-01-1926; Gunn a Russell, 8-01-1926 y 28-06-26; Gunn a Bailey, 26-01-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.
35. The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowship Awards for the years 1917-1950*. Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1950.
36. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935). *La visitadora sanitaria*. *Dynamis* 1995; 15: 151-76.
37. Gunn a Russell, 8-12-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3059.
38. Bailey a Russell, 25-07-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3061.
39. Ramón y Cajal al Vicepresidente del Segundo Congreso Universitario catalán, 12 de abril de 1918. En: Sánchez Ron JM. *La Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas 80 años después*, en Sánchez Ron coordinador (1988): 28-30.
40. Russell a Bailey, 7-08-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3061.
41. Gunn a Russell, 3-09-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.
42. Martín Salazar M. *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: Colegio de Sordomudos y Ciegos; 1913: 22.
43. Gunn a Russell, 26-08-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3959.
44. Bailey a Gunn, 18-09-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.
45. Bailey a Gunn, 23-12-1926 [remitida a Russell, misma fecha], RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3461.
46. Bailey's Diaries, Visitas a España, febrero 1928, RAC, RF, 1.1, 795, 1, 1.
47. Strobe a Russell, 6-06-1930, RAC, RF, 1.1, 795K, Epidemiological Bureau 1927-1930, 3, 23.
48. Bailey a Gunn, 22-07-1926 [remitida a Russell, 30-08-1926], RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.
49. Rodríguez Ocaña E. De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene. en: *Historia y medicina en España. Homenaje al Profesor Luis S. Granjel*. Valladolid: Consejería de Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León; 1994: 237-49.

POLITICA SANITARIA: DE LA DICTADURA DE PRIMO DE RIVERA A LA IIª REPÚBLICA

Rafael Huertas

Departamento Historia de la Ciencia. Instituto de Historia. CSIC.

INTRODUCCION

Al acometer esta breve panorámica de la política sanitaria en la España del directorio de Primo y de la IIª República, me parece necesario hacer dos consideraciones previas que, aunque de sobra conocidas, pueden contribuir a encuadrar suficientemente mi intervención. Por un lado, como todos sabemos, las políticas de salud no pueden considerarse de una manera aislada ya que dependen directamente de las políticas económicas y sociales que los gobiernos pongan en marcha y, en última instancia, con la estructura o modelo socioeconómico en el que dichas políticas de salud se enmarquen o se desarrollen. Por otro lado, es también evidente que cualquier momento histórico tiene un antes y un después. En nuestro caso, el después está muy claro: la dictadura franquista, con todo lo que conllevó de ruptura, de represión y de fracaso de tantas y tantas esperanzas. El antes: la crisis final de la Restauración, con aspectos tan importantes para la política económica y social española como los acontecimientos revolucionarios de 1917, la guerra en Marruecos o, en el plano más estrictamente sanitario, la epidemia de gripe de 1918-19, que sirve de gran revulsivo para sensibilizar al colectivo médico y a la opinión pública en general de las penosas condiciones sanitarias del país y de la escanda-

losa falta de organización y de infraestructura sanitaria¹; llegándose, incluso, a argumentar la necesidad de una «dictadura sanitaria», expresión utilizada frecuentemente en órganos de expresión profesional de la época como *El Siglo Médico* o *La Medicina Ibera*, que no hacía sino preparar el terreno, al menos en parte, para la dictadura de Primo de Rivera.

Es a partir la dictadura, en efecto, cuando se inicia un importante aumento de la actividad sanitaria —continuada y matizada más tarde durante la República— caracterizada fundamentalmente por una intensa preocupación normativa que se tradujo en la promulgación de Reglamentos sanitarios y en la creación de un gran número de instituciones nuevas, de entre las que, sin ánimo de exhaustividad y solo a título orientativo, citaré las siguientes: Escuela Nacional de Sanidad (Real Decreto de 2 de diciembre de 1924); Escuela Nacional de Puericultura (Orden de 23 de mayo de 1923 y Real Decreto de 16 de noviembre de 1925); Instituto Técnico de Comprobación (Real Decreto de 22 de diciembre de 1925); Comisión Central de lucha contra el Tracoma (Real Decreto de 12 de abril de 1927; Reglamento: Orden de 3 de mayo de 1928); Consejo Superior Psiquiátrico (Decreto de 10 de noviembre de 1931); Instituto Nacional de Venereología (Decreto de 29 de julio de 1933); Patronato Nacional Antituberculoso (Decreto de 20 de diciembre de 1936), etcétera.

A la vista de dicha actividad normativa, podría dar la falsa sensación de un excesivo contínuismo entre las dos etapas políticas. Cierto es

Correspondencia:
Rafael Huertas
Dpto. Historia de la Ciencia
Instituto de Historia-CSIC
C/ Duque de Medinaceli, 6
28014 Madrid.

que entre la dictadura de Primo y la IIª República existen nexos de cierta continuidad, pero también elementos de ruptura y de cambio muy importantes. Es, precisamente, el análisis dialéctico de dichos procesos de cambio el que nos puede permitir comprender mejor qué hay de heredado y qué de novedoso en cada etapa o ciclo histórico.

POLITICA ECONOMICA Y POLITICA DE SALUD

Marset, Sáez y Martínez², han estudiado la evolución de los presupuestos ordinarios de la Dirección General de Sanidad desde el año 1900 hasta 1933, poniendo de manifiesto el escaso porcentaje del gasto público destinado a Sanidad y el ligero incremento del mismo durante las primeras décadas del siglo: de un 0,08% en 1900 a un 0,12% en 1910 y a un 0,24% en 1921, teniendo lugar, durante la Dictadura de Primo, un estancamiento en el 0,25%. Estancamiento del gasto sanitario que coincide, sin embargo, con fuertes inversiones públicas en otros capítulos, como obras públicas y, de manera especial, las suntuosas exposiciones universales de Barcelona y Sevilla que, a pesar de la falsa sensación de prosperidad a que dieron lugar, aumentaron la deuda pública de manera considerable y provocaron una importante devaluación de la peseta en relación con la libra esterlina. Todo ello en el marco de una corrupta política de monopolios que favoreció la acumulación del capital en torno a *trust* como los que surgieron, por poner dos significativos ejemplos, de la reorganización de la industria hidroeléctrica o del servicio telefónico.

Con la llegada de la República, se producen cambios sustanciales en la política económica que se traducen, en el ámbito sanitario, en un espectacular incremento de la inversión que, para el primer bienio, ha sido bien documentado por diversos autores³. Del 0,27% de 1930 se sube a un 0,36% en 1932, alcanzando en 1933 el 0,71% de los gastos del Estado, lo que en cantidades brutas supuso, durante el mencionado primer bienio, un incremento nada menos que del 150%.

No podemos saber las posibilidades que la República hubiera tenido de organizar y desarro-

llar la sanidad española. Lo que sí parece factible afirmar es que empezaban a darse en la España Republicana unas condiciones como para que, al menos, se formularan algunos de los principios fundamentales de un nuevo modelo de sistema sanitario; la presencia de un movimiento obrero potente y organizado, unas fuerzas de izquierda suficientemente representadas en el Parlamento, un cierto número de profesionales dispuestos a llevar la sanidad *hasta los últimos y más modestos pueblos de la patria* —tal y como se formuló en el Primer Congreso Nacional de Sanidad de 1934—, y sobre todo, unas condiciones económicas y sociales que algunos autores han llegado a calificar como propias de lo que más tarde sería denominado Estado de Bienestar.

Merece la pena destacar, en este sentido, cómo Raymon Carr se ha referido a la existencia en nuestro país de un «*New Deal* republicano»⁴ y, de manera más explícita, la argumentación de Gabriel Jackson al indicar que en 1931 *ningún gobierno había empleado todavía los métodos de Keynes para el fomento de la industria mediante subvenciones gubernamentales (...). Hasta finales de la década de los 30, y mucho más especialmente a partir de la segunda guerra mundial, los gobiernos de todas clases han establecido controles sobre moneda, precios, exportaciones, importaciones e inversiones hasta un grado que en el tiempo de la Segunda República española habría provocado automáticamente la acusación de 'comunismo'. El programa de obras públicas de Prieto fue muy similar al contenido en el New Deal norteamericano puesto en marcha dos años más tarde; también se parecía a muchos programas luego etiquetados como de 'desarrollo económico' a mediados del siglo XX*⁵.

Es en este contexto socio-político y económico en el que hay que entender el desarrollo de la sanidad española durante el periodo de referencia, tanto en sus iniciativas legislativas como en sus realizaciones prácticas.

LA DICTADURA DE PRIMO Y LOS REGLAMENTOS SANITARIOS

La Instrucción General de Sanidad de 1904 había establecido la obligación para los ayun-

tamientos de dictar Reglamentos de Higiene en los que se detallarían —a propuesta de las Juntas municipales de Sanidad— los deberes y funciones de las autoridades locales. Pocos años más tarde, una Real orden de 12 de octubre de 1910 aprobó unas Bases generales para la redacción de Reglamentos de Higiene, las cuales venían a regular los principios a los que debían ajustarse los ayuntamientos para aprobar dichos Reglamentos. Bases que, naturalmente, limitaban la iniciativa de las corporaciones locales y centralizaban las normativas sanitarias. Pues bien, este proceso de lo que Santiago Muñoz Machado ha llamado «estatalización de los reglamentos sanitarios»⁶ culmina durante la Dictadura de Primo de Rivera. El Reglamento municipal de Sanidad (Real Decreto de 9 de febrero de 1925) soluciona definitivamente la tensión entre poder local y poder central en materia sanitaria, al reconocer que: *El ideal sería que los ayuntamientos organizaran y sostuvieran los servicios sanitarios del término municipal, libres de intrusiones e injerencias extrañas a su propia constitución, pero este ideal dista mucho de la realidad; primero por la falta de tradición y el atraso que una gran parte de los ayuntamientos españoles muestra en materia de higiene y sanidad y, segundo, porque es deber fundamental del Estado cuidar de la salud pública, y esta función no podría ejercerla sin el conocimiento, vigilancia e intervención en el régimen sanitario de los municipios, ya que ellos constituyen las células o elementos primarios del organismo nacional.*

Con tan sólo un mes de intervalo, el Estatuto Provincial, publicado el 20 de marzo de 1925, imponía a las Diputaciones la obligación de crear y mantener un Instituto de Higiene. Consecuencia directa de dicho Estatuto fue el Reglamento de Sanidad provincial de 20 de octubre de 1925, que dispuso la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial (Brigadas sanitarias, Laboratorios de Higiene, Institutos de Vacunación, etc.) en un único Instituto Provincial de Higiene.

No se trata de explicar aquí las características que debían reunir estos Institutos⁷, pero sí de destacar su función de organizar, en torno a los mismos, núcleos sanitarios comarcales o

circunscripciones sanitarias, con el fin de poder atender de forma eficaz y oportuna los servicios que pudieran demandarse de las diferentes localidades.

Se trataba, no cabe duda, de un ambicioso programa en el que los Institutos de Higiene, surgidos a partir del mencionado Estatuto Provincial, fueron considerados, al menos teóricamente, como los organismos encargados de realizar servicios de carácter higiénico, sanitario y social en la circunscripción provincial. La realidad, sin embargo, no respondió a las previsiones de las normativas, ni al modelo de actuación diseñado. Por un lado, una Real Orden de 4 de enero de 1927 señalaba los «últimos plazos» para la organización y puesta en marcha de los Institutos, dado el número considerable de diputaciones provinciales que todavía no los habían constituido. Por otro, los existentes se limitaron a actuaciones estrictamente «sanitarias», de «campañas de prevención y defensa contra las enfermedades evitables». Francisco Bécades, en los cursos que los propios Institutos provinciales impartían para el ingreso en el Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad⁸, se lamentaba de tan limitada función, abogando por la necesidad de ampliar sus competencias a otros aspectos de la vida social como la salud materno-infantil (puericultura y maternología)^{9,10}, higiene escolar, higiene del trabajo¹¹, enfermedades profesionales, así como las luchas antituberculosa¹², antivenérea¹³, antileprosa¹⁴, antitracomatosa, etc. Como es bien sabido, este «programa» no llegó a cumplirse más que parcialmente durante la II República.

LA SANIDAD REPUBLICANA

Aunque no se puede considerar «la República» como una época uniforme, ni mucho menos estable, de la historia de España, ya que existen variaciones muy importantes entre el primer bienio (republicano-socialista), el llamado «bienio negro» o la etapa del Frente Popular, sí podemos establecer unas ciertas características «generales» —y forzosamente esquemáticas— de lo que fue el intento de reforma sanitaria republicana. Un intento de reforma caracterizado por el ya aludido au-

mento del gasto sanitario y por el intento de creación de una infraestructura sanitaria —basada en parte en disposiciones previas— que evidenciaba la voluntad preventivista que la administración republicana se había propuesto. Todo ello en el marco de una febril actividad legislativa y normativa que pretendió adecuarse a los principios que la nueva Constitución propugnaba, a las recomendaciones y convenios internacionales que el Estado español tenía suscritos y a una política económica intervencionista dirigida por el Estado. Veamos a continuación, siquiera brevemente, estos dos aspectos: los debates y propuestas sobre la infraestructura de lo que, en el fondo, pretendía ser un nuevo modelo sanitario y las principales aportaciones que a la legislación sanitaria realizó la República.

LA INFRAESTRUCTURA DE UN NUEVO MODELO

El enorme esfuerzo legislativo realizado durante la Segunda República se tradujo, en el ámbito que nos ocupa, en diversas normativas que, ya en el primer bienio, tuvieron por objeto regular la creación de la infraestructura sanitaria que la voluntad preventivista de la sanidad republicana se había propuesto. Así, la Orden Ministerial de 22 de abril de 1932 referente a los Centros secundarios de Higiene Rural o la de 30 de marzo de 1933, sobre los servicios provinciales de Higiene infantil, ambos concebidos como estructuras subordinadas a los Institutos provinciales de Higiene. Aunque existen otras fuentes en las que investigar los problemas organizativos de la sanidad republicana^{15,16}, me centraré en las discusiones planteadas en el I Congreso Nacional de Sanidad, celebrado en Madrid en mayo de 1934¹⁷, en el que se intentó establecer las pautas para la creación de una red de centros de Higiene rural que ya había sido iniciada en 1932, y que ahora se pretendía ampliar a todo el país dada la voluntad política de la Dirección General de Sanidad y la demanda que de estos Centros hacen los Municipios que saben valorar la asistencia médico-profiláctica¹⁸. Según se explica al comienzo de la ponencia, el propio gobierno español había propuesto la celebra-

ción de una Conferencia de Higiene rural en Ginebra, bajo los auspicios de la Sociedad de Naciones, en la que se estudió la organización de la Higiene rural «a base de Centros de distintos grados». Siguiendo dicho modelo, en 1932 se pusieron en marcha quince Centros secundarios de Higiene en diversas provincias españolas, ampliándose a treinta en 1933.

El contenido de dicha ponencia no pasa de ser una propuesta de organización de servicios en la que el componente técnico es preponderante sobre el teórico que, forzosamente, tendría que haber incluido aspectos de administración y política sanitaria, control de alimentos, vivienda, situación socioeconómica de la población en el medio rural, etc. Pero, como los mismos autores reconocían, se trataba, simplemente, de hacer una propuesta sobre la manera de atender a las actividades médicas-sanitarias en ambiente rural, primordialmente higiene infantil y maternal, control de las enfermedades evitables y mejora de los hábitos higiénicos, utilizando una organización que pueda en lo futuro extender su trabajo a otras facetas importantes, saneamiento rural, en primer término.

Con todo, la implantación de Centros de prevención en las zonas rurales constituye una indudable novedad con respecto a planteamientos organizativos anteriores. Novedad que incluye la aceptación de que sea el Estado el responsable último de la dirección y funcionamiento de la estructura sanitaria. Se pide, eso sí, la cooperación de los municipios, pero vista la experiencia histórica en este terreno, se insiste en la ejecución por el Estado con cooperación local progresiva hasta que, cumplida una misión educativa de sus Municipios, pueda descargar en ellos y en sus mancomunidades la responsabilidad de su ejecución, siempre apoyada y orientada por él.

Los Centros, primarios y secundarios, de higiene rural se constituyen, pues, en los primeros eslabones de una estructura organizativa que tendrá su cúspide en la Dirección General de Sanidad. Junto a la ya mencionada cooperación municipal se señalan, como condiciones para establecer los Centros primarios, la existencia de un Centro secundario próximo que le sirva de apoyo y la presencia de un per-

sonal suficientemente cualificado al frente de los mismos. La propuesta, en este sentido, es que sean médicos locales los que dirijan los establecimientos; incorporando así a los titulares, o a parte de ellos, en la nueva estructura *ante sus deseos de intensificar su labor sanitaria de carácter médico*. Se pretende así, ampliar la tarea asistencial y preventiva a la mayor parte de la población de modo que *«La mayoría de las funciones que como primer esquema atribuimos a la higiene rural, son de tal naturaleza que responden a lo que es razonable esperar que lleguen a ser responsabilidad y cuidado directos del médico de familia con el auxilio de los especialistas precisos»*.

La posible duplicación, y consiguiente conflicto, de redes asistenciales quedaba así aparentemente solventada ya que la *colaboración, tan necesaria entre el Centro y el médico de familia, queda asegurada por tratarse del mismo agente*. Tal pretensión resultaba, como puede suponerse, quimérica en aquellos municipios con más de un médico titular. Se aboga entonces por unas «relaciones profesionales favorables» que faciliten el trabajo sanitario, para lo cual se proponen dos posibilidades: por un lado, que todos los médicos colaboren en todas las facetas del trabajo del Centro tomando como unidad de trabajo la clientela previa de cada profesional; por otro, establecer entre ellos un principio de especialización. Parece evidente, que la primera posibilidad encerraba, en sí misma, el germen de la privatización, llegándose a plantear la futura entrega a la medicina privada —aunque sea ejercida por los mismos facultativos del Centro— de gran parte del trabajo propuesto. En cuanto a la segunda posibilidad, por la que finalmente parecen decidirse los autores de la ponencia, permitiría un mayor perfeccionamiento funcional y una más fácil sistematización de las tareas y una mayor facilidad para designar un director que asuma la responsabilidad general y administrativa del Centro. En cualquier caso no deja de resultar esclarecedor el hecho de que se acabe estableciendo como prioridad para la construcción de un Centro primario en una localidad, precisamente, el que sus médicos estén bien avenidos.

Aunque la figura y el concepto de «médico de familia» no quedan suficientemente

explicados en la ponencia, sí parece claro que se pretende, de manera ciertamente confusa, un tipo de profesional que difiere del representado por los tradicionales médicos titulares, aun cuando éstos desempeñaban ya labores profilácticas como inspectores municipales de sanidad. La propia ambigüedad de seleccionar para los Centros de Higiene a aquellos médicos rurales interesados y «deseosos de colaborar con la Medicina preventiva», así como los conflictos previstos por unas relaciones profesionales no demasiado favorables, suscitaron —no podía ser de otro modo— la desconfianza de los titulares asistentes al Congreso de Madrid. Todo ello no hace sino confirmar, una vez más, que las reivindicaciones de los médicos titulares, y su enfrentamiento con la Administración, constituye uno de los problemas profesionales de más envergadura de la medicina española desde finales del XIX y el primer tercio del siglo XX. Problema que tampoco la República fue capaz de solucionar.

Otras comunicaciones e intervenciones pronunciadas en el mencionado Congreso Nacional de Sanidad se centraron en la necesidad de aunar actividades curativas y preventivas. Así, se reconoce que *la orientación que se ha dado a la Sanidad pública, últimamente, responde a la necesidad, sentida en el mundo, de hacer llegar a todos los individuos los beneficios de la Medicina preventiva y de la Asistencia médica, comprendiendo en aquella la defensa contra las enfermedades evitables y la previsión social, y en la última los cuidados médicos generales y de especialistas y la protección contra las causas que invalidan para el trabajo*¹⁹.

Esta insistencia sobre la necesidad de coordinación entre Sanidad, Previsión Social y Asistencia Pública es, como ha podido verse, una constante a lo largo del periodo estudiado. Coordinación que, en la práctica sanitaria cotidiana, hubiera sido equivalente a establecer, al menos en la época republicana, que los *Centros provinciales, lo mismo que los secundarios o comarcales y los primarios o rurales, como Centros aislados de Sanidad, no tendrán el valor, la eficacia y el rendimiento debidos; en tanto que, asociados a las obras de asistencia y previsión, modularán con éxito las nue-*

vas formas de la Sanidad pública y resolverán el problema de la asistencia médica en toda su amplitud, o sea en cuanto a los beneficiarios y en lo que se refiere a las organizaciones profesionales.

Lo que en el fondo algunos pretenden, aunque sea indirectamente, es un nuevo talante de nacionalización, esta vez desde presupuestos de universalización de prestaciones y de integración de redes, hasta el punto de concluir que: *Desde ahora, y cada vez más, corresponde al Poder público desarrollar los postulados de la Medicina colectiva o Medicina pública integrada por los servicios de Sanidad, Asistencia (servicios benéficos de hoy) y Previsión social.* No podemos olvidar, en este sentido, que la República marcó una política de previsión social tendente a la unificación de los seguros sociales obligatorios^{20,21}, y que las teorizaciones y debates sobre la posible coordinación entre la Sanidad Nacional y el futuro Seguro de Enfermedad fueron frecuentes en el seno del Instituto Nacional de Previsión desde épocas bien tempranas²².

LAS NUEVAS «BASES» DE LA SANIDAD REPUBLICANA

Sin duda, las aportaciones legislativas del periodo republicano, en materia sanitaria, llegaron a su punto culminante con la Ley de Bases de Régimen Sanitario promulgada el 11 de julio de 1934 (Gaceta del 15 de julio), con la que se perseguía una mejor organización de los servicios sanitarios encomendados a municipios y diputaciones y con la que se pretendió dar respuesta a los problemas que, en parte, acabamos de esbozar.

En su Base 1ª se especificaba que *A los fines trascendentales de la sanidad pública y para la más perfecta organización y eficacia de los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios encomendados por las disposiciones vigentes a Diputaciones y Ayuntamientos, se creará en cada provincia un organismo administrativo que se denominará Mancomunidad de Municipios de la provincia. Dicho organismo obrará en función delegada del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, que asumirá*

la alta dirección técnica y administrativa de los servicios a que afecta la presente Ley. Las mancomunidades municipales, formadas por todos los ayuntamientos de una provincia se habían convertido en instancias administrativas mucho más solventes que las viejas diputaciones. Un Decreto de 31 de julio de 1931 (Gaceta del 2 de agosto) preveía ya la dependencia de los Institutos provinciales de Higiene de las susodichas mancomunidades, por lo que la Ley venía a sancionar tal circunstancia dotándola de contenido real. Contenido que quedaba expresado en la Base 4ª, en forma de objetivos concretos e inmediatos encomendados al nuevo dispositivo sanitario: *La Mancomunidad, previo informe de los Inspectores municipales de Sanidad, en el plazo de dos meses, emitirá un dictamen acerca de los problemas sanitarios de su provincia, en relación, sobre todo, a la mortalidad y morbilidad y medidas que estime más adecuadas para resolverlos. El Ministerio, previos los asesoramientos que considere necesarios, realizará las campañas conducentes para la reducción de dichas mortalidad y morbilidad en el campo y poblaciones de medio rural, a base del aprovechamiento del personal y recursos que figuren en los presupuestos municipales, provinciales y del Estado, en una perfecta coordinación de sus servicios sanitarios.*

Como vemos, se intenta por todos los medios garantizar una adecuada coordinación de servicios, así como la fusión de los recursos disponibles. Igualmente, se facilita a las corporaciones locales una cierta autonomía de funcionamiento destinada a agilizar su gestión, aunque siempre supeditada al concepto de Sanidad como función pública regida, en última instancia, por el Estado.

En cuanto a los facultativos, la Ley no modifica las clasificaciones de plazas de Farmacéuticos y Médicos Titulares e Inspectores municipales de Sanidad, pero sí suprime todas las gratificaciones y asignaciones extraordinarias que los médicos obtenían por conceptos diversos, como el reconocimiento de los quintos, o por llevar a cabo funciones de inspección sanitaria. A cambio, la Base 19ª, se compromete a solucionar, de una vez por todas, la situación profesional de los titulares. El texto

de la misma nos indica hasta qué punto se tenía identificado el problema y hacia donde iban las tendencias del ulterior desarrollo reglamentario: *Por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión se dictarán los Reglamentos de constitución y régimen de los Cuerpos de Farmacéuticos titulares y de Médicos titulares o de Asistencia Pública Nacional, en los que se señalen de un modo preciso sus funciones, se determinen las normas de ingreso, se precise la nueva forma de provisión de vacantes, se regule cuanto haga referencia a traslados, licencias, permutas, suspensiones, destituciones, jubilaciones y cuanto se estime conveniente a los fines de la más perfecta organización, en armonía con la importante función pública que constituye su misión. Cuidarán especialmente dichos Reglamentos de evitar los múltiples casos de infracciones legales y persecuciones injustas, en las que de continuo interviene la Administración Central, estableciendo la única alzada contra cualquier infracción ante la Autoridad sanitarias, con la más rápida tramitación de los recursos y más perfecta interpretación de los hechos que los motiven.*

Aun sin articular una solución definitiva a los problemas de los médicos titulares, sí parece que la concepción de los servicios sanitarios en el medio rural experimentó, durante la República, un avance teórico y práctico considerable que, a pesar de sus contradicciones, se tradujo en el intento de dotar a la sanidad pública de un principio de equidad, poniéndola al alcance de todos los ciudadanos del Estado español, y de una infraestructura con la que poder satisfacer las necesidades de salud de la población tanto en el plano curativo como profiláctico.

Finalmente, una Orden Ministerial del 13 de febrero de 1936, dispone la reorganización de los Centros secundarios y primarios de Higiene Rural. Los primeros con un Director y una Instructora de Sanidad (nótese que el término enfermera visitadora desaparece)²³, como personal fijo, acompañados de personal auxiliar y de personal técnico-sanitario para los servicios de Tuberculosis, Maternología e Higiene infantil (en todos sus grados), Lucha antivérea, Odontología, Oftalmología y

Otorrinolaringología; haciendo la salvedad de que, para evitar duplicidades, *en las localidades en que existan problemas de lucha sanitaria especial, atendidos ya por el Estado, como paludismo, tracoma, venéreo u otros, se incorporará su organización al Centro.* En cuanto a la prestación de los servicios sanitarios de los Centros primarios queda vinculada a los respectivos Médicos de Asistencia pública domiciliaria (nótese que el término médico titular también desaparece).

Ya en plena guerra civil, el gobierno republicano intentó poner en marcha unos servicios sanitarios que, al menos en su concepción teórica, llegaron a un nivel de concreción y desarrollo suficiente como para propiciar la incorporación de elementos —como la promoción de la salud, la gratuidad y la universalización— que sugieren una posible formulación de Servicio Nacional de Salud. En este sentido, un documento sanitario del Frente Popular llegó a especificar que *al pasar a ser función del Estado la misión de velar por el mantenimiento de la Salud Pública, y la asistencia de enfermedades de cualquier naturaleza, ya no se trata de que cada ciudadano tenga sólo una protección contra aquellos cuyo estado de enfermedad pueda constituir un peligro para la sociedad, sino que el Estado cuidará de que cada hombre o mujer del pueblo permanezcan sanos y sean debidamente tratados si caen enfermos*²⁴.

Con ello no hacen sino desarrollarse las propuestas anteriormente comentadas de unificación de servicios asistenciales y preventivos. Es de notar que esta concepción —integral y universalizada— de la Sanidad Pública tan solo se había implantado, hasta el momento, en la Unión Soviética, con un Servicio Nacional de Salud desde 1919. Ciertamente es que en España no se produjeron más que modestas y confusas propuestas que no pasaron del plano teórico; cierto es que, incluso a ese nivel, se está muy lejos aún de planteamientos próximos a un Servicio Nacional de Salud, y que conceptos como el de la universalización de la cobertura eran impensables para nuestros teóricos de la Sanidad Pública de los años treinta, pero es preciso valorar el empeño de hacer «público», con todas sus consecuencias, un

ejercicio profesional que hasta entonces se había desarrollado exclusivamente desde principios liberales.

BIBLIOGRAFIA

1. Huertas R. Fuerzas sociales y desarrollo de la Salud Pública en España. 1917-1923. *Rev San Hig Pública* 1994; 68:45-55.
2. Marset P, Saez JM, Martínez F. La salud pública durante el franquismo. *Dynamis* 1995; 15: 211-150.
3. Mazuecos A. La política social socialista durante el primer bienio republicano: trabajo, previsión y sanidad. *Estudios de Historia Social* 1980; 14: 135-155.
4. Carr R. *Spain, 1808-1939*. Oxford: Oxford University Press; 1966.
5. Jackson G. *The spanish republic and the civil war*, Princenton: Princenton University Press; 1965.
6. Muñoz Machado S. La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Madrid: Alianza; 1995.
7. Perdiguero E, Bernabeu J, Robles E. La Salud Pública en el marco de la administración periférica: El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936). *Dynamis* 1994; 14: 43-76.
8. Bécares F. Legislación, administración y organización sanitaria española: de aplicación a los cursillos de los Institutos provinciales de Higiene para el ingreso en el cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad. Valladolid: Tip. Cuesta; 1930.
9. Rodríguez Ocaña E. Aspectos sociales de la Pediatría española anterior a la Guerra Civil, 1936-39. En : Peset, J.L. ed. *La Ciencia Moderna y el Nuevo Mundo*. Madrid: CSIC; 1985.p. 443-460.
10. Ballester R, Balaguer E. La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. *Dynamis*.1995; 15: 177-192
11. Martínez J. La Organización Científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936). *Dynamis* 1994; 14: 131-158.
12. Molero J. Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936) [tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada; 1989
13. Castejón R. De la higiene de la prostitución a la lucha antivenérea: enfermedades venéreas y medicina social en España (1868-1936) [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 1995.
14. Sánchez García R. La lepra en España en la primera mitad del siglo XX [tesis doctoral]. Madrid: UCM; 1992.
15. Jimenez Lucena I. Cambio político y alternativas sanitarias: El debate sanitario en la II República [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 1995.
16. Huertas R. La concepción de los Servicios Sanitarios Públicos en la IIª República. En: Huertas, R. y Campos, R. coords. *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, Madrid: FIM, t.II, 1992, p. 555-580.
17. Rodríguez Ocaña E y Menéndez A. El primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España. *Rev San Higiene Pública* 1986; 60: 1095-1107.
18. Ruesta S, Bécares F, Ruiz Morote F, Anguera A, del Campo A. y de Buen E. Libro de Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad. Madrid, 6-12 de mayo de 1934., tomo I;1935. p. 235-279.
19. Bécares F. Proyecto de un nuevo tipo de organización de la Sanidad provincial a base del concierto de la Sanidad, la Asistencia pública y la Previsión social, conforme a la estructuración del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Libro de Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad, Madrid 6-12 de mayo de 1934, t. II.; 1935. p. 27-60.
20. Samaniego M. La unificación de los seguros sociales a debatc. La Segunda República. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1988.
21. Rodríguez Ocaña, E. La asistencia colectiva en España, hasta 1936. En: Alvarez Junco, J. coord. *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1990. p. 321-359.
22. Huertas, R. Organización sanitaria y crisis social en España. La discusión sobre el

- modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX. Madrid: FIM; 1995.
23. Bernabeu, J. y Gascón, E. El papel de la enfermería en el desarrollo de la Salud Pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis* 1995; 15: 151-176.
 24. Ministerio de Sanidad e Instrucción Pública. Siete meses de organización nosocomial del Gobierno del Frente Popular. Madrid. S.A.

SALUD Y BUROCRACIA EN ESPAÑA. LOS CUERPOS DE SANIDAD NACIONAL (1855-1951)*

Jorge Molero Mesa (1) e Isabel Jiménez Wana (2)

- (1) Departamento de Ciencias de la Documentación e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. C/ Domingo Miral s/n. 50009-Zaragoza (España)
(2) Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.
(* Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación PB94-0813-C03-03.

DE LA PREOCUPACIÓN POR LO EXTERIOR A LA CONSIDERACIÓN DEL PELIGRO INTERNO. LOS MÉDICOS DE SANIDAD DEL ESTADO ENTRE 1855 Y 1918

La Ley de Sanidad, promulgada el 28 de noviembre de 1855, extendió el modelo napoleónico imperante en la Administración pública española al ámbito sanitario¹. El centralismo político-administrativo en materia sanitaria quedaba garantizado por esta Ley que hizo recaer la Dirección General de Sanidad en el Ministerio de la Gobernación el cual quedó convertido en el vértice de una jerarquía burocrática que se continuaba con los Gobiernos civiles de todas las provincias del Estado y terminaba con los Directores especiales de Sanidad marítima, creados por esta Ley para impedir la entrada de «enfermedades pestilenciales exóticas» en España². También a las órdenes de los Gobernadores civiles y para los asuntos de «Sanidad terrestre» la Ley seguía manteniendo a tres subdelegados de Sanidad por partido judicial (uno de medicina y cirugía, otro de farmacia y otro de veterinaria) que habían sido reglamentados en julio de 1848;

pero, a diferencia de los Directores de Sanidad marítima, este cargo era honorífico y no recibía retribución alguna. Ahora bien, tanto los Subdelegados como los Directores especiales de Sanidad Marítima eran nombrados por cargos políticos.

El Real Decreto de 17 de abril de 1867 fijó ciertas reglas para la provisión de las plazas en las Direcciones de Sanidad marítima con la intención de formar un «cuerpo perito» con derecho a «inamovilidad» pero al no aprobarse con posterioridad el reglamento correspondiente nunca pudo aplicarse dicho Decreto³. En consecuencia, la situación profesional de los médicos de Sanidad marítima se encontraba a merced de los continuos cambios de gobierno «... a las crisis y a los sacudimientos de la política»⁴. De esta forma se resumía la situación de los directores de Sanidad marítima en 1874:

«[En España] se mudan de continuo estos funcionarios, quitándolos y poniéndolos caprichosamente, conforme las exigencias de los hombres políticos que ejercen influencia amistosa o que se hacen al contrario temer en las esferas de la gobernación del Estado. Basta que un diputado, un candidato ministerial lo exija, para que desaparezca el Director de un puerto y sea reemplazado por otro, ni más entendido en el ramo, ni adornado de mayor probidad profesional. Las plazas de médicos de baños y de Directores especiales de Sanidad marítima, son las destinadas a

Correspondencia:
Departamento de Ciencias de la Documentación e Historia de la Ciencia.
Facultad de Medicina.
Universidad de Zaragoza.
C/ Domingo Miral s/n.
50009-Zaragoza

satisfacer las concupiscencias médico-políticas de la época, con grandísimo perjuicio de la nación»⁷.

En efecto, el «grandísimo perjuicio» no sólo provenía de la ignorancia de estos médicos en higiene y legislación sanitaria al no exigírseles prueba alguna de sus conocimientos para su contratación sino que, además, era «vergonzoso que estos facultativos pudieran aparecer ante los ojos de los capitanes de buques extranjeros y pasajeros distinguidos de otros países como ignorantes, incultos, mal educados o venales»⁵. Por tanto, junto con la petición realizada desde las revistas profesionales de que los cargos de directores de Sanidad marítima se proveyeran por oposición⁶⁻⁸ se reclamó que, además de los conocimientos especiales de Sanidad marítima, se les exigiera el conocimiento de idiomas porque «... tal medida contribuirá, no tan solo a garantizar un porvenir seguro, y un destino inamovible, sino también a estimular a los profesores al estudio de las lenguas vivas, colocándolos en aptitud de comprender autores modernos extranjeros que más se han distinguido en nuestro siglo, y elevando la clase médica a la altura que le corresponde»⁴.

Sin embargo, antes de 1879 la preocupación gubernamental por constituir un cuerpo de funcionarios sanitarios fue mínima. En este año, Silvela, entonces Ministro de la Gobernación del Partido Conservador, pidió al Director General de Beneficencia y Sanidad que le propusiera lo necesario para organizar «la Sanidad terrestre y marítima» en un cuerpo especial que se denominaría de Sanidad civil, «sobre las bases de concursos y oposiciones para el ingreso en el cuerpo, que darán derecho a la inamovilidad a los funcionarios»⁹. No obstante, pasarían siete años hasta que, en 1886, con un Gobierno liberal, un Real Decreto crease el Cuerpo de Sanidad Marítima incluyendo en él a todos los empleados de las Direcciones de Sanidad marítima y de los lazaretos¹⁰. La Sanidad terrestre quedó al margen de esta reforma; cuestión explicable pues, como ya hemos señalado, la mayor preocupación para el Estado en materia sanitaria era la entrada de «enfermedades pestilenciales exóticas» y, por tanto, al ser un territorio con un alto

porcentaje de fronteras marítimas y colonias en ultramar, la base del sistema sanitario debía establecerse en el litoral.

1. El Cuerpo de Sanidad Marítima

No es casual que el primer Cuerpo de Sanidad se creara a finales del siglo XIX, en plena Restauración borbónica; pues se produjo dentro de un proceso general de normalización institucional auspiciado por el nuevo régimen con la finalidad de favorecer la estabilidad política. Entre los objetivos de dicho proyecto se encontraba acabar con el fenómeno de las cesantías y dar estabilidad a los cuerpos especiales de la Administración. Pero, no debemos limitarnos a la coyuntura restauracionista, pues también se estaba produciendo un proceso más amplio y complejo: la configuración del Estado liberal y la desaparición del Antiguo Régimen. En este sentido, para llevar a cabo el proceso de modernización¹¹ del Estado se consideraron necesarias una serie de reformas administrativas, entre las que se encontraban «proporcionar estabilidad al colectivo de trabajadores por cuenta del Estado», y separar la Administración de la política¹². Por tanto, desde esta perspectiva, había que modificar esa situación de constante movilidad y protagonismo de la política en las nuevas tareas que tendría que cumplir el Estado liberal, entre las que se encontraban las de carácter sanitario¹³. Por otra parte, la Revolución demográfica era entendida como uno de los indicadores de la modernización de una nación y el potencial demográfico condicionaba el poder de la misma en el ámbito mundial. En relación con esto, no es necesario, por ya bien conocido, señalar el impacto que tenían las epidemias. Y España, en las puertas del siglo XX, seguía padeciendo importantes invasiones epidémicas. Quedaba claro, pues, cuales eran las preocupaciones y las prioridades del momento en materia sanitaria.

Por otra parte, las conclusiones de las distintas reuniones sanitarias internacionales ratificadas por España y las medidas tomadas en cada caso de brote epidémico habían generado un cúmulo de legislación tal que, según reconocía el preámbulo del Real Decreto de 1886, no solo no garantizaba la salud pública sino que además ocasionaba «... a veces perjuicios y

vejámenes al comercio en desprestigio de nuestro prudente y racional sistema de defensa contra la importación de contagios», todo ello unido al estado lamentable de las instalaciones, a la falta de disciplina en los lazaretos sucios, y a la «constante movilidad y falta de aptitud del personal», hacía imprescindible la reforma¹⁴, en tanto que había que adaptarse a los principios de modernidad administrativa: inamovilidad, especialización y tecnocratización.

En esta línea, se dividieron las Direcciones de Sanidad de los puertos y lazaretos en cuatro clases y se disponía que los directores y secretarios de los de primera, segunda, tercera así como los directores de cuarta, fuesen médicos y los secretarios de las Direcciones de cuarta, médicos o farmacéuticos. Tanto a los directores como a los médicos de visita de naves y a los secretarios se les exigía que hablasen francés «como idioma más generalizado». Además, solamente se ingresaría en el Cuerpo «probando la suficiencia mediante ejercicios» y la separación del mismo sólo se efectuaría «mediante la instrucción del oportuno expediente». Sin embargo, el respeto a los «derechos adquiridos» quedaba asegurado en las disposiciones transitorias al posibilitar la permanencia en el Cuerpo sin oponer a aquellos médicos con más de ocho años en Sanidad marítima y con conocimientos de francés. Por otra parte, la oferta de entrada en el Cuerpo a otros profesionales con conocimientos de higiene y Sanidad marítima sin necesidad de oponer era muy amplia. Para poder participar en los ejercicios de ingreso al Cuerpo facultativo era necesario llevar cinco años de antigüedad en la profesión probados con la fecha del título.

La plantilla de las Direcciones de Sanidad Marítima, aprobada junto al Real Decreto que creaba el Cuerpo de Sanidad Marítima, comprendía 98 Directores médicos de visita de naves, 35 Secretarios médicos, 3 médicos de bahía y 3 médicos de consigna, por último 48 médicos suplentes. El proceso de jerarquización en el ámbito del funcionariado sanitario, culminó un año después con la aprobación del Reglamento Orgánico provisional de la Sanidad marítima, en cuyo artículo 58 se consignaba la formación de un «escalafón especial de estos médicos por orden de rigurosa antigüe-

dad en el ramo»¹⁵. Se establecía así, lo que autores como Villacorta Baños consideran «un tipo de organización burocrática de carácter *privilegiado* con relación al régimen general administrativo», entre cuyas particularidades se encuentran: una estructura escalafonada, con condiciones de ascenso «más impermeable a la interferencia política»¹⁶.

En la última década del siglo XIX, cambios en el ámbito de la medicina en relación con la explicación causal de las enfermedades infectocontagiosas, y cambios económicos, sociales y políticos en el ámbito nacional, fueron coetáneos a una modificación en las prioridades establecidas por la Sanidad nacional. En efecto, las plantillas de Sanidad Marítima se fueron acomodando a los presupuestos tanto como a las necesidades epidemiológicas, siguiendo la concepción liberal decimonónica del Estado «guardián». Si en los años 80 dichos presupuestos fueron generosos para los asuntos sanitarios debido a la presencia del cólera, en los 90 se vieron reducidos a la mitad y con ellos el número de médicos y el gasto en material sanitario de las estaciones marítimas¹⁷. La respuesta por parte del gobierno a las quejas de los Directores de cuarta clase que solicitaban un aumento de su «homeopática paga»¹⁸ fue la reorganización de plantillas que imponía la Ley de presupuestos de 1892 con el fin de «obtener economías»¹⁹. El recorte afectó fundamentalmente a las Direcciones de tercera y cuarta clase que quedaron reducidas a 4 y 37 respectivamente. También se suprimieron los secretarios en todas las Direcciones de cuarta clase menos en Ceuta, Garrucha y Mahón. En relación con las plantillas originales de 1886 desaparecieron un total de 46 plazas ocupadas por empleados facultativos, de las cuales 35 correspondían a Directores médicos de bahía antes Director médico de visita de naves. Asimismo se aumentó el sueldo a los Directores médicos de los puertos de primera clase.

Todas estas medidas, que sin duda incidirían en un aumento de la jerarquización del Cuerpo de Sanidad Marítima, coincidieron con la creación de plazas de Inspectores Provinciales de Sanidad como más adelante veremos. A partir de aquí, el auge de la Sanidad interior frente a la exterior fue implantándose paulatinamente.

En 1899, Carlos M^a Cortezo (1850-1933) fue nombrado Director General de Sanidad —organismo restablecido a la par— con categoría de Jefe Superior de Administración civil, es decir la máxima categoría a la que un funcionario podía aspirar²⁰. Bajo su mandato se reformó el esquema de la Administración sanitaria civil que quedó constituida en dos secciones denominadas de Sanidad exterior y de Sanidad interior. Esta división quedó establecida a la par que se reglamentaba la Sanidad exterior y se creaba un nuevo Cuerpo con esta denominación²¹. El nuevo Cuerpo de Sanidad exterior incorporó, en su sección tercera, a los empleados del extinto Cuerpo de Sanidad Marítima y absorbió a los empleados técnicos pertenecientes a la Secretaría del Real Consejo de Sanidad que formaron la sección primera. Otras dos secciones se crearon aun sin tener las plantillas aprobadas: la segunda que comprendería en su momento al Jefe y los empleados técnicos de la Sección de Sanidad exterior de la Dirección General de Sanidad y la cuarta que se formaría con los empleados con funciones sanitarias permanentes en las fronteras.

La inexistencia de personal fijo en las fronteras con Francia y Portugal se suplía nombrando comisiones de Inspección con miembros de la Secretaría del Real Consejo de Sanidad cuando un peligro epidémico surgía en uno de esos países. De esta forma, en agosto de ese mismo año se nombró una Comisión con motivo de la epidemia de peste desatada en Oporto y disuelta cuando aquella remitió en diciembre. Formaban parte de esta Comisión Bernabé Malo de Poveda (1844-1926), nombrado para establecer la Inspección sanitaria de Túy, Amalio Gimeno (1851-1936) y Angel Pulido (1853-1932), estos últimos como Inspectores generales²².

Una de las reformas más significativas que introdujo este Reglamento fue la derogación del régimen cuarentenario establecido para la Sanidad marítima por la Ley de Sanidad de 1855. En el artículo 9º atribuía a la Dirección General de Sanidad la capacidad de «fiscalizar por medio de las Inspecciones que considere precisas los lazaretos, estaciones sanitarias y laboratorios, girándose al efecto visitas periódicas en tiempos normales y visi-

tas extraordinarias en los de epidemia o peligro de ella». La adopción de un sistema de inspección médica implicó un cambio estructural en la organización sanitaria marítima que conllevaría una reducción drástica en el número de empleados facultativos en los puertos habilitados para el comercio. La reforma consistió en dividir las costas españolas en Distritos sanitarios. En cada uno de ellos existiría una Estación sanitaria de primera clase y varias de segunda así como un número determinado de Inspecciones locales en los distintos puertos habilitados²³. El personal médico quedó reducido a un Director en las estaciones sanitarias de primera y segunda clase y —limitados a las estaciones de primera clase— a los médicos de bahía que se considerasen necesarios. Por su parte, en todos los puertos abiertos al comercio debía haber uno o más médicos habilitados —es decir no pertenecientes al Cuerpo de Sanidad exterior— que ocuparían las inspecciones locales. Estos últimos serían nombrados a propuesta de los Gobernadores civiles y su remuneración se produciría a través de emolumentos procedentes de las tarifas y derechos sanitarios que debían hacer efectivos los capitanes de los buques que arribaran en el puerto. Las plantillas que se configuraron con esta nueva estructura sanitaria sólo podían incluir a poco más de 40 facultativos entre Directores de estaciones sanitarias y médicos de bahía.

A pesar de todas las reformas descritas, la Sanidad exterior estaba en 1902 todavía mal organizada y poseía unos servicios deficientes, tal y como reconoció el Director General de Sanidad, Angel Pulido en ese año¹⁷. En 1901 todavía no se habían podido crear las secciones segunda y cuarta porque aun no había personal para formarlas, motivo por el cual se publicaron los escalafones de la primera y tercera sección sin más demora²⁴. Dos años después el escalafón de médicos en activo de la tercera sección comprendía a 44 funcionarios y el número de excedentes se elevaba a 87 como producto de las sucesivas amortizaciones de plazas²⁵. Por su parte, la flamante Instrucción General de Sanidad promulgada de forma definitiva en 1904 se limitó a confirmar, dentro del Capítulo XI, el Reglamento de Sanidad exterior de 1899 además de adjudicar a la recién

creada Inspección General de Sanidad exterior las funciones de la Higiene del transporte por ferrocarril²⁶.

Las plantillas del Cuerpo de Sanidad exterior continuaron a lo largo del primer tercio del siglo XX acoplándose a las necesidades epidemiológicas, a las normas internacionales suscritas por España y a los presupuestos estatales. En este caso, con motivo de los acuerdos de la Conferencia Internacional de París de 1903, se volvió a reformar la Sanidad exterior pero en esta ocasión dicho acuerdos exigían que la reforma se hiciera «en armonía con los conocimientos bacteriológicos y epidemiológicos modernos»²⁷ lo que redundaría en una «más amplia libertad para el comercio y en las menores restricciones sanitarias posibles»²⁸. Seis años más tarde, en 1909, se promulgó un nuevo Reglamento provisional de Sanidad exterior²⁹ que pudo ser desarrollado gracias a un crédito extraordinario para atenciones sanitarias de dos millones de pesetas que se libraron con motivo de la epidemia colérica que amenazaba desde Rusia³⁰. Una de las novedades aportadas por este Reglamento fue la creación de las esperadas Inspecciones sanitarias a lo largo de las fronteras con Francia y Portugal con personal permanente. Las Inspecciones de primera categoría se dotaron con un Inspector facultativo y uno o varios Subinspectores médicos y las de segunda sólo con un Subinspector médico²⁹ pero las plantillas no se aprobarán hasta el presupuesto de 1913³¹.

La Sanidad marítima se reorganizó bajo las directrices acordadas en París con la fórmula impuesta de «personal apto y material apropiado» para hacer frente a los nuevos procedimientos del régimen sanitario. Hasta la fecha, los funcionarios médicos ingresaban en el Cuerpo tras aprobar un examen cuyos contenidos no se habían modificado desde el Reglamento de 1877. El temario no sólo adolecía de una falta completa de referencias a las doctrinas bacteriológicas sino que mantenía vigentes los conceptos de «miasma» y «efluvio», amén de incluir un tema completo dedicado a la exposición de las doctrinas contagionista y anticontagionista³². La primera medida fue obligar a estos empleados a que hicieran,

por tandas, prácticas de bacteriología en el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII. Consecuentemente se les aumentó el sueldo pues, tal como reconocía la propia Administración «... al que mal se le paga no hay derecho a exigirle grandes esfuerzos en el cumplimiento del deber»²⁹. Al mismo tiempo se ampliaron las plantillas de personal entre los que se encontraban doce Directores médicos y tres médicos segundos²⁹. En enero de 1911 se publicó el nuevo escalafón unificado de Sanidad exterior tal y como exigía el Reglamento al suprimir las secciones del mismo.

En cuanto a los lazaretos el convenio de París de 1903 dispuso la obligación para España de disponer de un lazareto cuarentenario para cada uno de sus mares dotados de laboratorio con personal especializado. Se reformaron «los casi abandonados» lazaretos de San Simón (Vigo) para el Atlántico y de Mahón para el Mediterráneo²⁹ y se autorizó a las Hermanas de la Caridad para cuidar de los enfermos del mismo.

Esta reforma fue el inicio del definitivo declive de la Sanidad exterior potenciado por el gobierno liberal que no asumió en su totalidad el Reglamento provisional de 1909 promulgado por los conservadores. Un crédito de quinientas mil pesetas concedido por Real Decreto de 9/9/1910 para construir de nueva planta las Estaciones sanitarias terrestres de segunda categoría no se llegó a invertir en este menester por «no arriesgarse el Estado a hacer el sacrificio de la instalación permanente de unas estaciones sanitarias de dudoso éxito profiláctico»²⁸. Otro crédito extraordinario de un millón de pesetas librado por Real Decreto de 16/8/1911 se invirtió en mejorar la Sanidad interior a través de la adquisición de laboratorios de investigación bacteriológica «para el rápido diagnóstico de los enfermos», aparatos de esterilización de agua y en «barracas Doecker» de alojamiento para enfermos o sospechosos de cólera. En definitiva, tal y como se reconocía en la memoria escrita por el gobierno liberal para justificar su actuación sanitaria «el ideal de la profilaxis contra las epidemias, puede decirse que estriba en el perfeccionamiento de la Sanidad interior más que de la exterior»²⁸.

Consecuentemente, la renovación del personal de Sanidad exterior se inició de forma efectiva en 1910 con la expulsión del Cuerpo de los empleados que no acreditasen su edad en el plazo establecido lo que afectó fundamentalmente al personal excedente que en su mayoría no respondió a esta petición³³. El personal en activo se caracterizaba precisamente por su elevada edad como se puede comprobar en el escalafón de 1911 una vez incorporado este dato. La edad media de los 57 médicos en activo era de 59 años y los dos más jóvenes tenía 49 años cada uno³⁴. Por esto no es extraño que los ocho médicos que ingresaron en el Cuerpo en 1912 tuvieran todos una edad menor de 31 años a pesar de no exigirse en la convocatoria límite de edad alguno. Un año después, un concurso interno para la provisión de dos plazas de bacteriólogos en las estaciones sanitarias de Vigo y Mahón restringió la convocatoria a esos mismos médicos recién ingresados. Según el preámbulo de la Real Orden —que no respetó los artículos que regulaban los concursos del Reglamento provisional de Sanidad exterior de 1909— «los antiguos miembros del Cuerpo no estaban capacitados para desempeñar estos puestos» al no haber estado «obligados a demostrar conocimientos especiales en Bacteriología, materia incluida por primera vez y con la extensión que las modernas teorías profilácticas que la ciencia aconseja fueron incluidas en los ejercicios teóricos y prácticos a que se sujetaron estas últimas oposiciones»³⁵. Para reforzar la renovación del personal técnico en Sanidad exterior se rebajó a 35 años la edad máxima para poder participar en las siguientes oposiciones convocadas en octubre de 1913³⁶.

Este proceso de renovación no estuvo exento de tensiones entre los miembros de la Sanidad exterior. Según reconoció posteriormente uno de los recién ingresados en el Cuerpo, a partir de estas oposiciones se estableció entre viejos y jóvenes «un dañoso antagonismo... comenzando una lucha impertinente para que fueran cuanto antes eliminados todos aquellos funcionarios que ingresaron en el Cuerpo con anterioridad a nosotros»²⁷.

2. La Sanidad interior

La Ley de Sanidad de 1855 sustituyó el sistema cuarentenario interior por otro basado en la inspección médica «para los casos inminentes de epidemia o contagio». En estos casos, el Gobierno, a propuesta del Consejo de Sanidad podía nombrar «delegados facultativos» para que realizaran visitas de inspección «allí donde el bien público lo exija». En tiempos de calma epidémica, la vigilancia estaba en manos de los subdelegados de Sanidad de medicina y cirugía los cuales estaban obligados por su Reglamento de 1848 a «presentar a los Jefes políticos [Gobernadores civiles] y a los alcaldes cuantas reclamaciones creyeran necesarias por las faltas o contravenciones... en la observancia de los principios generales de la higiene pública». También debían dar cuenta a los Gobernadores civiles de las «enfermedades epidémicas que apareciesen en sus respectivos distritos»³⁷. No obstante, la labor de los subdelegados en este terreno fue siempre criticada pues, al parecer, en la práctica no ejercían su labor de inspección sanitaria. En 1902, el Director General de Sanidad, Angel Pulido, reconocía la ineficacia de esta institución. Según su experiencia «... los llamamos y no nos respondieron, esperamos sus estudios y no llegaron, anhelamos su celo y nos faltó casi siempre, inquirimos sus iniciativas y no las hemos encontrado»¹⁷.

No obstante, y a pesar de la inoperancia de los subdelegados de Sanidad, la primera figura sanitaria que llegaría a encargarse en exclusividad de vigilar la salud colectiva no fue creada hasta el verano de 1892. En efecto, con motivo de la epidemia de cólera que se estaba desarrollando en Europa en ese año (Hamburgo, Altona, Bélgica, Francia e Imperio Ruso) y coincidiendo con la reducción de la plantilla del personal de la Sanidad marítima, una Real Orden de 29 de agosto creó el cargo de Inspector provincial de Sanidad³⁸. Su nombramiento correspondía a los Gobernadores civiles y estos debían elegir en primer lugar a los médicos que ya ocupaban el puesto de Subdelegado de medicina. Según esta Real Orden los Inspectores provinciales debían estar en comunicación con los subdelegados de su provincia —ahora convertidos en Inspectores de distri-

to— y estos con los médicos titulares. Entre las funciones de los Inspectores provinciales se encontraba «proponer a las autoridades las medidas que estimen oportunas sobre el régimen higiénico y sanitario, hacer pedidos de materias desinfectantes y cuidar de que sean útilmente aprovechadas». Además, los Inspectores provinciales sólo serían remunerados en caso de epidemia y a cargo de los créditos extraordinarios librados para el caso. Un año después, se regularon estas cantidades de dinero y se estipuló que los Inspectores provinciales debían ejercer su profesión en la capital de la provincia³⁹. Todo ello a pesar de que, con frecuencia, su misión les ocasionara gastos considerables, según afirmaba Angel Pulido en 1902¹⁷.

La Instrucción General de Sanidad, aprobada provisionalmente en julio de 1903⁴⁰, suprimió la Dirección General de Sanidad y creó dos Inspecciones Generales una de Sanidad interior y otra de Sanidad exterior. Este cambio obedecía a la voluntad de los gobernantes, al menos sobre el papel, de hacer «independiente la Sanidad de la política, el funcionario de la Sanidad del burócrata gubernativo»⁴¹. Los responsables de dichas inspecciones, según el artículo 34 de la Instrucción, serían nombrados por concurso entre doctores en medicina con más de diez años de ejercicio de la profesión y se atendería como condiciones preferentes: «ser académico de la Real Academia, ser o haber sido consejero de Sanidad, ser o haber sido catedrático de medicina o haber servido en la administración sanitaria en cargos superiores a Jefe de la tercera clase o haber hecho publicaciones relativas a sanidad o higiene». Tras ocuparse los cargos por Eloy Bejarano Sánchez (1855-1917) (interior) y por Manuel Alonso Sañudo (1856-1912) (exterior), un Real Decreto de julio de 1904 aclaraba que las facultades conferidas a los Inspectores generales, una vez suprimida la Dirección General de Sanidad, estarían limitadas al carácter propio de Jefes de Sección y a su categoría de Jefes de Administración de primera clase.

Al mismo tiempo, la Instrucción configuró un Cuerpo funcional de Inspectores Provinciales de Sanidad dependientes de la Ins-

pección General de Sanidad interior. En el artículo 48 se dispuso que los Inspectores provinciales debían ocupar su cargo tan sólo por oposición pública directa. Para ello debían poseer el título de doctor en Medicina y Cirugía y contar con más de ocho años de ejercicio profesional. La figura de Inspector provincial se dotó con autoridad sanitaria al señalarse en el artículo 47 de la Instrucción que se comunicaría directamente con los Inspectores generales y acudiera al Gobernador civil sólo en los casos en los que su propia autoridad fuese desatendida o insuficiente.

La Instrucción, en su artículo 39, encomendaba al Inspector provincial la organización y registro de la higiene de las prostitutas, su hospitalización o tratamiento domiciliario. Por este motivo, en el artículo 50 se contemplaba la posibilidad de que los médicos higienistas encargados de esta tarea optaran por concurso al cargo de Inspector provincial antes de efectuarse las primeras oposiciones. El higienista debía haber obtenido su cargo por oposición y demostrar que en dichas oposiciones se les exigió la suficiencia en Higiene y Administración sanitaria. Por otra parte, el único privilegio que recogía la Instrucción para con aquellos médicos que habían ejercido hasta la fecha el cargo de Inspector provincial por nombramiento directo de Gobernadores o de la propia Dirección General de Sanidad fue la dispensa de poseer el título de doctor para acudir a estas primeras oposiciones.

En el verano de 1904 se convocaron las primeras oposiciones para cubrir 48 plazas de Inspectores provinciales⁴² a las que acudieron 86 opositores⁴³ de los cuales aprobaron 58, diez más que las plazas a ocupar^{44,45,46}. Estas oposiciones, se realizaron sin que se proveyeran en los presupuestos las cantidades destinadas a los sueldos de estos funcionarios, lo que provocó dificultades para la toma de posesión de aquellas personas que no contaban con medio de vida en la ciudad elegida en su turno correspondiente por lo que se concedieron licencias particulares para retrasar la toma de posesión del cargo⁴⁷. Al mismo tiempo y debido a la falta de remuneración no se exigió incompatibilidades con otro tipo de trabajo.

En diciembre de 1905 se dio luz verde al Ministerio de la Gobernación para presentar a las Cortes el proyecto de Ley que debía establecer la forma de remunerar a los Inspectores provinciales a través de los honorarios que estos debían de recaudar por sus servicios⁴⁸, tal y como estaba previsto en los artículos 196 y 197 de la Instrucción General de Sanidad. Esta forma de remuneración era la establecida para pagar a los médicos de Sanidad marítima desde la Ley de Sanidad de 1855.

De forma paralela, y como medida de presión para la aprobación final de esta Ley se constituyó en diciembre de 1905 la *Asociación Nacional de Inspectores de Sanidad*, presidida por los dos Inspectores generales⁴⁹. Esta Asociación, compuesta por los Inspectores provinciales que habían aprobado las primeras oposiciones, no sólo reclamaba la elaboración de las tarifas sanitarias sino que pretendía que se librasen las cantidades necesarias para su remuneración en los presupuestos para 1907 en forma de gratificación, lo que les permitiría seguir manteniendo otros empleos de forma simultánea⁴⁹. También elaboraron un proyecto de Reglamento orgánico para que «cristalizara administrativamente el Cuerpo de Inspectores». Dicho proyecto de reglamento era muy ambicioso en sus planteamientos.

Entre sus reivindicaciones figuraba la independencia de Gobernadores civiles y alcaldes que les privaban de «potestad ejecutiva» y que su labor inspectora y de vigilancia alcanzara a todas las instituciones sanitarias aunque dependieran de otros ministerios. De esta forma pedían hacerse cargo de la Inspección escolar y estar presentes en las Juntas de Instrucción pública y Consejos universitarios⁴⁹. Si esto se llevara a cabo, tal como afirmaba el secretario de la Asociación, José García Fraguas, «la higiene escolar no será una partida más en los gastos presupuestados por la Nación, sino un servicio de Beneficencia y Sanidad pública que mejore la raza, el país, la región y la familia por la virtud admirable de la educación individual»⁴⁹. El alcance de sus peticiones también abarcaba a la inspección y vigilancia de las profesiones sanitarias al mismo tiempo que denunciaban a los Colegios Médicos «... que ni hacen ni dejan hacer parapetados tras un cacicato»

pues «los funcionarios de la Administración sanitaria —junto con las Delegaciones de Hacienda, las Juntas de Gobierno y Patronato de los Titulares— son los verdaderos órganos para el cobro de las patentes, policía moral de los asociados y protección eficaz contra el intrusismo»⁴⁹.

Significativamente, el modelo de funcionario que perseguía la Asociación no era el mantenido hasta la fecha por el Cuerpo de Sanidad exterior, cuyos miembros sólo podían aspirar como máximo a la categoría administrativa de Jefe de Negociado de primera clase²⁷. Según el reglamento propuesto, los Inspectores generales debían ser equiparados en «derecho y categoría» al nivel otorgado en la carrera administrativa a los Jefes de Administración de 1ª clase, los Inspectores provinciales que ocupasen los ocho números superiores del escalafón debían ser equiparados a los Jefes de Administración civil de 2ª clase, los que ocupasen del 8 al 16 a los Jefes de Administración de 3ª clase y, por último, los del 16 al 49 a los Jefes de Administración de 4ª clase⁴⁹.

Después de 26 meses de campaña lograron que el gobierno dictara, el 3 de enero de 1907, la «Ley de los honorarios exigibles por los servicios de Sanidad interior»⁵⁰. En dicha Ley se detallaba el procedimiento mediante el cual los Inspectores provinciales debían recoger el dinero procedente de sus servicios y los usos a los que debía dedicarse. No obstante, y a pesar de que la Ley concedía un mes de plazo para que las tarifas se elaboraran, estas no se publicaron en la Gaceta hasta un año después^{51, 52}.

Con la instauración de las tarifas sanitarias se abría una vía para la remuneración de los Inspectores provinciales pero no se solucionó el problema de forma definitiva. A los pocos meses de su aprobación, las medidas de inspección tomadas como consecuencia de la epidemia de cólera que amenazaba desde Rusia puso al descubierto que la actuación de los Inspectores por mandato directo de los Gobernadores civiles debía realizarse «de oficio» y por tanto «gratuitamente». Así lo estipulaba una Real Orden⁵³ ante el apremio de algunos Inspectores de cobrar estos servicios a través

de las tarifas sanitarias⁵⁴; al mismo tiempo se les recordaba que debían «justificar una vez más su amor al servicio, ya que son deberes que les corresponden por razón del cargo».

La inadecuada remuneración de estos funcionarios fue el principal argumento para limitar el alcance de su dedicación al cargo y, tras una Real Orden de 3/10/1908 que obligaba a los Inspectores a tomar posesión de sus cargos sin más demora, se les concedió plena compatibilidad de su trabajo con cualquier otro sin más requisito que residir en la capital de su provincia⁵⁵. También gozaron de privilegios a la hora de solicitar permutas, las cuales les eran concedidas sin necesidad de cumplir un año en su destino que era lo estipulado. Finalmente, se contempló una partida especial para pagar a los Inspectores provinciales dentro del crédito extraordinario de dos millones al que hicimos antes referencia. Esta remuneración se hizo en «concepto de gratificación anual por mensualidades vencidas»²⁹ tal y como reivindicó la Asociación en 1905.

Otro de los problemas que en repetidas ocasiones fue planteado por los Inspectores provinciales fue la falta de apoyo administrativo en los despachos que ocupaban dentro de los Gobiernos civiles. En 1912, tras una petición de estos capitaneada por el Inspector provincial de Madrid, José Call y Morros (1858-c.1923) se les concedió que, con cargo a la partida de cada Gobierno civil se atendiera mensualmente al suministro de impresos y gastos de escritorio siempre y cuando fueran «de absoluta necesidad»⁵⁶.

A pesar de estos avances en la definitiva organización del Cuerpo, todavía quedaban varias Inspecciones provinciales sin proveer, fruto de las renunciaciones y constantes traslados de sus titulares desde que se celebraron las oposiciones de 1904. Por este motivo se convocaron en 1909 unas segundas oposiciones y se elevó el número de Inspectores provinciales a 60⁵⁷. Esta medida no palió el problema de las plazas que quedaban vacantes. Todavía en 1915 una Real Orden reconocía que esta medida no había surtido efecto pues tras el tiempo transcurrido, «no se ha manifestado en general interés ni buena disposición por parte del personal para ocupar vacantes», siendo desem-

peñadas interinamente por los subdelegados. La solución que se ofreció fue conceder a los Inspectores provinciales que se encontraban en excedencia los mismos derechos para cubrir esas vacantes que los que poseían los funcionarios en activo⁵⁸.

La reorganización sanitaria que se llevó a cabo en fechas de las segundas oposiciones, al igual que ocurriera con los médicos de Sanidad exterior, también afectó a los requisitos que debía reunir el aspirante a Inspector provincial: se exigió una edad máxima de 50 años y el temario incluyó por primera vez un amplio número de lecciones dedicadas a Bacteriología⁵⁹. Esta evolución en las exigencias de conocimientos a los Inspectores Provinciales de Sanidad se hizo aun más patente en 1914 donde el temario de las oposiciones realizadas en este año fue prácticamente sobre Bacteriología y Microbiología^{60, 61}.

Precisamente, las nuevas orientaciones de la Sanidad nacional, basadas en las corrientes bacteriológicas y que tuvieron, entre otras consecuencias la suspensión del sistema cuarentenario en la Sanidad exterior, unido a la importancia que aun se le daban a las enfermedades epidémicas en nuestro país, hizo que el Estado reforzara el sistema de inspección creando un nuevo cargo dentro de los Cuerpos de Sanidad del Estado. La nueva figura, creada en la Ley de presupuestos de 1908, fue la de Inspector de Servicios sanitarios. Este puesto estaba a las órdenes inmediatas de los Inspectores Generales y su misión consistía en acudir inmediatamente allí donde las necesidades lo exigieran «para que las funciones, siempre urgentes, de la sanidad no sufran retraso ni interrupción alguna». En diciembre de 1908 se convocaron cuatro plazas: una para los servicios de Sanidad interior, otra para los de exterior, otras para Servicios farmacéuticos y otra para los de Sanidad veterinaria. Las dos primeras debían ser desempeñadas por médicos, la tercera por un farmacéutico y la cuarta por un veterinario⁶². La plaza de Inspector médico de servicio de la Sanidad interior no se cubrió y la Ley de presupuestos de 1913 varió las condiciones establecidas para su provisión y exigió que el cargo debía ser ocupado por un miembro del Cuerpo de Inspectores provincia-

les de Sanidad. La remuneración de 6.000 pesetas anuales coincidía con la percibida por los Inspectores de máxima categoría y también en concepto de gratificación lo que le permitía la compatibilidad con cualquier otro sueldo percibido con fondos públicos⁶³. Esta última condición era fundamental, pues para la provisión de esta plaza tendrían preferencia los catedráticos de la Facultad de Medicina. Además debían poseer «competencia profesional notoria, aptitud física conveniente y residencia fija en la Corte» y poseer conocimientos de bacteriología, química y administración sanitaria⁶⁴.

Las reivindicaciones hechas por la Asociación de Inspectores de Sanidad acerca de la ampliación de sus funciones a dirigir todas aquellas dependientes de otros ministerios no sólo no se vieron cumplidas sino que los distintos ministerios siguieron desarrollando la labor sanitaria en su ámbito de acción. Este fue el caso del Ministerio de Fomento que bajo el gobierno liberal creó por R.D. de 25/9/1910, el Cuerpo de Inspectores de Sanidad del Campo. No obstante, en 1912, vio la luz el tan esperado Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales cuyo borrador había sido redactado por una Comisión elegida por los propios Inspectores⁶⁵.

Este Reglamento, con tan sólo 14 artículos, consideraba a las Inspecciones Provinciales como «organismos especiales de la Administración pública» para el «conocimiento, tramitación, informe, y en algunos casos resolución de los asuntos referentes a Sanidad, Higiene y personal sanitario de las provincias». Asimismo confirmaba la constitución de un «Cuerpo facultativo con todas las atribuciones y derechos en situación activa o pasiva que les estén asignados por las leyes y disposiciones vigentes». El ingreso en el mismo sólo se realizaría por oposición y sus miembros conformarían un escalafón especial⁶⁶. Además de confirmarse las prebendas que ya disfrutaban en materia de inamovilidad, excedencias, permutas y licencias, el Reglamento especificaba que las plazas vacantes en las distintas provincias se proveyeran por concursos cerrados entre los Inspectores provinciales, los cuales podrían elegir por el orden numérico del esca-

lafón. Como novedades introducidas en este Reglamento tenemos que señalar la concesión a los Inspectores provinciales del derecho a usar en los actos oficiales el «uniforme que se acuerde» y a recibir indemnizaciones por gastos de viaje. Las dietas, sin embargo, debían ser pagadas por el organismo o persona particular que requiriese sus servicios, ya que, según reconocía el preámbulo de la Real Orden, «en nuestra legislación sanitaria, hoy no están en aplicación». Por último, dos artículos iban dirigidos a mejorar el servicio de las Inspecciones provinciales. En primer lugar se estipulaba que el subdelegado de medicina más antiguo en la capital sustituyera al Inspector provincial en cualquier circunstancia. En segundo lugar, se declaraba el cargo de Inspector incompatible «con todo otro destino retribuido que pueda impedir el ejercicio constante de sus funciones», es decir aquellos destinos fuera de la capital de la provincia tal y como habían pedido en diferentes ocasiones los propios Inspectores provinciales.

En 1916 el Cuerpo de Inspectores provinciales estaba perfectamente asentado tanto desde el punto de vista administrativo como profesional. En este año en el que quedaron cubiertas todas las plazas existentes con Inspectores titulares, estos comenzaron a colaborar con la revista recién creada *La Medicina Social Española*, publicación que compartían como órgano de expresión con la Sociedad Española de Higiene tal y como rezaba en su portada. Al mismo tiempo se dio el primer paso para la futura reunificación de los Cuerpos de Sanidad al transformarse las dos Inspecciones Generales en una sola Inspección General de Sanidad del Reino y una Subinspección General⁶⁷. Para el primer cargo se nombró titular al que ya lo era de Sanidad exterior desde 1909⁶⁸, Manuel Martín Salazar (1854-1936) y para el segundo al que era Inspector General de Sanidad interior, Eloy Bejarano. Este último fue sustituido, un año después, por Jorge Francisco Tello y Muñoz (n. 1880)⁶⁹.

Auspiciada por el flamante Inspector General, en noviembre de ese año los Inspectores provinciales celebraron su primera asamblea «para conocernos todos los procedentes de

oposiciones distintas y para darnos mutua cuenta de la labor sanitaria y del modo de realizarla por cada uno en su respectiva provincia»⁷⁰. En las conclusiones aprobadas⁷¹ los participantes ofrecieron a las autoridades, además de unas bases para la elaboración de una «Ley de Sanidad» y de una «Ley de profilaxis pública contra las enfermedades infecciosas», sus propuestas sobre organización sanitaria fundidas con sus reivindicaciones profesionales.

En primer lugar propusieron que la denominación de *Inspector* fuese sustituida por la de *Jefe*, cambio que reflejaría la anhelada posesión de poder ejecutivo en materia sanitaria —tal y como proponían en otra de las conclusiones— y marcaría la distancia con el poder político. Esta modificación no afectaría a los Inspectores municipales de Sanidad que pasarían a llamarse *Inspectores municipales de salubridad pública*. La jerarquía de mando administrativo no sólo se reforzaba —se pedía que los Inspectores municipales no tuvieran carácter de autoridad— sino que también se ampliaba al contemplar la existencia de dos Subjefes superiores de Sanidad, uno para Sanidad interior y otro para la Sanidad exterior. Para el desempeño del cargo de Subjefe de Sanidad interior, se contemplaba que fuese ocupado por un Inspector provincial mediante un concurso de antigüedad, lo que aumentaría sus posibilidades de promoción profesional. Para el desarrollo efectivo de sus funciones sanitarias los Inspectores reclamaban la creación en todas las provincias de un Instituto de Higiene, un Parque de desinfección y una brigada sanitaria, instituciones que dependerían del Jefe provincial «en igual forma que el [Instituto] nacional de la Jefatura Superior».

La consideración administrativa a la que aspiraban los Inspectores provinciales era la que disfrutaban los Delegados de Hacienda con los que pedían ser asimilados en todos los conceptos relacionados con su retribución, jubilación y derechos pasivos. No era casual, pues el Ministerio de Hacienda y gracias a los mandatos de Fernández Villaverde (tanto como ministro o presidente del Consejo) era el Cuerpo del Estado que gozaba de mayores ventajas profesionales¹⁶. En este sentido,

exigían que, mientras la remuneración no fuese suficiente para asegurar la independencia absoluta del ejercicio del cargo, se les compatibilizara su dedicación con otros empleos públicos que no les obligara a abandonar la capital de la provincia.

Para el ingreso en el Cuerpo de Jefes provinciales se pedía que sólo se realizara por oposición pública entre doctores con más de ocho años de experiencia en la profesión médica además de exigírseles estar en posesión del título de «Oficial sanitario». Dicho título, que suponía una novedad en las propuestas realizadas por los Inspectores, lo otorgaría el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII mediante examen. Para la preparación de los futuros aspirantes se proponía la creación de cursos de nueve meses de duración en total, siete en el Instituto de Alfonso XIII y dos en las oficinas de Sanidad en el Ministerio de la Gobernación.

Es interesante señalar la ausencia entre sus reivindicaciones de la creación de un Ministerio de Sanidad a pesar de que, en su órgano de expresión, varios de los Inspectores se pronunciaron en este sentido^{72,73}. Posiblemente, las palabras inaugurales del Ministro de la Gobernación, Ruiz Jiménez, pidiendo «un alto sentido de la realidad» para que no se malograsen sus iniciativas hizo desistir a los asambleístas de tal propósito. Por el contrario, para los Inspectores era ineludible que el Gobierno asumiera al completo las conclusiones de la Asamblea para «el progreso sanitario de España» pues «... cuanto se ha propuesto en esta Asamblea, tiene un punto de vista científico que garantiza su eficacia cierta; se conforma con la justicia, en tanto que todo ello es necesario para proteger la salud y la vida de los ciudadanos; responde a las exigencias del patriotismo porque tan vasto programa tiene por objeto y fin conservar y acrecer el capital humano, del cual no puede dejarse perder indebidamente la más mínima parte sin atentar contra la seguridad y grandeza de la patria»⁷⁰.

3. Las Instituciones sanitarias

El tercer elemento de la Sanidad Nacional lo configuraban los empleados técnicos que trabajaban en las instituciones sanitarias del

Estado que en un primer momento se limitaba al Instituto general de Vacunación creado en 1874 y que posteriormente quedó incorporado al Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII creado en 1899.

El Instituto general de Vacunación, que entró en funcionamiento en marzo de 1874 como «Centro provisional»⁷⁴, fue puesto bajo la inspección de la Real Academia de Medicina en 1875 (R.O. 17/4/1875) cuyos informes emitidos un año después persuadieron a la Administración de la conveniencia de su mantenimiento y desarrollo⁷⁵. El nombramiento del personal facultativo era competencia del Gobierno que fijó la plantilla, en 1876, en cinco médicos vacunadores, cuatro practicantes y tres mozos⁷⁵. En 1877 (R.O. 1/7/1877), el centro pasó a denominarse Instituto de Vacunación del Estado y quedó dividido en dos secciones, una Central y otra de Visitadores. En 1885, el Instituto de Vacunación, cuyo número de médicos ascendía en esa fecha a 16, fue reorganizado para equiparar a sus miembros con el Cuerpo facultativo de Beneficencia General ambos dependientes de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad⁷⁶. De esta forma se creó el Cuerpo médico de Vacunadores del Estado —adelantándose en un año a la creación del Cuerpo de Sanidad Marítima— que por su novedad tuvo que regirse por el Reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de Beneficencia General (R.D. 23/12/1884). Según este Reglamento, el ingreso en el Cuerpo debía realizarse sólo por oposición y los ascensos debían seguir una rigurosa escala por antigüedad. No obstante, el respeto a los «derechos adquiridos» permitía la continuidad de los facultativos con seis años de servicio en el Instituto o diez en el ramo de la beneficencia y sanidad. Esta reorganización rebajó la plantilla a tan sólo diez facultativos cuyos interinos, un año después, seguían en sus puestos sin que se hubiesen realizado las previstas oposiciones⁷⁷.

En 1894 un Real Decreto creó el Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene^{78,79} que, a pesar de contar con los fondos necesarios para la construcción de un edificio y nombrarse a Amalio Gimeno como director, nunca llegó a funcionar. Entre las funciones que debía desarrollar dicho instituto se encontraban los «estu-

dios y trabajos bacteriológicos y químicos con aplicación a los servicios sanitarios» elementos que, según se afirmaba en el preámbulo del Decreto que creaba el instituto, habían abierto una nueva vía en la lucha contra las epidemias «en que los hallazgos son tan frecuentes como pródigos en éxitos». Los mismos objetivos perseguía, cinco años después, el Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII, creado en 1899 por iniciativa del Director General de Sanidad Carlos María Cortezo^{80,81}, a la par que se disolvían el Instituto de Vacunación del Estado y el fallido Instituto Central de Bacteriología e Higiene⁸². Esta nueva institución surgía además como «Escuela de bacteriología» donde se impartirían enseñanzas prácticas de dicha materia «en su relación con la higiene pública y la epidemiología». El Instituto se dividía en tres secciones: una «de análisis bacteriológicos y enseñanza de su técnica», otra «de Sueroterapia y obtención de sueros y vacunas» y, por último, otra «de Inoculaciones y de la vacuna». Al frente de la institución estaría una Comisión técnica y otra administrativa de entre los que se elegirían sus respectivos presidentes. Para cubrir las necesidades de personal, el nuevo instituto contaba con los empleados del antiguo Instituto de Vacunación al que se le respetaban los derechos adquiridos. Significativamente, y a pesar de haberse legislado en sentido contrario al crearse el Cuerpo médico de vacunadores del Estado, el «personal médico, inoculadores y vacunadores» serían nombrados por el Gobierno mientras que, por el contrario, se disponía que el personal de profesores de la Escuela de bacteriología y de ayudantes de laboratorio se proveyera por oposición. El Real Decreto prohibía las permutas y traslaciones entre el personal facultativo de las dos primeras secciones con la tercera. En 1904, la Instrucción general de Sanidad se limitó a confirmar la existencia del Instituto y lo mantuvo anejo al Ministerio de la Gobernación bajo la recién creada Inspección General de Sanidad interior.

En 1908 se dispuso la transformación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Al mismo tiempo se iniciaba la construcción de un edifi-

cio de nueva planta más acorde con el papel preeminente que debía ocupar el laboratorio una vez reconocida la importancia de las técnicas bacteriológicas en el desarrollo de la higiene pública⁸³. Tal como se afirmaba desde la propia administración sanitaria en 1909 «la higiene nace en los laboratorios, y donde no hay laboratorios abundantes, el progreso se cumple tarde, mal y de prestado»²⁹. En consecuencia, el nuevo Instituto heredaba la función docente conferida a la institución desaparecida, y presumiblemente inédita, de formar un amplio equipo de sanitarios preparados para desarrollar las nuevas prácticas antibacterianas. Tal como esperaba la propia Administración el Instituto sería «la escuela, la *pepinière* de los futuros higienistas españoles, y de él habrá de salir, pertrechado de todas armas, el personal destinado a realizar la obra sagrada de reconstitución étnica nacional»²⁹. En 1914 se justificó la necesidad de que el Instituto de Alfonso XIII especializara a los aspirantes a cargos oficiales de Sanidad ya que su debida formación no podía llevarse a cabo en las facultades de medicina, al no existir ninguna cátedra especial donde se enseñara microbiología, materia considerada «la base de la Sanidad»²⁸. El Instituto estrenó su labor docente impartiendo prácticas de bacteriología a los miembros del Cuerpo de Sanidad exterior, como ya hemos visto, pero el primer curso de ampliación de estudios sanitarios, tal y como habían reivindicado los Inspectores provinciales en 1916, comenzó el 23 de octubre de 1917 y se prolongó hasta mayo de 1918 con un total de nueve profesores. Los doce alumnos admitidos debían superar un examen al finalizar los estudios para recibir el certificado de aptitud⁸⁴.

El personal técnico de este Instituto se convirtió en estable a partir de 1911 al legislarse la inamovilidad del mismo salvo por causa justificada en el «oportuno expediente»⁸⁵. A pesar de que en este mismo Decreto se contempló que el ingreso en el Instituto de todo su personal se realizara en adelante por concurso, lo cierto es que hasta 1916, fecha en el que el nuevo Reglamento vio la luz, no quedó regulada esta posibilidad⁸⁶. En 1918, la plantilla del Instituto de Alfonso XIII contaba con 25 médicos, un químico, un veterinario y dos practicantes⁸⁷.

Otras instituciones sanitarias, creadas por el Estado a raíz del presupuesto extraordinario de 1908, fueron dos Sanatorios Marítimos situados en Oza (La Coruña) y Pedrosa (Santander) que comenzaron a funcionar en el verano de 1910. Dichos centros, dedicados a la recuperación de niños «pretuberculosos» y a la curación de niños con tuberculosis osteoarticulares, se establecieron en los edificios de los antiguos lazaretos que existían en estas poblaciones y que se encontraban sin función desde los acuerdos de París de 1903²⁸. El Estado se hacía cargo del mantenimiento de los sanatorios y del sueldo de sus empleados pero la estancia de los niños debía ser cubierta por parte de las entidades que los enviaban tales como diputaciones, ayuntamientos o ligas benéficas⁸⁸. Las plantillas aprobadas en septiembre de 1918 recogían la existencia de un director médico y un médico auxiliar como todo el personal facultativo del Sanatorio de Pedrosa mientras que en Oza, además del director, figuraban un Jefe del servicio quirúrgico y tres médicos auxiliares⁸⁹.

UNO PERO NO INDIVISIBLE. EL PROCESO DE UNIFICACIÓN DE LOS CUERPOS DE SANIDAD (1919-1926)

La reforma general de la Administración propiciada por la Ley General de funcionarios y empleados públicos de 22/7/1918 estipulaba que se debía reducir el personal «al estrictamente necesario» lo que importaría, como mínimo, una tercera parte de la suma consignada en los créditos presupuestarios vigentes para gasto de personal. Sin embargo, para los Cuerpos especiales se estipuló que el Consejo de Ministros acordaría lo que considerase oportuno¹⁶. Este fue el caso de los funcionarios de Sanidad que no sólo se libraron del recorte sino que, además, se beneficiaron del aumento de sueldo reglamentario. Presumiblemente, la alarma social provocada por la epidemia de gripe que coincidió con la reforma, supuso un argumento mas que suficiente para mantener a todos los sanitarios en sus puestos. Seis meses después de promulgarse esta Ley de funcionarios y empleados públicos, el Gobierno liberal reestructuró la organización sanitaria bajo la iniciativa del Ministro de la Gobernación, el médico Amalio Gimeno⁹⁰.

Entre las reformas más significativas, que derogaban sustancialmente la Instrucción General de Sanidad, destaca la división, en tres secciones diferentes, de los servicios de la Administración Central de Sanidad, subordinadas a la Inspección general: una de Sanidad interior, otra de Sanidad exterior y otra de Institutos de Higiene y demás instituciones sanitarias. Cada sección tendría un Subinspector general que sería el Jefe de cada sección y del Cuerpo facultativo correspondiente. De esta forma se perfilaban las tres ramas de la Sanidad nacional con la creación de un nuevo Cuerpo sanitario constituido por el personal del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y por el de los institutos regionales que se fueran creando. El artículo 5º de este Real Decreto especificaba que el ingreso en este Cuerpo sería por concurso-oposición —y no sólo por concurso como anteriormente— y los aspirantes deberían presentar una certificación de preparación sanitaria expedida por el propio Instituto Nacional de Higiene. Tras el nombramiento de los Subinspectores (Leonardo Rodrigo Lavín, Sanidad interior; Manuel Romero, Sanidad exterior y Francisco Murillo, Instituciones sanitarias) el escalafón de su personal se publicó muy rápidamente sólo dos meses después⁹¹.

El Cuerpo de Sanidad exterior no fue modificado pues, según este Decreto, «ha llegado a un estado que no exige por ahora más que aquellas reformas que con el tiempo se crean convenientes para adaptarlo a la evolución de la higiene internacional». Sin embargo, el Cuerpo de Sanidad interior sí fue objeto de una nueva reestructuración al entenderse que todavía no tenía «la amplitud necesaria para realizar sus fines». Esta ampliación se refería fundamentalmente a la incorporación «como colaboradores y auxiliares de los Inspectores provinciales» a los miembros del Cuerpo de Sanidad del Campo⁹² en situación de excedencia desde que se suprimiera este Cuerpo por Real Decreto de 23/10/1918 dentro de la reforma general de la Administración. En efecto, a pesar de que el Reglamento de este Cuerpo databa de poco tiempo atrás⁹³ la Administración lo eliminó por entender que «su escasa eficacia es notoria... por defectos de su organización y por la escasez de medios». La refun-

dición se realizó en febrero de 1919⁹⁴ al mismo tiempo que el servicio se declaraba «a extinguir» conforme sus plazas fueran quedando vacantes. La plantilla la componían: un Inspector-Jefe, un Inspector Secretario, quince Inspectores regionales, dos auxiliares técnicos y un auxiliar. Al mes siguiente de la refundición, la Subcomisión de Presupuestos del Congreso negó al Ministro Gimeno un crédito para la organización de este nuevo servicio¹⁶ lo que explicaría que en 1926 este personal continuara excedente «cobrando las dos terceras partes de sus sueldos, sin misión alguna ni función que cumplir»⁹⁵.

Junto a esta incorporación, los Inspectores provinciales podrían contar en adelante con los subdelegados de Sanidad, convertidos por tercera vez, en Inspectores de Sanidad de distrito o partido judicial. Para que esta función fuera efectiva se imponía que en lo sucesivo, los aspirantes dejaran de ser nombrados por los Gobernadores civiles e ingresaran por oposición en la que debían demostrar sus conocimientos en materia sanitaria. A partir de entonces, serían remunerados a cargo de los presupuestos generales del Estado. Los actuales subdelegados debían someterse a una prueba de aptitud, sobre materias de epidemiología y legislación sanitaria, que les daría derecho, caso de superarla, a mantenerse en sus cargos. No debemos olvidar que, hasta la fecha, los subdelegados, como reconocía el preámbulo del Decreto que estamos comentando, estuvieron «ocupados hasta ahora más bien en atenciones oficiales de otra índole». Entre estas funciones oficiales, por las cuales cobraban sus emolumentos sobre la base de las tarifas sanitarias, se encontraban las de registrar los títulos de los médicos que ejercían en su distrito, anotar en un libro-registro los casos de intrusismo y los castigos impuestos, garantizar la autenticidad de las firmas en los certificados de enajenados y dementes y la fiscalización de los embalsamamientos y exhumaciones.

Por último, la reforma más importante que introducía este Decreto respondía a una parte de las aspiraciones de poder ejecutivo reclamadas por los Inspectores provinciales tres años antes. En efecto, entre las facultades que tendrán estos funcionarios a partir de ese mo-

mento se incluyó la facultad de hacer efectivas las sanciones impuestas por delitos sanitarios. Esta autoridad, reconocida por primera vez al Inspector provincial, le vendría conferida directamente del Ministro de la Gobernación a través del Inspector y Subinspector General de Sanidad. Hasta la fecha la única autoridad gubernativa provincial «con la potestad de mando suficiente» para imponer sanciones era el Gobernador civil. Esta reforma fue valorada muy positivamente pues una de las mayores trabas con las que tropezaban los funcionarios sanitarios era «la esterilidad de sus determinaciones en materia de penalidad»⁹⁵. Pensamos que estas concesiones no son ajenas a la situación sociopolítica del país. Si consultamos una cronología general leeremos: agudización del pistoleroismo, huelgas y agitaciones, actividades de organizaciones obreras de clase⁹⁶; por tanto, se hacía necesario reforzar y ampliar el ámbito de actuación de agentes del orden, y sabemos que el orden sanitario ha sido una buena fuente de modelos transferibles al orden social.

En septiembre de 1919, el Gobierno conservador entrante tras la crisis de julio, volvió a modificar las plantillas del personal sanitario cumpliendo la Ley de 14/8/1919 (Gaceta 15/8/1919). Esta Ley perseguía «dar proporcionalidad a los diferentes Cuerpos civiles» en categoría y sueldos debido en parte a los privilegios de los que habían gozado los Cuerpos de Correos y Telégrafos y los del Ministerio de Hacienda cuyos funcionarios habían conseguido aisladamente una reforma de plantillas con posterioridad a la Ley General de funcionarios y empleados públicos de 1918 con el consiguiente agravio comparativo¹⁶. El aumento autorizado podía alcanzar hasta el 14 por ciento de los presupuestos vigentes y fue aplicado mediante Real Decreto de 2/9/1919⁹⁷. El Cuerpo de Sanidad exterior fue el único afectado en cuanto al número de su personal y categorías administrativas. En primer lugar, se suprimió la barrera legal que les impedía ascender por encima de Jefe de Negociado de primera clase —en las nuevas plantillas ya aparecía un Jefe de Administración de segunda y tres Jefes de Administración de tercera— pero de los 75 médicos que formaban el Cuerpo tras la reforma de 1918 sólo quedaron 25. Esto, junto con las

reformas que se hicieron en Sanidad interior, muestra el cambio que había experimentado el programa sanitario con relación a dónde radicaba el peligro para la salud de la nación.

La siguiente iniciativa del Gobierno conservador, al mes siguiente de la modificación de plantillas, fue una amplia «revisión y ampliación» del Reglamento del Cuerpo de Inspectores de Sanidad provincial, completamente obsoleto tras las distintas reformas que afectaron a la organización del Cuerpo desde que se aprobara aquel en 1912⁹⁸. Aparte de una detallada descripción de las funciones que debía de realizar el Inspector provincial, este Reglamento aportó pocas novedades en la organización del Cuerpo e ignoraba las reivindicaciones efectuadas por la Asamblea de inspectores realizada en 1916. Hasta la fecha, las conquistas de los Inspectores se habían reducido a que se incluyera en los presupuestos de las Diputaciones provinciales una partida de 750 pesetas como consignación para los gastos de material ordinario y de oficina de las Secretarías de las Juntas provinciales de Sanidad⁹⁹. El Reglamento establecía en 65 el número máximo de inspectores que podían pertenecer al Cuerpo, incluyendo en esta cifra, junto a los Inspectores en activo, a los excedentes, aspirantes y en expectación de destino. Además, se suprimió el requisito de poseer el título de doctor y contar con un mínimo de años de ejercicio profesional para ingresar en el Cuerpo pero, a cambio, se especificó que la edad de los aspirantes, en el momento de realizarse las pruebas de ingreso, debía estar comprendida entre 25 y 45 años, edad, esta última, que se redujo a 40 en 1923¹⁰⁰. Por otra parte, el nuevo Reglamento disponía que el cargo de Subinspector General —Jefe del Cuerpo y de la Sección de Sanidad interior— se proveyera por concurso de méritos y de antigüedad entre los Inspectores provinciales. Por último, el Reglamento salvaguardaba los derechos adquiridos de los miembros del Cuerpo en materia de compatibilidad al señalar que, en caso de establecerse, sólo se aplicarían a «los Inspectores que ingresen con posterioridad a la aprobación de este reglamento».

El escalafón provisional del Cuerpo de Inspectores provinciales tras las distintas re-

formas apareció en enero de 1921 con el Subdirector General de Sanidad interior, Román García Durán (n. 1863) —nombrado en octubre del año anterior— a la cabeza. Este escalafón detallaba por primera vez, además de los destinos y sueldos, la fecha de nacimiento, la del primer nombramiento y el tiempo de servicio en el Cuerpo. El número de miembros del escalafón ascendía a 56 y estaba formado, además del Subinspector, por un auxiliar en la Inspección general, el Inspector de servicios, 45 inspectores de Sanidad, 5 excedentes y 3 en expectativa de destino¹⁰¹.

La creación, en 1922, de la Dirección General de Sanidad del Reino, no afectó a la estructura de la organización sanitaria configurada por la reforma de Amalio Gimeno¹⁰². El cambio de nombre de la Inspección General afectaría también a las Subinspecciones que pasarían a denominarse Inspección General de Sanidad interior, de Sanidad exterior y de Instituciones Sanitarias. La reaparición de esta Dirección General atendía a la necesidad, según el preámbulo del Real Decreto, de aumentar la utilidad de los servicios sanitarios «dentro de la mayor economía» e impulsados por una «unidad directiva» que acomodara el organismo sanitario actual a «las demandas de la vida moderna». Entre estas demandas, el legislador enumeraba la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad y la oportuna dirección de la iniciativa privada en su lucha contra las enfermedades infecciosas. En otros países, la respuesta había sido la creación de Ministerios de Sanidad «dotados de los elementos y créditos indispensables para realizar la magna obra profiláctica y regeneradora que aguardan los pueblos destrozados por la miseria o acuciados por el malestar económico e industrial». Ante la imposibilidad de poder contar en España con un Ministerio del ramo, la creación de la Dirección General de Sanidad secundaría estas iniciativas al dar mayor realce a la Sanidad y «mayor facilidad para el cumplimiento de su misión». El carácter «técnico» de la nueva Dirección General se reforzaba al contemplar el Artículo 5º que, en caso de vacante, se proveyera mediante concurso entre doctores en Medicina especializados en materias sanitarias y de higiene pública.

Las expectativas creadas en buena parte de las clases medias por el Golpe de Estado del General Primo de Rivera¹⁰³, reavivó la posibilidad de acometer una reforma radical de la Sanidad lo que animó al Director General de Sanidad a presentar al Directorio militar, en noviembre de 1923, un ambicioso proyecto de Ley de Reorganización Sanitaria, elaborado el mes anterior por una Comisión de notables presidida por Pulido y que tenía como vocales a Martín Salazar, Murillo, Durán, Mestre, García Izcara, Piñerúa, Casas, Recasens, Tello, Pittaluga, Blanc, Sanchiz Bergón, Marañón, Huertas, Gallego y Ramos¹⁰⁴. Este proyecto incluía en sus bases más significativas la creación de un Ministerio de Trabajo y Sanidad, la creación de Institutos de Higiene y Brigadas sanitarias en todas las provincias y la dependencia de la Dirección General de toda la Beneficencia oficial de carácter sanitario¹⁰⁵. La respuesta del General Severiano Martínez Anido, entonces Subsecretario de Gobernación y significativamente responsable del nombramiento de la Comisión de notables, fue negativa arguyendo que «... los tiempos no están para perderse en la gestión de proyectos... [que] desatienden y esquivan las realidades inmediatas, a las cuales hay que servir con el apremio que las circunstancias exigen... [ya] será momento oportuno de pensar en organizaciones más sutiles y complicadas»¹⁰⁶. Lo que ofrecía el Directorio eran «realidades de acción» como ya había demostrado en el poco tiempo transcurrido desde el Golpe de Estado.

En efecto, la organización sanitaria no se libró de las medidas dictatoriales que pretendían dotar al Estado de una Administración que sustituyera a «los profesionales de la política» basada en el ejército como pieza de recambio y, en una segunda etapa desde 1926, en la incorporación de una clase política fiel a la persona del dictador¹⁰⁷. La primera medida tomada, aparte de la suspensión de todas las oposiciones a cargos públicos convocadas antes del Golpe de Estado, fue un Decreto en contra de la inamovilidad y compatibilidades de los Inspectores provinciales de Sanidad¹⁰⁸. El Real Decreto disponía el traslado forzoso de los Inspectores provinciales por «conveniencias y necesidades del servicio» y se disponía el límite de cinco años como el tiempo máxi-

mo de permanencia en una provincia. Además se declaraban incompatibles los sueldos de los Inspectores provinciales «con el devengo de otros haberes del Estado, la Provincia o el Municipio... y no podrán ejercer, fuera de su profesión, la industria ni el comercio, ni coparticipar en Empresas de la provincia de su destino».

El riesgo de no encontrar personal cualificado dispuesto a ingresar en el Cuerpo bajo estas condiciones, inconveniente que se apuntó desde las revistas profesionales¹⁰⁹, no importó al Directorio ya que dejaba las manos libres al gobierno para «colocar sus piezas» en las ciudades más conflictivas o influyentes. En efecto, si el Real Decreto no se aplicó en lo referente a las incompatibilidades, debido a que prácticamente todos los Inspectores incumplían este requisito¹¹⁰, si fue utilizado para mover de su provincia a un total de diez Inspectores¹¹¹. Este era el caso del Comandante médico José Alberto Palanca y Martínez Fortún (1888-1973), recién ingresado en el Cuerpo y que compaginaba su cargo en Sevilla con el de catedrático de Higiene. Este médico fue reclamado por Martínez Anido para la Inspección de Madrid tras una Real Orden que autorizaba al Subsecretario del Ministerio de la Gobernación a «elegir Subinspector de Sanidad o Inspector provincial de Sanidad en Madrid, al Inspector que reuniese las mejores condiciones»¹¹², previamente esta plaza había quedado desierta tras el traslado forzoso de José Call y Morros a Lérida. Desde la capital del Estado, la influencia de Palanca se dejará sentir en las esferas gubernamentales y entre sus compañeros del Cuerpo.

Todas estas incidencias, sobre todo el rechazo al proyecto de Ley de reforma sanitaria, hicieron que el Director General de Sanidad, Martín Salazar, presentara su dimisión en diciembre de ese año. El cargo fue ocupado inmediatamente, y sin concurso de méritos como estaba legislado, por Francisco Murillo Palacios (1865-1944) hasta la fecha Inspector General de Instituciones sanitarias¹¹³. Este nuevo Director General, no obstante, llevará a cabo muchas de las iniciativas recogidas por Martín Salazar en su proyecto sanitario como fue la creación de la Escuela Nacional de Sa-

nidad al año siguiente de su nombramiento. Las primeras medidas tomadas por el nuevo Director General de Sanidad con respecto a la organización sanitaria iban acordes con el ideario de la recién instaurada Dictadura. En primer lugar instauró los Tribunales de Honor para juzgar a los funcionarios médicos dependientes de la Dirección General de Sanidad «por actos u omisiones que, no habiendo sido objeto de resolución administrativa, impliquen deshonor o desprestigio de aquellos»¹¹⁴; y en segundo lugar, poner de parte del nuevo régimen al numeroso Cuerpo de Subdelegados al intentar llevar adelante, ahora por cuarta vez, su definitiva reorganización^{115, 95}.

Esta última pretensión tampoco pudo llevarse a cabo bajo la Dictadura que se encontraba también con el problema de organizar la Sanidad provincial y municipal lo que conllevaba una redistribución de competencias. En efecto, la figura de Subdelegado, a pesar de desempeñar servicios de la exclusiva competencia municipal, estaba independizada de las corporaciones locales las cuales, a su vez, contaban con sus propios Inspectores de Sanidad para similares tareas. Por otra parte, las funciones de los Inspectores provinciales quedarían mergadas si el cargo de Subdelegado asumiera efectivamente las inspecciones de distrito, sin olvidar las aspiraciones de aquellos de hacerse cargo del control de la profesión médica y el intrusismo tal y como hemos visto anteriormente. También tenemos que tener en cuenta que las funciones que ejercían los subdelegados eran retribuidas mediante el cobro de las tarifas sanitarias lo que suponía un sobresueldo para el profesional que las desempeñara. Este último punto era considerado por algunos de los subdelegados como el verdadero «caballo de batalla»¹¹⁶. El Reglamento de Sanidad municipal (R.D. 9/2/1925) favoreció a las corporaciones locales al incluir en su artículo 43 que todos los médicos titulares fuesen inspectores municipales de Sanidad en sus respectivos distritos, incluso en las cabezas de partido judicial y en las capitales de provincia que contaran con menos de 30.000 habitantes. Además, el artículo 46 dejaba bien claro que los subdelegados no disfrutaban de sueldo ni gratificación aparte del cobro de las tarifas sanitarias. Antes de la aprobación del

Reglamento de Sanidad municipal se había publicado en la Gaceta el programa y el reglamento para las oposiciones a cargos de subdelegados¹¹⁷ pero estas quedaron suspendidas en 1927 con la excusa de iniciarse el proceso de reunificación de los Cuerpos de Sanidad¹¹⁸.

Una vez acomodados los Inspectores provinciales en sus nuevos destinos según la conveniencia del Gobierno, la estrategia sanitaria de la Dictadura, basada en la implantación de Institutos provinciales de Higiene¹¹⁹ con la finalidad de llevar el control de la Administración a todo el territorio nacional, y la presión de los propios Inspectores, hicieron que se les otorgara progresivamente nuevas funciones y prerrogativas sobre el resto de los funcionarios sanitarios. En primer lugar, el Reglamento provincial de Sanidad¹²⁰ confirmaba todo lo legislado acerca de su organización y funciones y lo situaba como «Jefe técnico de los servicios sanitarios de la provincia y del personal adscrito a los mismos», los cuales incluían a los Institutos provinciales de Higiene. No obstante, la dirección efectiva del centro, con derecho a percibir una gratificación de la Diputación compatible con su sueldo, sólo podría ejercerla el Inspector provincial si acreditaba que ya ejercía dicho cargo en las desaparecidas brigadas sanitarias. En el caso de que la dirección técnica y efectiva del Instituto estuvieran vacantes, esta última no se debía cubrir hasta la toma de posesión del nuevo Inspector provincial, el cual tendría preferencia sobre ella si ya era jefe efectivo del Instituto provincial de procedencia. En todos los casos restantes, la dirección efectiva del centro se dotaría mediante oposición que se celebraría en Madrid ante tribunales propuestos por la Dirección General de Sanidad. Con el desempeño de la dirección efectiva de los Institutos provinciales el Inspector provincial acumulaba unos ingresos nada desdeñables en comparación con otros funcionarios de la Administración. A las dos subidas salariales consecutivas de 1919 y 1921 se sumaba la remuneración por parte de las Diputaciones de sus servicios en los Institutos de Higiene —si eran los directores efectivos— y en la Higiene de la prostitución —confirmada por el artículo 51 del Reglamento provincial— todo ello unido a los ingresos procedentes del cobro de las tarifas sanita-

rias. En 1926, se calculó que los ingresos anuales medios de un Inspector provincial oscilaban alrededor de 12.000 pesetas aunque los funcionarios situados en los primeros números del escalafón las superaban claramente⁹⁵.

UN CUERPO UNIFICADO PARA UN ESTADO ORGÁNICO Y CENTRALISTA

La reestructuración de la organización sanitaria de 1919 propició el inicio de la unificación al realizarse por primera vez una plantilla de los «Cuerpos facultativos de Sanidad» en la que, como ya hemos visto, aparecían las tres ramas del nuevo organigrama de la Inspección General de Sanidad, pero será con la Dictadura de Primo de Rivera cuando se lleve a efecto de una forma decidida la unificación tomando como eje la Escuela Nacional de Sanidad creada en diciembre de 1924¹²¹. En efecto, el Real Decreto que le dio vida establecía que la entrada en los Cuerpos de funcionarios médicos se haría exclusivamente a través de esta institución a la que se accedería mediante concurso-oposición a un número de plazas limitadas. Estas plazas estarían dotadas con el haber anual de 3.500 pesetas y al finalizar sus estudios, y tras una prueba aun no especificada, los alumnos ingresarían, indistintamente, en las plazas vacantes de Sanidad interior, Sanidad exterior e Instituciones sanitarias ya que la formación homogénea recibida les capacitaría para desempeñar cualquiera de dichos puestos¹²². Dado el primer paso, el siguiente fue unificar los emblemas y uniformes de los Cuerpos de Sanidad nacional¹²³ y las *carteras de identidad* de los mismos que deberían servir para «identificación y prueba de autoridad y funciones». Los funcionarios sanitarios a los que se proveyese de cartera de identidad tendrían derecho al uso de armas en actos de servicio¹²⁴. La militarización de la vida político-administrativa, característica del régimen dictatorial, se reflejaba así en el ámbito sanitario.

La aprobación de las nuevas normas por las que se ingresaría en los Cuerpos de Sanidad y que tendría como consecuencia la unificación de los mismos puso en guardia a los Inspectores provinciales que muy pronto plantearon sus reivindicaciones al respecto. Ante la

ausencia de un órgano de expresión propio José Alberto Palanca creó la revista mensual *Archivos de Higiene y Sanidad Pública* entre cuyos objetivos se encontraba el estar dispuesta «al perfeccionamiento de las clases sanitarias, dando a la palabra sanitario la especialización profesional que le corresponde»¹²⁵. En su primer número (enero de 1925), y antes de que se promulgara el Reglamento de Sanidad provincial, Palanca lanzó unas «indicaciones muy generales» sobre reorganización sanitaria que dejaban traslucir cuales eran las aspiraciones de los Inspectores provinciales. Proponía, en primer lugar, la creación de un Cuerpo de Sanidad único del cual saliesen los destinos equivalentes a los que desempeñaban los inspectores de Sanidad interior, Sanidad exterior, Instituciones sanitarias y subdelegados. En segundo lugar, una Jefatura única en cada capital de provincia, es decir un solo jefe sanitario municipal y provincial perteneciente al «Cuerpo de Sanidad del Reino» que dependería de la Dirección General de Sanidad «con lo cual desaparecerían enojosas cuestiones de competencia y duplicidades del servicio». Por último, debería instaurarse un sistema de provisión de vacantes que permitiera emplear a cada sanitario en aquella función para la que fuera más apto y capacitado y un Reglamento que estableciera un sistema de recompensas y sanciones¹²⁶.

El aumento de protagonismo e influencia de Palanca, tanto en el Ministerio de la Gobernación como entre los propios inspectores, significaba para Francisco Murillo una preocupación para su estabilidad en el cargo¹²⁷, lo que explica las iniciativas que llevó a cabo para contrarrestar las actividades y presencia del Inspector provincial de Madrid en los medios periodísticos. Una de las primeras medidas del Director General de Sanidad, fue la creación del *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*¹²⁸, revista con periodicidad bimensual que sustituía al Anuario que venía publicándose desde 1920¹²⁹. Una de las ventajas que presentaba el Boletín técnico era su mayor flexibilidad para dar cabida a los trabajos de investigación de los técnicos sanitarios y los de procedencia extranjera de interés para la Sanidad nacional pero, sobre todo, la revista significaba la defensa a «los

ataques y críticas injustificadas que el personal sanitario sufre, pacientemente, sin medios ni lugar donde exponer, en momento oportuno, las explicaciones propias del caso... Quién dice ataques dice también atropellos, abusos y vejaciones, que el nuevo *Boletín* no dejará pasar sin protesta, venga de donde venga»¹³⁰. La siguiente actuación de Murillo fue una Real Orden promulgada directamente por la Presidencia del Consejo de Ministros que declaraba incompatible el cargo de Catedrático con el de Inspector provincial de Sanidad¹³¹, orden que, a pesar de que no se llegó a cumplir, no pasó desapercibida para los que se sintieron atacados como el propio Palanca¹²⁷.

En octubre de este mismo año, los Inspectores provinciales se reunieron en Madrid para discutir, entre otras ponencias puramente sanitarias, el papel que debían jugar en la futura organización de los Cuerpos de Sanidad una vez iniciado el proceso de unificación¹³². Sus conclusiones ampliaban y clarificaban la propuesta de Palanca al reivindicar la jefatura efectiva de los Institutos provinciales de Higiene a su vez que pedían que estos centros pasaran a depender administrativamente de la Dirección General de Sanidad. Además, reclamaban autoridad para intervenir directamente en los ayuntamientos «con el fin de que no puedan distraer para otras atenciones el dinero que debe ser empleado para atenciones sanitarias» y advertían que, mientras no se suprimiera el régimen de autonomía sanitaria municipal, los Inspectores provinciales de Sanidad no se hacían responsables del estado sanitario de sus provincias respectivas. Su autoridad también pretendía llegar al ámbito privado al acordarse que «a semejanza de las Leyes sanitarias inglesas» se les permitiera penetrar en los domicilios para comprobar los delitos sanitarios y practicar desinfecciones «para garantía del bien social».

Las conclusiones de la ponencia «Fusión de los Cuerpos sanitarios» fueron también muy clarificadoras y anunciaban las dificultades con las que contaría la creación efectiva de un Cuerpo único. Con el argumento de que se debían respetar las categorías administrativas de los funcionarios, los asambleístas entendían que no podían fusionarse los escalafones en

tanto no se extinguiesen los tres escalafones existentes. Los funcionarios procedentes de la Escuela Nacional de Sanidad, debían, por tanto, iniciar el escalafón único y, hasta la extinción de los tres Cuerpos, el número uno de promoción de la Escuela debía colocarse inmediatamente después del último de los funcionarios de dichos Cuerpos. El mecanismo para la provisión de vacantes perseguía la implantación progresiva de la jefatura provincial única aunque el personal procedente de la Escuela lo tendría aun más difícil para alcanzar una plaza. La propuesta consistía en dar preferencia a los funcionarios del Cuerpo a que perteneciera la plaza y después a los funcionarios de las otras dos ramas. Si la plaza vacante no fuese reclamada por ninguno de los anteriores se amortizaría y el Inspector provincial o el Director de Sanidad marítima que quedase en funciones tomaría el nombre de «Director de Sanidad». Si por algún motivo vacase la Dirección de Sanidad se establecería un concurso con el siguiente orden de preferencia: 1º, los individuos del Cuerpo cuya vacante motiva la fusión; 2º, los del Cuerpo a que perteneciera el anterior director; 3º, los funcionarios de Instituciones sanitarias y 4º, los procedentes de la Escuela Nacional de Sanidad.

La respuesta del Ministro a las conclusiones aprobadas en la asamblea y ante la inminente incorporación a la Administración sanitaria de los alumnos de la Escuela Nacional de Sanidad, fue nombrar una Comisión que elaborase un proyecto de reorganización de plantillas y escalafones de los cuerpos sanitarios «con el doble objeto de conseguir un acoplamiento perfecto a ellos de los oficiales médicos que procedan de la Escuela Nacional de Sanidad y de permitir en lo futuro una completa unificación del personal y servicios dependientes de la Dirección General de Sanidad»¹³³. Tres meses después de nombrada la Comisión, un Real Decreto de 29 de marzo creaba el Cuerpo de Sanidad Nacional al fusionarse las tres ramas de Sanidad exterior, interior e instituciones sanitarias¹³⁴. El preámbulo del Decreto Ley merece reproducirse ampliamente:

«La existencia de tres cuerpos de funcionarios de la Sanidad nacional, nacidos uno

tras otro a impulsos de apremiantes necesidades durante los cuarenta años últimos, no tiene hoy razón de ser por haberse elevado la ciencia y la práctica sanitaria a la categoría de una verdadera profesión dentro de las ciencias médicas. No conviene tampoco al interés de los servicios ni a la compenetración espiritual que debe existir entre funcionarios que persiguen el mismo fin con los mismos medios, sostener por más tiempo tres ramas distintas que parecen otros tantos cotos impenetrables y con profesores que obtuvieron sus cargos en difícil oposición con programas casi idénticos. Por eso ha sido aspiración de los sanitarios, manifestada con mayor insistencia en ocasiones recientes la fusión y unificación de las tres ramas de la Sanidad civil en un solo tronco, de manera que todos puedan servir indistintamente en los puertos y fronteras, en las provincias y en los institutos y laboratorios del Estado. Realmente creada la Escuela Nacional de Sanidad, en la que todos los admitidos estudian las mismas materias bajo el mismo plan docente, y próxima a terminar sus cursos la primera promoción que ha de cubrir las vacantes existentes, parece llegado el momento oportuno de establecer la unidad de los cuerpos sanitarios, que sin grabar ni alterar en lo más mínimo el presupuesto dará mayor flexibilidad a la organización y más eficacia a los servicios».

De acuerdo con la asamblea de Inspectores, no se unificaron los escalafones sino que se creaba uno nuevo con el nombre de Escalafón del Cuerpo de Sanidad Nacional al que pertenecerían los funcionarios procedentes de la Escuela Nacional de Sanidad al que irían sumándose por riguroso orden de antigüedad y numeración las sucesivas promociones. Al Cuerpo recién creado también pertenecerían los tres escalafones restantes hasta su extinción de manera que todo el conjunto «constituirá el Cuerpo único de Sanidad Nacional». Por el contrario, el mecanismo para cubrir las vacantes difería notablemente de las propuestas de los Inspectores y daba libertad de movimientos al Ministerio para seguir colocando a los funcionarios a su antojo. El Decreto disponía que a las vacantes no solicitadas por los funcionarios del Cuerpo correspondiente serían destinados los emplea-

dos precedentes de la Escuela. A pesar de todo, si la plaza seguía vacante, la Dirección General de Sanidad podría sacarla a concurso entre los miembros de las tres ramas o bien por nombramiento directo conforme a «la conveniencia de los servicios». La prioridad para los miembros del escalafón unificado sería total para las plazas de nueva creación si la Dirección del Ramo no decidía proveerlas por oposición directa. Por último, la Dirección General de Sanidad «sean cualesquiera las normas de los diferentes Reglamentos orgánicos para la provisión de las vacantes» se reservaba el derecho de proponer al Ministro la negación de la instancia o petición para cubrir vacantes a cualquiera de los aspirantes «cuando su conducta anterior, con o sin formación de expediente gubernativo, le haya hecho indeseable para el desempeño del nuevo cargo». Por las mismas razones, la Dirección General podría proponer el traslado forzoso de un funcionario, a otro puesto de igual o inferior categoría.

El contenido de este autoritario Decreto que aprovechaba la unificación de los cuerpos de Sanidad para controlar aun más las adhesiones políticas de sus funcionarios, motivó que los afectados organizaran la Primera Asamblea de Sanidad Nacional, investida de «reunión técnica» para que fuese admitida por la superioridad. La reunión se celebró en Madrid los días 25 al 30 de octubre de 1927 con una asistencia notable: 41 Inspectores de la Sanidad interior, 46 médicos de la Sanidad exterior y 28 del Cuerpo de Instituciones sanitarias. Las conclusiones fueron bastante claras en cuanto a la defensa de sus derechos adquiridos y al carácter lesivo que tenía para ellos la nueva organización de los cuerpos sanitarios. En primer lugar, la forma de ingreso en la Escuela Nacional de Sanidad debía ser libre, su plan de estudios alargarlo hasta los dos años y el aspirante, al término de sus estudios, estaría en condiciones de tomar parte en el concurso-oposición de ingreso en los cuerpos de Sanidad. Para la ocupación de vacantes tendrían preferencia los miembros de la rama que vacó la plaza y en caso de quedar desierta se convocaría un concurso-oposición entre los funcionarios de las otras dos ramas, siempre con un tribunal en el que la mayoría de sus miembros

pertencieran a la referida rama que motivó la plaza vacante. Finalmente, retomaban las ambiciosas reivindicaciones de los Inspectores provinciales realizadas en anteriores reuniones como era la refundición, dentro de la Dirección General de Sanidad, de todos los servicios sanitarios dependientes de los distintos ministerios —excepto los de Sanidad Militar— y la creación de una Jefatura provincial única sobre todos los servicios sanitarios, en este caso la excepción se hacía con los correspondientes a Sanidad exterior¹³⁵.

Casi simultáneamente, Palanca se expresó sobre estos problemas en un discurso dirigido a la Academia de Higiene en cuyos contenidos podemos apreciar una firme defensa del afán de los Inspectores provinciales de monopolizar la autoridad sanitaria. Sostenía Palanca que no se podía realizar una verdadera organización sanitaria sin lastimar los derechos adquiridos y quién se atreviera a mejorar la situación del momento daría «en tierra» a causa de las protestas ejercidas desde el sector que se sintiera perjudicado «... por eso yerran los que creen que una dictadura sanitaria resolvería nuestro problema». En este sentido, la jefatura provincial única no podía realizarse «repentinamente publicando una disposición en la Gaceta» porque se dañarían no sólo muchos intereses creados «sino legítimamente creados». El cambio debía realizarse paulatinamente, «buscando oportunidades allí donde el Municipio de la capital no tuviese aún nombrado su Jefe de Sanidad». Tampoco se encontraba conforme con la organización de la carrera sanitaria que debía comenzar en la inspección sanitaria municipal, seguir en la de distrito y terminar en los Cuerpos del Estado o en las grandes ciudades. Por este motivo estaba en contra de que se invistiera de autoridad a los inspectores municipales porque «la verdadera protección a un sujeto o a una colectividad no es la de concederles unas migajas, sino la de darles la ocasión de que con su trabajo, con su cultura, se rediman al mismo tiempo que con ello redimen al país». Finalmente recordaba a los inspectores municipales que tuvieran en cuenta lo que había sucedido con los Inspectores provinciales que junto con el reconocimiento de autoridad habían perdido el derecho a la inmovilidad¹³⁶.

LA CONFIGURACIÓN DE UNA ÉLITE: DE INSPECTORES PROVINCIALES A JEFES DE LA SANIDAD PROVINCIAL

La figura de Francisco Murillo en la Dirección General de Sanidad había comenzado a declinar como consecuencia del impacto negativo que causó en los medios sanitarios su nombramiento como director del Instituto Técnico de Comprobación pocos días antes de la promulgación del también conflictivo Decreto de unificación¹³⁹. Se daba la circunstancia que Murillo era el propietario de un laboratorio que fabricaba sueros bioterapéuticos, productos que, además de hacer la competencia al propio Instituto, debían ser verificados por este para su autorización y venta¹³⁷. No obstante, es posible que el gobierno ya pensara en el recambio de Murillo al frente de la Dirección General de Sanidad cuando le nombró Director del Instituto Técnico ya que dotó a este nuevo cargo de «la misma categoría, derecho y consideraciones que las Direcciones generales dependientes del Ministerio de la Gobernación» y con una espléndida remuneración anual de 18.000 pesetas¹³⁸. En mayo de 1928, cuando fue sustituido por Antonio Horcada Mateo (n. 1872) —Teniente Coronel de Sanidad Militar y hasta entonces Gobernador civil de la provincia de Granada— se mantuvo al frente del citado Instituto¹³⁹.

Una vez cesado Murillo, el Ministro de la Gobernación convocó una inusual reunión en Madrid con todos los Inspectores provinciales de Sanidad y con el nuevo Director General del Ramo¹⁴⁰. A pesar de que esta reunión debía de tener un carácter meramente informativo acerca de la labor realizada por los inspectores en sus respectivas provincias es muy probable que Martínez Anido escuchara las reivindicaciones y problemas planteados por los Inspectores después de la asamblea de octubre, además de servir de primer encuentro entre estos y el nuevo Director General. En consecuencia, en junio de ese mismo año, se prosiguió con el proceso de unificación fusionando las distintas plantillas mediante un Real Decreto-Ley que, no obstante, respetaba los Reglamentos y escalafones para cada una de las tres ramas¹⁴¹. En su preámbulo se aclaraba

que la unificación de plantillas era la única manera de que tuviera efectividad «el aprovechamiento de las aptitudes de cada individuo para el desempeño de la función que se le encomiende». Un mes después, la *Gaceta* dio cuenta de la confirmación en sus cargos de todos los funcionarios que formaban el Cuerpo de Sanidad Nacional¹⁴².

En el periodo de Horcada, se completó el Reglamento de los Inspectores provinciales de Sanidad con el objetivo de acomodarlo a la Ley de funcionarios y empleados públicos de julio de 1918 una vez ordenado el escalafón por categorías administrativas y, al mismo tiempo, asegurar la permanencia de un mínimo de tiempo del Inspector provincial en su plaza antes de solicitar permutas y excedencias voluntarias, exigencias que no estaban comprendidas en el Reglamento de 1920 y que había permitido que muchos de los excedentes apenas estuviesen unos días en su cargo¹⁴³. De esta forma, se impuso un mínimo de dos años en sus plazas respectivas para que los Inspectores pudiesen solicitar permutas así como un año de permanencia en la misma categoría y clase para la solicitud de excedencia voluntaria¹⁴⁴. También, en estos dos últimos años de la Dictadura, el gobierno aumentó el grado de implicación de las Diputaciones provinciales en el mantenimiento de las Inspecciones provinciales, independientemente de su relación con los Institutos provinciales de Higiene, al mismo tiempo que se dotaba de mayor autoridad a los Inspectores provinciales de Sanidad. En efecto, en diciembre de 1928 y tras un dictamen de la Dirección General de Administración, se confirmaba la obligación de las Diputaciones provinciales de facilitar a las inspecciones provinciales un auxiliar administrativo y un ordenanza «para atender a las necesidades del servicio»¹⁴⁵. Simultáneamente, el gobierno otorgó a los Inspectores provinciales la facultad de imponer multas hasta de quinientas pesetas tanto a funcionarios como a las corporaciones provinciales y municipales si aquellos y estas incurrieran en delitos sanitarios¹⁴⁶. En 1929, se volvió a gravar las arcas de los gobiernos provinciales al publicarse en la *Gaceta* una disposición que obligaba a las Diputaciones al pago de los gastos ocasionados por los desplazamientos de los Inspectores

provinciales a los pueblos de su jurisdicción¹⁴⁷. Previamente, una Real Orden había establecido que estos funcionarios visitaran todos los Ayuntamientos de la provincia, en un plazo máximo de tres años, para vigilar el cumplimiento de las normas sanitarias¹⁴⁸.

A pesar de todas las prebendas concedidas a los Inspectores provinciales, estos no estaban dispuestos a correr el riesgo de perder sus derechos adquiridos tras la unificación lo que motivó que se nombrase, en noviembre de 1928, una Comisión encargada de revisar toda la legislación sobre organización de Cuerpos y servicios «que han dejado de ser aptas para regir el nuevo organismo y satisfacer las necesidades sanitarias actuales»¹⁴⁹. Este proyecto de reorganización sanitaria tropezó con la crisis de la Dictadura pero el mismo día en que el General Berenguer se hacía cargo del Gobierno, una Real Orden firmada por el nuevo Ministro de la Gobernación, el General Enrique Marzo Balaguer, daba la razón a los Inspectores provinciales al aclarar que no podían considerarse equivalentes los derechos adquiridos por los distintos funcionarios juzgando únicamente por la categoría que tenía cada uno de ellos. Se argumentaba que a los Inspectores provinciales se les había exigido el título de doctor y ocho años de ejercicio profesional, requisitos que no tuvieron que cumplir las otras dos ramas y, por lo tanto, los Inspectores aparecían colocados en categoría administrativa «más baja que las que tienen los de edad equivalente de las Ramas afines». Por tanto, el legislador confirmaba que no se podía constituir un sólo escalafón «ínterin existan los derechos adquiridos por cada uno de los funcionarios de la Rama respectiva» por lo que era preciso mantener la separación debida en la ordenación de los diferentes funcionarios que integraban el Cuerpo de Sanidad¹⁵⁰.

Esta Real Orden que defendía a ultranza los derechos de los Inspectores provinciales sólo fue el preámbulo de una serie de disposiciones legislativas inspiradas por José Alberto Palanca, nombrado nuevo Director General de Sanidad en febrero de 1930¹⁵¹, y destinadas a reponer y salvaguardar los intereses de los funcionarios sanitarios, sobre todo de los Inspectores provinciales. La primera medida fue

dejar sin efecto el Real Decreto de unificación del Cuerpo de Sanidad Nacional así como las polémicas disposiciones de septiembre de 1923 sobre incompatibilidades y traslados forzados de los Inspectores provinciales de Sanidad¹⁵². Todo ello acompañado de un nuevo Reglamento unificado del personal al servicio de la Dirección General del ramo que, paradójicamente, hacía más profunda la separación de sus miembros¹⁵³.

Según este Reglamento, el Cuerpo de Sanidad Nacional quedaba constituido por los funcionarios pertenecientes a los escalafones de las tres ramas sanitarias y por los procedentes de las dos primeras promociones de la Escuela Nacional de Sanidad. Todos ellos formarían un escalafón único, por categorías y clases, pero conservando la autonomía de las distintas Ramas. El orden preferente lo marcaba la antigüedad en cada Rama y en caso de igualdad, la antigüedad absoluta en Sanidad. La categoría y clase de cada funcionario médico vendría dada por su situación en el escalafón y en ninguna medida por la plaza desempeñada y, en consecuencia, las vacantes ocurridas en la plantilla del Cuerpo se cubrirían por rigurosa antigüedad del funcionario de la misma Rama del que ocasionó la vacante con el consecuente corrimiento de escalas dentro de la Rama correspondiente.

Otra de las novedades fue el mecanismo para la provisión de cargos y destinos vacantes mediante el cual, el Cuerpo de Sanidad Nacional quedaba dividido en tres grupos: el «Inspector», que comprendía a los Inspectores provinciales de Sanidad y a los Directores y Subdirectores de Sanidad de puertos y fronteras; el «Grupo de Laboratorios», integrado por el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y las plazas dependientes de la Dirección General de Sanidad; y, por último, el «Grupo clínico» que constaba del Hospital del Rey, Sanatorios, Dispensarios, Enfermerías y Preventorios dependientes de la Dirección General, así como los Hospitales para niños y la Escuela de Puericultura. Cada grupo tenía su orden de preferencia para cubrir las vacantes. Para el Grupo Inspector tendrían preferencia los médicos ingresados por oposición directa a los antiguos cuerpos de Inspectores y Sanidad

exterior, según la Rama en la que radicara la vacante; a continuación los médicos procedentes de otras ramas o de las dos primeras promociones de la Escuela Nacional de Sanidad que hubiesen prestado servicio en cualquiera de estas dos ramas. Por último, el resto de los funcionarios del Cuerpo, incluidos los que ingresaran con posterioridad. Para cubrir las Inspecciones provinciales de Madrid y Barcelona se recurrió de nuevo a un criterio de discrecionalidad pero, ahora, sería mediante un concurso especial de méritos entre los miembros del Grupo Inspector que reunieran, entre otros, los requisitos de ser doctores y llevar más de diez años efectivos al servicio de la Sanidad. Los turnos para estos cargos debían seguir también el mismo criterio que para el resto del Grupo Inspector, como hemos visto anteriormente.

Para el ingreso en el Cuerpo, el Reglamento recogía las reivindicaciones planteadas por los funcionarios sanitarios y volvía a establecer el concurso-oposición entre los aspirantes. Estos últimos debían estar en posesión del Título de Oficial Médico sanitario, expedido por la Escuela Nacional de Sanidad tras cursar en ella el curso regular. El ingreso se realizaría de forma directa y separada a cada uno de los grupos Inspector, Clínico y de Laboratorio con programa y Tribunal distinto para cada uno de ellos. Los miembros que ingresaran por este último mecanismo sólo podrían participar en aquellos concursos cuyas plazas fueran del grupo al que ingresaron directamente. El resto de las disposiciones no variaban sustancialmente lo legislado con anterioridad, tan sólo podemos destacar la falta de exigencia de un mínimo de tiempo en el cargo para la concesión de excedencias y permutas, estas últimas limitadas «a casos excepcionales». Además, se confirmaba la inclusión de los funcionarios del Cuerpo en los del Estado que «por la índole especial del servicio que les está encomendado» precisaban licencia de uso de armas.

Bajo la República, una vez cesado con toda celeridad José Alberto Palanca como Director General de Sanidad¹⁵⁴, el nuevo Director General, Marcelino Pascua firmaba una circular en la Gaceta modificando los emblemas de la Sanidad Nacional y pidiendo a los

funcionarios que remitiesen sus carteras de identidad para ser sustituidas por las adoptadas oficialmente^{155, 156}. El primer paso dado por Marcelino Pascua, en su afán por que los miembros del Cuerpo estuviesen dedicados íntegramente a sus oficios de sanitarios, fue la prohibición del ejercicio de la medicina privada a aquellos Inspectores provinciales que percibieran gratificaciones como directores de los Institutos provinciales de Higiene y por la Jefatura de los servicios antivenéreos. También se prohibía la acumulación de cargos que no fuesen reconocidos por la Dirección General de Sanidad como anejos a las funciones sanitarias de los Inspectores provinciales¹⁵⁷. El mes siguiente se ampliaba esta prohibición al Inspector General de Sanidad exterior y a los directores de Sanidad de los puertos de Barcelona, Valencia, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife, Vigo y Bilbao y se fijaba también la incompatibilidad de todos los cargos de Sanidad exterior con el de subdelegado de Medicina, Jefe de Sección de los Institutos provinciales de Higiene y epidemiólogo de los mismos¹⁵⁸.

Otras de las medidas tomadas por el gobierno presidido por Azaña, en diciembre de ese mismo año, fue declarar revisables todos los nombramientos del personal dependiente de la Dirección General de Sanidad cuyos cargos no hubiesen sido obtenidos por concurso u oposición¹⁵⁹. La lista, publicada ese mismo mes¹⁶⁰, afectaba a un total de 98 personas, casi todas pertenecientes al profesorado de la Escuela Nacional de Sanidad (33) y a las plantillas de los dispensarios y sanatorios antituberculosos oficiales (51); estos últimos centros habían pasado a depender de la Dirección General del Ramo unos meses antes. Para la provisión definitiva de estos cargos, el Ministerio de la Gobernación se comprometía a convocar los concursos u oposiciones libres necesarias, mientras tanto, el personal afectado seguiría provisionalmente en sus puestos. En los meses posteriores fueron apareciendo en la Gaceta las distintas convocatorias para cubrir parte de las vacantes antes reseñadas y sus respectivas resoluciones lo que amplió el número de personas pertenecientes al Cuerpo de Sanidad Nacional. A estas habrá que sumar las incorporaciones al Cuerpo de los Jefes de los

Centros secundarios de Higiene rural, asimilados al Grupo Inspector y con categoría de Jefes de Negociado de tercera clase. La primera convocatoria para 26 plazas de este tipo se hizo en abril de 1932 con la exigencia a los aspirantes de poseer el Título de Oficial sanitario expedido por la Escuela Nacional de Sanidad u ocupar cargos, mediante concurso u oposición, en los Institutos provinciales de Higiene¹⁶¹.

La tendencia expansiva del Cuerpo Nacional de Sanidad se vio afectada por la crisis presupuestaria de agosto de 1932, que motivó la congelación de todos los concursos y oposiciones que implicaran aumento de plantilla, así como la prohibición expresa de modificar los escalafones del funcionariado. Por este motivo, una Ley de 14 de septiembre de 1932 autorizaba al Ministro de la Gobernación, Santiago Casares Quiroga, a modificar los servicios dependientes de su Ministerio «en la medida que las necesidades exijan»¹⁶². Este mecanismo fue el que permitió la dotación de parte de las jefaturas de los recién creados Centros secundarios de Higiene rural las cuales se cubrieron con personal que estaba ocupando plazas de Directores de Sanidad de puertos y fronteras¹⁶³. El traslado de funcionarios de la Sanidad exterior a la interior era coherente con la importancia otorgada a los Centros secundarios de Higiene rural y a la autoridad que se les confirió a sus jefes, cargos técnicos con funciones delegadas del Inspector provincial con la facultad de dirigir todas las instituciones sanitarias radicadas en su zona. En esta misma Orden se disponía que tres de los directores de Sanidad exterior afectados pasasen a las órdenes de los Inspectores provinciales de Cáceres, Albacete y Alicante, inaugurando de esta forma la figura de Subinspector provincial de Sanidad, cargo que se dotó sólo en algunas provincias¹⁶⁴.

Esta nueva configuración sanitaria, volcada hacia la intervención médico-social en las zonas rurales, hizo más poderosa la figura del Inspector provincial que, todavía bajo el mandato de Marcelino Pascua, amplió su área de influencia sobre parte del personal y recursos bajo la jurisdicción de la Sanidad exterior. En efecto, una Orden de febrero de 1933 establecía la subordinación de 16 estaciones sani-

tarias al Inspector provincial de su zona el cual podría disponer de sus dotaciones «en cuanto afecte a materias propias de la Sanidad interior», considerándose a los directores de estas estaciones como delegados de aquellos¹⁶⁵. Posteriormente, la Ley de coordinación sanitaria asignaba a los Inspectores provinciales la función de Secretarios generales de las Juntas administrativas de las Mancomunidades de Municipios con la tarea de elaborar y presentar un proyecto de presupuestos para los servicios sanitarios¹⁶⁶.

Otra de las funciones que pasaron a manos del Inspector provincial en estos años fue la tarea de llevar el registro de los títulos de los médicos que ejercían en su provincia. Esta nueva función, que ahora debía desempeñar el Inspector provincial gratuitamente, fue la consecuencia de un Decreto que declaraba a extinguir el Cuerpo de Subdelegados. En efecto, en septiembre de 1933, el régimen republicano resolvió de manera definitiva la situación de una organización «tan arcaica como la de Subdelegados» por su falta de armonización «con las modernas orientaciones sanitarias»¹⁶⁷. El preámbulo del Decreto reconocía también las «legítimas aspiraciones» de los Ayuntamientos a prescindir de una figura que, pese a desarrollar funciones de índole municipal, escapaba a su jurisdicción. El resto de los servicios de las Subdelegaciones, a medida que fuesen amortizadas, se transferirían a los Inspectores Municipales de Sanidad los cuales pasarían a recibir los correspondientes emolumentos.

El Reglamento del personal sanitario promulgado en 1930 bajo la inspiración de Palanca establecía una separación entre los funcionarios sanitarios clínicos y los meramente dedicados a tareas de inspección y profilaxis pública, pero no tuvo un reflejo real en las plantillas y escalafón del Cuerpo que siguió inalterable durante el tiempo en que estuvo en el poder la conjunción republicano-socialista. En este periodo, la incorporación de la Beneficencia general al Ministerio de la Gobernación, el desarrollo de las luchas sanitarias dentro de la Dirección General de Sanidad y la creación efectiva de los Centros secundarios de Higiene rural confirmaba la

tendencia de la coalición de centro-izquierda a financiar con fondos públicos la totalidad de la asistencia sanitaria de las clases sociales menos favorecidas¹⁶⁸. Estas actuaciones contrastaban claramente con la opinión de los médicos libres que denunciaron en repetidas ocasiones la competencia desleal que significaba la asistencia clínica en los centros profilácticos públicos debido a que, en estos centros, no se exigía el certificado de pobreza para ser atendido^{169, 170}.

Una vez en el poder, desde diciembre de 1933, los gobiernos de la coalición radical-cedista desplegaron una estrategia encaminada a contrarrestar las medidas tomadas por sus predecesores, lo que incidió en la organización sanitaria y en la de sus funcionarios. En primer lugar el traspaso de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia del Ministerio de la Gobernación al de Trabajo, que pasó a denominarse Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión¹⁷¹, buscaba una salida para la financiación de la Sanidad con el desarrollo del seguro obligatorio de enfermedad. Paralelamente, las distintas reformas del organigrama sanitario hicieron especial hincapié en separar las funciones de profilaxis y asistencia públicas, sobre todo desde octubre de 1934, fecha en que el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión fue puesto en manos del miembro de la CEDA, José Oriol Anguera.

Junto a la reestructuración sufrida por la Dirección General de Sanidad en mayo de 1935, con la unificación a todos los efectos de las distintas ramas del Cuerpo de Sanidad Nacional y el cambio de nombre de las Inspecciones provinciales por el de Jefaturas^{172, 173}, una serie de mandatos generales^{174, 175} fue aprovechada para separar del Cuerpo de Sanidad Nacional los cargos con funciones clínicas y ahondar, de esta forma, su separación con la vertiente profiláctica y técnica de la Dirección General de Sanidad. Esta propuesta ya había sido realizada por el Inspector General de Instituciones sanitarias, Víctor María Cortezo, en su discurso de recepción en la Academia Nacional de Medicina en abril de 1935. Pedía este funcionario que se fusionara el Cuerpo de la Beneficencia general con los médicos que realizaran «análogas funciones»

dentro de la Sanidad Nacional debido a que, en la lucha contra las enfermedades que más preocupaban a la sociedad era muy difícil deslindar hasta dónde debía llegar la intervención del sanitario y dónde debería comenzar la del clínico^{176, 81}.

Seis meses después y una vez reguladas las consultas públicas gratuitas para impedir que fuesen atendidos enfermos con recursos suficientes¹⁶⁹, se llevó a cabo la división en varios grupos del personal de los servicios de Sanidad y Beneficencia mediante un Decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros¹⁷⁷. En el primer grupo figuraba el Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, al que corresponderían «las funciones ejecutivas, inspectoras, de educación y autoridad sanitarias y la dirección de los Centros de enseñanza e investigación». A continuación, y en el grupo segundo, los médicos especialistas y clínicos dependientes de los centros estatales de Sanidad y Beneficencia. En tercer lugar, los médicos adscritos a las luchas sanitarias y, por último, el grupo cuarto lo configurarían el personal facultativo y profesional no médico (veterinarios, farmacéuticos, ingenieros y similares). Transitoriamente, las plazas clínicas desempeñadas por médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional serían dadas de baja en la plantilla del Cuerpo cuando estas quedasen vacantes. En este mismo Decreto se establecía la incompatibilidad con el libre ejercicio de la profesión a todos los altos cargos de la Dirección General del ramo, se confirmaba dicha incompatibilidad para los Jefes provinciales de Sanidad (antes Inspectores) y Directores de Centros secundarios de Higiene rural y se ampliaba a otros cargos específicos.

El Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Sanidad, aprobado en diciembre de 1935¹⁷⁸, confirmaba la pertenencia al mismo a todos los que figuraban en el escalafón realizado en diciembre de 1934¹⁷⁹ manteniendo su categoría y clase con independencia de las plazas desempeñadas. La unificación de las tres ramas «a todos los efectos» legislada en mayo fue matizada para no dañar los derechos adquiridos de los funcionarios pero sí se simplificó el mecanismo para cubrir las vacantes. En la plantilla del Cuerpo, las vacantes se cubrirían por rigurosa antigüedad entre los

funcionarios de la misma rama pero, una vez agotado el grupo de estos funcionarios después del corrimiento de las escalas, la resulta se adjudicaría al funcionario de la categoría y clase inmediata inferior con mayor antigüedad absoluta en Sanidad, cualquiera que fuese su procedencia. La provisión de cargos vacantes correspondientes a Jefaturas provinciales, Direcciones y Subdirecciones de Sanidad exterior y Jefaturas de Centros comarcales de Higiene rural se realizaría por concurso voluntario de rigurosa antigüedad pero con el siguiente orden de preferencia: en primer lugar los médicos ingresados directamente en el Cuerpo extinguido (Sanidad interior o exterior) a que la vacante correspondiese; en segundo lugar los médicos del Cuerpo de las dos primeras promociones de la Escuela Nacional de Sanidad y, por último, los demás médicos del Cuerpo sin distinción de procedencia.

Para el ingreso en el Cuerpo se volvía a la fórmula original de «médicos alumnos oficiales» del Instituto Nacional de Sanidad mediante oposición libre. Esta institución asumió las funciones de la Escuela Nacional de Sanidad cuando esta fue extinguida por Decreto de 1/10/1934. Después del curso oficial, los alumnos pasarían a ocupar puesto en el escalafón del Cuerpo, según el orden de prelación establecido tras un examen de aptitud. En caso de que no se superara esta prueba el alumno debía repetir el curso. El resto del articulado confirmaba la legislación anterior sobre incompatibilidades y recogía la plantilla del Cuerpo una vez ajustada a la nueva reglamentación y disposiciones anteriores.

Pueden considerarse a los años durante los cuales imperó el régimen republicano como el periodo en el que el Cuerpo Nacional de Sanidad se consolidó definitivamente tanto en su vertiente administrativa como doctrinal. Durante este tiempo, los funcionarios sanitarios se dotaron con todos los elementos necesarios para ser considerados una profesión especializada dentro de la Medicina social. Este proceso, paralelo con el de otras ramas especializadas en esta materia, culminaría con la celebración del Primer Congreso Nacional de Sanidad en mayo de 1934¹⁸⁰. Previamente, el *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, se había con-

vertido en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (enero de 1932) bajo la responsabilidad de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias creada por Decreto de 13/10/1931. Asimismo, el título de Oficial Sanitario, expedido por la Escuela Nacional de Sanidad y requisito imprescindible para el ingreso en el Cuerpo, fue otorgado a todos los miembros del mismo en diciembre de 1933¹⁸¹.

CONTINUIDAD EN EL CUERPO Y RELEGACIÓN DE LA ACTIVIDAD «SANITARIA» DURANTE EL PRIMER FRANQUISMO

Una vez terminada la Guerra Civil, la continuidad del Cuerpo Nacional de Sanidad se vio favorecida por el reparto de poderes entre las distintas facciones del régimen franquista¹⁸². En efecto, de haberse llevado a cabo las pretensiones de Falange de seguir manteniendo unidas la Sanidad y la Previsión bajo su control en un sólo Ministerio hubiera puesto en peligro la existencia del Cuerpo sanitario, cuyos miembros eran calificados de «izquierdistas»¹⁸³. Según el testimonio de Juan Bosch Marín (n. 1906) la Falange, tras la guerra civil, intentó la «politización total» del Cuerpo de Sanidad Nacional, y la separación de todo su personal¹⁸⁴. En mayo de 1941, con el cese de Serrano Suñer y el nombramiento del General Valentín Galarza como Ministro de Gobernación y del falangista Girón de Velasco como Ministro de Trabajo se culminaba el reparto de competencias, quedando definitivamente la Sanidad Nacional fuera del ámbito de poder de la Falange. La Dirección General de Sanidad, reincorporada al Ministerio de la Gobernación en el gobierno de 1939, fue adjudicada a José Palanca relacionado con los círculos militares y católicos con afinidades monárquicas. El cargo de Director General de Sanidad, que ya ocupaba Palanca de forma interina desde el gobierno de Burgos, lo desempeñaría hasta 1957, año en el que fue sustituido por Jesús García Orcoyen (n. 1903).

Esta separación política marcó el desarrollo de la Sanidad española al permitir la coexistencia de dos organismos paralelos (la Sanidad Nacional y el Seguro Obligatorio de

Enfermedad puesto en marcha por el Ministerio de Trabajo en 1944) que, entre otras consecuencias, favoreció la duplicación de servicios e instalaciones sanitarias sin establecerse ningún tipo de coordinación entre ellas¹⁸². Ni la Dirección General de Sanidad intervino en la instauración del Seguro, ni el Ministerio de Trabajo respetó la legislación sobre el mismo incluida en la Ley de Bases de Sanidad Nacional, promulgada en noviembre de 1944¹⁸⁵. No es ajeno a esta problemática el hecho de que la mayoría de los funcionarios sanitarios se encontrarán disponibles al término de la guerra civil y superaran además el proceso de depuración política de empleados públicos que puso en marcha la dictadura franquista. En efecto, si comparamos el escalafón del Cuerpo Nacional de Sanidad de 1935 con el de 1942 podemos observar que, de los 189 miembros del Cuerpo que aparecen en el escalafón de 1935 solo faltan 37, lo que significa que el 80 por ciento de los funcionarios permanecieron en el Cuerpo después de la purga franquista. Si además, tenemos en cuenta a los 31 médicos que aprobaron las oposiciones de ingreso en el Cuerpo en mayo de 1936, de los cuales tres no aparecen en el escalafón de 1942, el porcentaje se eleva al 82 por ciento.

A pesar que la organización del Cuerpo no sufrió grandes modificaciones durante los años cuarenta tuvo que ajustarse, claro está, a las normas generales emanadas del nuevo poder establecido. En primer lugar, la legislación sobre la provisión de plazas de índole médico-sanitario declaraba como «interinas» todas aquellas provistas con posterioridad al 18 de julio de 1936 y salvaguardaba las disposiciones sobre derechos de excombatientes, mutilados y excautivos víctimas de la guerra a ocupar una parte de aquella¹⁸⁶. Además, los candidatos a estas plazas debían presentar «una exposición o declaración jurada de todas las particularidades de su historia científica y profesional, social y política» y se pedía a los distintos organismos estatales que, al establecerse el límite de edad en los concursos y oposiciones, se tuviera en cuenta «la obligación primordial de facilitar el acceso a la oposición de los excombatientes y demás personas a quienes la guerra detuvo e impidió el normal desenvolvimiento de sus actividades profesio-

nales»¹⁸⁷. En cuanto a las normas concretas bajo las cuales debía regirse el Cuerpo de Sanidad Nacional, siguió vigente, hasta 1951, el Reglamento del Personal Sanitario de 8 de julio de 1930, promulgado bajo el primer mandato de Palanca. Tan solo se incluyó en el mismo la autorización al Ministerio de la Gobernación y a la Dirección General de Sanidad para alterar el turno de antigüedad en la provisión de destinos «según lo exijan las sanciones por depuración política»¹⁸⁸.

En consecuencia, la primera —y única en los años cuarenta— convocatoria para cubrir 20 plazas vacantes de Jefe de Negociado de Tercera clase¹⁸⁹, en 1941, reservó una parte de ellas a excombatiente, excautivos y mutilados de guerra. Para poder optar al concurso-oposición, los candidatos, doctores o licenciados en medicina, no debían de superar los cincuenta años de edad y presentar un certificado negativo del Registro Central de Penados y Rebeldes. Para la valoración de méritos, el candidato debía presentar «cuantos certificados estime oportunos para acreditar su adhesión al Glorioso Movimiento Nacional y los méritos y servicios de índole sanitaria que desee alegar en el concurso». Además, la mitad de las plazas debían adjudicarse a los candidatos que estuvieran en posesión del título de Oficial sanitario. Después de la prueba se resolvió el ingreso en el Cuerpo de nueve oficiales sanitarios, entre los que se encontraban un excombatiente y un excautivo, y once médicos sin el título de los cuales cinco eran excombatientes^{190, 191}. Estos últimos debían realizar un curso de la Escuela Nacional de Sanidad para obtener un número de orden definitivo en el Escalafón del Cuerpo¹⁹².

El aislamiento y abandono al que estaba sometido el Cuerpo de Sanidad Nacional fue puesto de manifiesto en la ponencia oficial de la Primera Reunión que los sanitarios efectuaron en mayo de 1943 en la que, a través de un largo lamento, expusieron la situación en la que se encontraban¹⁹³. En primer lugar, se vieron en la necesidad de justificar su trabajo ante la descalificación realizada por «personas de relevante capacitación en otras disciplinas (y lo que es más doloroso, en boca de médicos prestigiosos)» cuando se les consideraba como los burócratas de la Medicina, «y al decir esto

ponen en la frase un dejo de marcada ironía». Achacaban este mal al apartamiento mantenido por los miembros del Cuerpo del ejercicio privado de la profesión, «conducta de renunciación y sacrificio» que paradójicamente no solo repercutía en sus economías privadas sino, que era «pretexto para que se discuta y combata al Cuerpo Médico de Sanidad Nacional». También se lamentaban que su prestigio no era reconocido por la superioridad debido a que, mientras las Jefaturas provinciales se veían sometidas a todo tipo de injerencias, a ellos se les negaba la representación en otros organismos relacionados directamente con la Sanidad y, en los casos en la que existía, se reducía a un sólo miembro «la misma de otros Cuerpos y Servicios especializados en actividades clínicas o parasanitarias». Además, mientras se trataba debidamente a los demás Jefes de dependencias provinciales, los «de Sanidad quedan ordinariamente en situación de marcado desaire».

Por último, abordaron el problema de la situación económica en la que se encontraban los miembros del Cuerpo. Este tema nunca había sido discutido en las anteriores reuniones de los sanitarios, como ellos mismos recordaban, pero «las cosas han llegado a límites tales, que ya no es posible silenciar la cuestión». En la ponencia estudiaron las remuneraciones de los miembros de distintos Cuerpos especiales de la Administración, evidenciando la «humillante inferioridad» de sus haberes incluso a los de Cuerpos de inferior categoría. Entre las conclusiones aprobadas por la reunión se encontraban, además de la solución a los problemas planteados, que se revisara y refundiera toda la legislación sanitaria «en un corto número de textos legales» con la consideración de que «la Sanidad es una función primordial, ineludible e indeclinable del Estado». Pedían también que se promulgara un nuevo Reglamento del Cuerpo en el que se señalasen las funciones, deberes, atribuciones, jerarquía, derechos y responsabilidades de los funcionarios sanitarios y que se pusieran en vigor los Tribunales de Honor del Cuerpo para elevar el prestigio del mismo. Por último, estimaban imprescindible la creación de la Mutualidad de funcionarios de la Dirección General de Sanidad.

Un año después, y coincidiendo con la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad por parte del Ministerio de Trabajo, la Ley de Bases de Sanidad Nacional se limitó a reconocer la existencia del Cuerpo como «el encargado de llevar a la práctica la labor que realice directamente el Ministerio de la Gobernación» en materia sanitaria y aclaraba que se respetaría siempre «hasta su extinción» los derechos reconocidos a las tres ramas sanitarias de origen. Para el ingreso en el Cuerpo, que sólo se verificaría por oposición, se estipulaba la reserva de turnos especiales a los médicos que durante cinco años, como mínimo, y en propiedad, hubiesen desempeñado cargos sanitarios especiales en instituciones públicas. Asimismo, se establecía que los facultativos especializados al servicio de la Sanidad Nacional, pero ajenos al Cuerpo de Médicos de la misma, se constituyesen en escalafones cuando su número lo permitiese. Finalmente, se establecía la incompatibilidad de Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional con el de Médico Especialista al servicio de la misma. El Reglamento del personal de la Dirección General de Sanidad, que finalmente se aprobó en 1951, no incorporó más novedades que las señaladas en la Ley anterior salvo el establecimiento de los Tribunales de Honor tal y como habían pedido los sanitarios en su reunión de 1943¹⁹⁴.

En la segunda mitad del bienio, no sólo no se aumentó la dotación económica a los miembros del Cuerpo sino que las vacantes que se produjeron en el mismo no se cubrieron, fenómeno que contrastaba con el desarrollo que estaban tomando otros servicios dependientes de la Dirección General de Sanidad como el de Higiene infantil o el propio Patronato Nacional Antituberculoso¹⁸². Sin embargo, el principal problema con el que chocó la Sanidad oficial al final del decenio fue el imparable desarrollo que estaba tomando el Seguro Obligatorio de Enfermedad, sobre todo cuando se pusieron en marcha las especialidades en 1948.

Este problema monopolizó la ponencia general de la Segunda Reunión Nacional de Sanitarios Españoles celebrada en Barcelona en abril de 1947¹⁹⁵. En esta reunión se puso de manifiesto la total descoordinación entre la

Sanidad Nacional y el Seguro de Enfermedad que limitaba su actuación a la medicina curativa sin atender los dictados sanitario-sociales que el progreso del país necesitaba. La solución no podía ser otra que la centralización de todos los servicios sanitarios en un sólo «órgano rector» pues «lo mismo que la Defensa nacional requiere unidad de mando, y la Justicia unidad de criterio, la Sanidad apetece unidad de acción» lo que evitaría, además, una innecesaria duplicidad de servicios y de gastos públicos. Este órgano central, debía hacerse cargo de todos los sectores de la Administración pública de los que dependía «indirectamente» el estado sanitario del país. En las provincias debía ser la autoridad delegada de este organismo el que asumiera la jefatura de todos los servicios de carácter sanitario. Mientras tanto, se hacía indispensable la coordinación entre los centros estatales y los organismos «paraestatales», en clara referencia al Seguro Obligatorio de Enfermedad.

El impacto que tuvo el Seguro Obligatorio de Enfermedad sobre los médicos que trabajaban para la Dirección General de Sanidad se puede observar en la promulgación de la Ley de 13 de julio de 1950 (*Boletín Oficial* 14/7/1950) por la que se constituían dos escalas de Médicos Especialistas al Servicio de la Sanidad Nacional, la primera con 66 plazas retribuidas mediante sueldo y la segunda con 155 plazas retribuidas con gratificaciones, lo que permitía a los médicos que ocuparan estas últimas simultanear su trabajo público con el de especialista del Seguro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cf. Beltrán Villalva M. La Administración. En: Carr R, coordinador. La época de Franco (1939-1975). Política. Ejército. Iglesia. Economía y administración. Madrid: Espasa Calpe; 1995. p. 557-637.
2. Ley de Sanidad. *El Siglo Médico* 1855; 3: 386-89.
3. Gaceta de Madrid. Preámbulo RD 16/11/1886. GM 17/11/1886.
4. Sobrino F. Sanidad de puertos. *El Siglo Médico* 1874; 21: 543.
5. R. V. Nuestra sanidad marítima. *El Siglo Médico* 1874; 21: 322-4.
6. Carlán D [Cortezo, C. M^a]. Plantillas de Sanidad Marítima. *El Siglo Médico* 1874; 21: 179.
7. Carlán D. Directores de Sanidad Marítima. *El Siglo Médico* 1874; 21: 417.
8. El movimiento continuo. *El Siglo Médico* 1874; 21: 415.
9. RO 14/10/1879. *El Siglo Médico* 1879; 26: 667-8.
10. Gaceta de Madrid. RD 16/11/1886. GM 17/11/1886.
11. Cf. Fernández García A. Introducción. Atrazo y modernización en la España liberal (1834-1900). En: Fernández García A, coordinador. Los fundamentos de la España liberal (1834-1900). La sociedad, la economía y las formas de vida. Madrid: Espasa Calpe; 1997. p. 11-48.
12. Fernández García A, Rueda Laffond JC. La sociedad (1); Los grupos sociales. En: Fernández García A, coordinador. Los fundamentos de la España liberal (1834-1900). La sociedad, la economía y las formas de vida. Madrid: Espasa Calpe; 1997. p. 151.
13. Comín Comín F. El sector público y la economía: Hacienda, regulación y proteccionismo en la España liberal. En: Fernández García A, coordinador. Los fundamentos de la España liberal (1834-1900). La sociedad, la economía y las formas de vida. Madrid: Espasa Calpe; 1997. p. 418-9 y 440.
14. Gaceta de Madrid. RD 16/11/1886. GM 17/11/1886.
15. Reglamento Orgánico provisional de Sanidad Marítima. *El Siglo Médico* 1887; 34: 440-6, 478-9, 506-7, 526-7, 542-3, 574-5, 589-90, 622-3, 652-4, 666-8, 685-8 y 718.
16. Villacorta Baños F. Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX, 1890-1923. Madrid: Siglo XXI; 1989. p. 45, 153-61, 414, 427, 434.
17. Pulido Fernández A. Sanidad Pública en España y ministerio social de las clases médicas. Madrid: Tip. E. Teodoro; 1902. p. 65, 66, 68, 64.
18. Un Director de cuarta. Sanidad Marítima. *El Siglo Médico* 1890; 37: 409-10.
19. Gaceta de Madrid. RD 25/7/1892. GM 29/7/1892.

20. Gaceta de Madrid. RD 13/8/1899. GM 17/8/1899.
21. Reglamento de Sanidad exterior RD 27/10/1899. El Siglo Médico 1899; 46: 746-50, 761-5, 779-82, 795-8, 810-3 y 828-30.
22. Malo de Poveda B. El doctor Gimeno, Ministro sanitario. La Medicina Social Española 1919; 4: 33-8.
23. Reglamento de Sanidad exterior. El Siglo Médico 1899; 46: 828-9.
24. Gaceta de Madrid. RO 6/4/1901.
25. Gaceta de Madrid. RO 30/3/1904. GM 28/6/1904.
26. Instrucción General de Sanidad Pública. Edición oficial. Madrid: Tip. Hijos de J. A. García; 1904. p. 52-3.
27. Vila A. Lo que era el Cuerpo de Sanidad Marítima y lo que debe ser el Cuerpo de Sanidad exterior. La Medicina Social Española 1918; 3: 343-6. p. 344, 345.
28. La Obra Sanitaria en España durante los años 1910 a 1912. Madrid: M° de la Gobernación; 1914. p. 9, 12, 14, 123, 135.
29. La Reorganización Sanitaria en España. Madrid: M° de la Gobernación; 1909. p. 37, 41-6, 51, 56-60, 97, 99, 118, 120, 146-8.
30. Gaceta de Madrid. Preámbulo. RO de 25/2/1909. GM 26/2/1909.
31. Sección oficial. El Siglo Médico 1913; 60: 71.
32. Programa de preguntas para los ejercicios... El Siglo Médico 1887; 34: 718-9, 734-5, 746-7, 766-8 y 813-5.
33. Gaceta de Madrid. RO 12/1/1911. GM 15/1/1911.
34. Gaceta de Madrid. RD 20/1/1911. GM 23/1/1911.
35. RO 13/1/1913. El Siglo Médico 1913; 60: 71.
36. Gaceta de Madrid. RO 20/10/1913. GM 23/10/1913.
37. Codina Suqué L, Armiñán A, Codina Suqué J. Manual de legislación sanitaria. Madrid: Gráfica Universal; 1927. p. 392.
38. RO 29/8/1892. El Siglo Médico 1892; 33: 571-2.
39. Gaceta de Madrid. RO 4/7/1893. GM 5/7/1893.
40. Gaceta de Madrid. RD 14/7/1903.
41. Rodríguez Pinilla H. La medicina política en España (Recuerdos de mis días de Inspector sanitario). La Medicina Social Española 1916; 1: 405-10. p. 405.
42. Gaceta de Madrid. RO 30/6/1904. GM 5/7/1904.
43. Gaceta de Madrid. RO 19/10/1904. GM 20/10/1904.
44. Gaceta de Madrid. RO 26/1/1905. GM 27/1/1905.
45. Gaceta de Madrid. RO 13/1/1905. GM 27/1/1905.
46. Gaceta de Madrid. RO 28/3/1905 GM 29/3/1905.
47. Gaceta de Madrid. RO 5/10/1905. GM 8/10/1905.
48. Gaceta de Madrid. RO 12/12/1905. GM 22/12/1905.
49. García Fraguas JE. Administración Sanitaria Española (Historia y funciones de los Inspectores de Sanidad). Madrid: Administración. de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas; 1907. p. 13, 40-1, 46, 64-6, 71-2, 113.
50. Gaceta de Madrid. Ley 3/1/1907. GM 10/1/1907.
51. Gaceta de Madrid. RD 24/2/1908. GM 26/2/1908.
52. Gaceta de Madrid. RO 13/4/1908. GM 15/4/1908
53. Gaceta de Madrid. RO 3/10/1908. GM 7/10/1908.
54. Gaceta de Madrid. Demanda interpuesta por el Inspector de Córdoba. RO 7/8/1908. GM 8/8/1908.
55. Gaceta de Madrid. RO 26/10/1908. GM 27/10/1908.
56. Gaceta de Madrid. RO 2/1/1912. GM 6/1/1912.
57. Gaceta de Madrid. RO 13/1/1909. GM 14/1/1909.
58. Gaceta de Madrid. RO 9/6/1915. GM 10/6/1915.
59. Gaceta de Madrid. RD 29/4/1909. GM 1/5/1909.
60. Gaceta de Madrid. RO 30/6/1904. GM 5/7/1904.
61. Gaceta de Madrid. RO de 26/10/1914. GM 25/11/1914.
62. Gaceta de Madrid. RD 12/1/1909. GM 13/1/1909.
63. Gaceta de Madrid. RD 2/10/1913. GM 7/10/1913.

64. Gaceta de Madrid. RO 8/10/1913. GM 9/10/1913.
65. Gaceta de Madrid. RO 15/6/1912. GM 20/6/1912.
66. Gaceta de Madrid. Escalafón del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad. RO 31/1/1913. GM 4/2/1913.
67. Gaceta de Madrid. RD 31/5/1916. GM 1/6/1916.
68. Gaceta de Madrid. RD 18/3/1909. GM 20/3/1909.
69. Gaceta de Madrid. RD 23/7/1917. GM 28/7/1917.
70. García Durán R. La Asamblea de Inspectores provinciales de Sanidad. *La Medicina Social Española* 1916; 1: 740-4. p. 741, 744.
71. Asamblea nacional de Inspectores provinciales de Sanidad Celebrada en Madrid del 26 al 30 de noviembre de 1916. Conclusiones aprobadas. *La Medicina Social Española* 1916; 1: 763-6 y 1917; 2: 22-8 y 59-64.
72. Bercial A. Política sanitaria. *La Medicina Social Española* 1916; 1: 328-33.
73. La Instrucción General de Sanidad. *La Medicina Social Española* 1916; 1: 373-9.
74. Sierra y Carbó A. Instituto Nacional de Vacunación. *El Siglo Médico* 1885; 32: 813-4.
75. RO 24/1/1876. Parte oficial. *El Siglo Médico* 1876; 23: 122.
76. RD 20/11/1885. Sección oficial. *El Siglo Médico* 1885; 32: 776-7.
77. Carlán D. Boletín de la Semana. *El Siglo Médico* 1886; 33: 737.
78. Gaceta de Madrid. RD 23/10/1894. GM 24/10/1894.
79. Gaceta de Madrid. RO 23/10/1894. GM 25/10/1894.
80. Cortezo CM^a. La autonomía sanitaria. Los medios. *El Siglo Médico* 1912; 59: 425-8.
81. Cortezo Collantes VM^a. Discurso leído ante la Academia Nacional de Medicina en su recepción pública. Madrid: Bolaños y Aguilar; 1935. p. 38-39.
82. Gaceta de Madrid. RD 27/10/1899. GM 29/10/1899.
83. Gaceta de Madrid. RD 2/4/1908. GM 3/4/1908.
84. Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. *El Siglo Médico* 1917; 64: 820.
85. Gaceta de Madrid. RD 24/1/1911. GM 25/1/1911.
86. Gaceta de Madrid. RO 3/10/1916. GM 6/10/1916.
87. RD 20/9/1918. Sección oficial. *El Siglo Médico* 1918; 65: 344.
88. Reglamento de los Sanatorios de Oza (La Coruña) y Pedrosa (Santander). En: *La campaña oficial en 1911*. Madrid: Publ. de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis; 1912. p. 80-94.
89. RD 20/9/1918. Sección oficial. *El Siglo Médico* 1918; 65: 345.
90. Gaceta de Madrid. RD 31/1/1919. GM 16/2/1919.
91. Gaceta de Madrid. RO 31/3/1919. GM 8/4/1919.
92. González Alvarez B. Mejora de la población de España. *La Medicina Social Española* 1919; 4: 249-52.
93. Gaceta de Madrid. RD 9/8/1916. GM 11/8/1916.
94. Gaceta de Madrid. RD 11/2/1919. GM 16/2/1919.
95. Rubio de la Torre C. Compendio de Legislación sanitaria. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra; 1926. p. 21, 24, 27, 37, 39.
96. Cronología. En: *Revolución burguesa, oligarquía y constitucionalismo (1834-1923)*. Barcelona: Labor; 1981. p. 548-9. (Tomo VIII de Historia de España dirigida por Manuel Tuñón de Lara).
97. GM 5 y 7/9/1919.
98. Gaceta de Madrid. RD 27/8/1920. GM 10/9/1920.
99. Gaceta de Madrid. RO 15/12/1917. GM 16/12/1917.
100. Gaceta de Madrid. RO de 16/7/1923. GM 21/7/1923.
101. Gaceta de Madrid. RO 14/1/1920. GM 27/1/1920.
102. RD 28/2/1922. Sección oficial. *El Siglo Médico* 1922; 69: 277-8.
103. Malerbe P. La dictadura. En: *La crisis del Estado: Dictadura, República, Guerra (1923-1939)*. Barcelona: Labor; 1981. p. 37-40 (Tomo IX de Historia de España dirigida por Manuel Tuñón de Lara).
104. Crónicas. *El Siglo Médico* 1923; 72: 1052.

105. Proyecto de Ley. *El Siglo Médico* 1923; 72: 1176-8 y 1202-6.
106. Carlán D. *Boletín de la Semana. El Siglo Médico*
107. Martínez Cuadrado M. *La burguesía conservadora (1874-1931)*. 7ª ed. Madrid: Alianza Ed.; 1981. p. 381-6.
108. *Gaceta de Madrid*. RD 29/9/1923. GM 30/9/1923.
109. Carlán D. *Boletín de la semana. El Siglo Médico* 1923; 77: 1070-1.
110. Palanca JA. *Medio siglo al servicio de la Sanidad pública*. Madrid: Cultura Clásica y Moderna; 1963. p. 35, 62, 189.
111. *Gaceta de Madrid*. RD 7/11/1923. GM 9/11/1923.
112. *Gaceta de Madrid*. RO 23/11/1923. GM 1/12/1923.
113. RR. DD. 5/12/1923. GM 6/12/1923.
114. *Gaceta de Madrid*. RD 4/2/1924. GM 7/2/1924.
115. RD 25/2/1924.
116. Esteban García P. *La reorganización de los subdelegados de medicina. El Siglo Médico* 1928; 81: 466-7. p. 467.
117. *Gaceta de Madrid*. RO 5/7/1924. GM 8/7/1924.
118. *Gaceta de Madrid*. RR.OO. 24 y 28/3/1927. GM 25 y 30/3/1927.
119. Perdiguero Gil E, Bernabeu Mestre J, Robles González E. *La Salud Pública en el marco de la administración periférica: el Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936)*. *Dynamis* 1994; 14: 43-75.
120. *Gaceta de Madrid*. RD 20/10/1925. GM 24/10/1925.
121. Bernabeu Mestre J. *El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la Salud pública en España, 1924-1934*. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1994; 68: 65-89.
122. *Gaceta de Madrid*. RD 9/12/1924. GM 12/12/1924.
123. *Gaceta de Madrid*. RO 28/1/1925. GM 1/2/1925.
124. *Gaceta de Madrid*. RO 30/1/1925. GM 4/2/1925.
125. Saludo. *Archivos de Higiene y Sanidad Pública* 1925; 1:1.
126. Palanca J. *Puntos esenciales para la implantación de la enseñanza sanitaria nacional. Archivos de Higiene y Sanidad Pública* 1925; 1: 18-24. p. 23.
127. Rico-Avelló C. *Notas para la historia de la Sanidad española (folleto para médicos)*. Madrid: Dirección General de Sanidad; 1955. p. 23.
128. *Gaceta de Madrid*. RO 12/10/1925. GM 13/11/1925.
129. *Gaceta de Madrid*. RO 26/11/1920.
130. Murillo F. *Saludo y programa. Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad* 1926; 1: 5-7.
131. *Gaceta de Madrid*. RO 23/3/1926. GM 26/3/1926.
132. *Asamblea de Inspectores provinciales de Sanidad. El Siglo Médico* 1926; 78: 445-6.
133. *Gaceta de Madrid*. RO de 15/1/1927. GM 18/1/1927.
134. *Gaceta de Madrid*. RD 29/3/1927. GM 31/3/1927.
135. *Primera Asamblea de funcionarios de Sanidad Nacional. El Siglo Médico* 1927; 80: 484-5 y *Primera Asamblea de Sanidad Nacional. Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad* 1927; 2: 831-2.
136. Palanca J. *Discurso*. En: *Discursos leídos en la sesión inaugural del año académico de 1927-1928 de la Sociedad Española de Higiene*. Madrid: Imp. Ciudad Lineal; 1927. Citas de p. 27, 32 y 37.
137. Cf. en este mismo número monográfico: Rodríguez Ocaña E. *La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España*.
138. *Gaceta de Madrid*. RO 25/3/1927. GM 27/3/1927.
139. *Gaceta de Madrid*. RD 12/5/1928. GM 13/5/1928.
140. *Gaceta de Madrid*. RO 31/5/1928. GM 1/6/1928.
141. *Gaceta de Madrid*. RD Ley 20/6/1928. GM 22/6/1928.
142. *Gaceta de Madrid*. RO 16/7/1928. GM 21/7/1928.
143. *Gaceta de Madrid*. *Escalafón del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad en diciembre de 1927*. RO 24/1/1928. GM 10/2/1928.
144. *Gaceta de Madrid*. RO 3/10/1928. GM 5/10/1928.
145. *Gaceta de Madrid*. RO 6/12/1928. GM 7/12/1928.

146. Gaceta de Madrid. RO 7/12/1928. GM 8/12/1928.
147. GM 25/5/1929.
148. Gaceta de Madrid. RO 30/3/1929. GM 2/4/1929.
149. Gaceta de Madrid. RO 5/11/1928. GM 7/11/1928.
150. Gaceta de Madrid. RO 31/1/1930. GM 4/2/1930.
151. Gaceta de Madrid. RD 25/2/1930. GM 26/2/1930.
152. Gaceta de Madrid. ROC. 1/8/1930. GM 3/8/1930.
153. Gaceta de Madrid. RD 8/7/1930. GM 13/7/1930.
154. DD. 14/4/1931 y 16/4/1931. Ministerio de la Gobernación. El Siglo Médico 1931; 87: 439.
155. Gaceta de Madrid. C 29/4/1931. GM 5/5/1931.
156. Gaceta de Madrid. C 19/5/1931. GM 21/5/1931.
157. Gaceta de Madrid. O 17/7/1931. GM 18/7/1931.
158. Gaceta de Madrid. O 6/8/1931. GM 8/8/1931.
159. D 4/12/1931. Sección oficial. El Siglo Médico 1931; 88: 645.
160. Gaceta de Madrid. O 7/12/1931. GM 8/12/1931.
161. Gaceta de Madrid. O 11/4/1932. GM 12/4/1932.
162. Gaceta de Madrid. Ley 14/9/1932. GM 15/9/1932.
163. Gaceta de Madrid. O 21/9/1932. GM 23/9/1932.
164. Gaceta de Madrid. Escalafón del Cuerpo de Sanidad Nacional. 31/12/1934. GM 3/2/1935.
165. Gaceta de Madrid. O 6/2/1933. GM 7/2/1933.
166. Gaceta de Madrid. Ley 11/7/1934. GM 15/7/1934.
167. Gaceta de Madrid. D 3/9/1933. GM 6/9/1933.
168. Cf. Molero Mesa J. Clase obrera, Medicina y Estado en la España del Siglo XX. Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889 y 1950. En: Castellanos J, Jiménez Lucena I, Ruiz Somavilla M^J, Gardeta P, editores. La medicina en el siglo XX. Estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina; 1998. p. 221-228.
169. Molero Mesa J. Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936). Granada, Universidad de Granada [Tesis doctoral en microfichas]; 1989. p. 390-4.
170. Jiménez Lucena I. Cambio político y alternativas sanitarias: el debate sanitario en la II República. Málaga, Universidad de Málaga [Tesis doctoral inédita]; 1995. p. 264-76.
171. Gaceta de Madrid. D 25/12/1933. GM 26/12/1933.
172. Gaceta de Madrid. D 24/5/1935. GM 25/5/1935.
173. Gaceta de Madrid. O 25/5/1935. GM 28/5/1935.
174. Gaceta de Madrid. Creación del Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad. D 19/9/1935. GM 20/9/1935 y Corrección GM 1/10/1935.
175. Gaceta de Madrid. Reestructuración general de plantillas de la Administración provocada por la Ley de presupuestos de agosto de 1935. D 28/9/1935. GM 29/9/1935.
176. Jiménez Lucena I. El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la Segunda República española. Asclepio 1997; 49: 195-208.
177. Gaceta de Madrid. D 12/10/1935. GM 15/10/1935.
178. Gaceta de Madrid. D 4/12/1935. GM 6/12/1935 y rectificación GM 11/12/1935.
179. GM 3/2/1935.
180. Rodríguez Ocaña E, Menéndez Navarro A. El Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España. Revista de Sanidad e Higiene Pública 1986; 60: 1095-107.
181. El Cuerpo de Sanidad Nacional. El Siglo Médico 1933; 92: 672.
182. Cf. Molero Mesa J. Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. Dynamis 1994; 14: 199-225.
183. Fuente Chaos A de la. Política sanitaria. Madrid: Delegación Nacional de Sanidad; 1943. p. 94.
184. Bosch Marín J. Intervención. En: Bermejillo M. Sesión Necrológica en Memoria del

- Excmo. Sr. D. José Alberto Palanca Martínez-Fortún celebrada en la Real Academia de Medicina el 11 de diciembre de 1973. Madrid: RANM; 1973. p. 15-8.
185. Palanca J. Sociología sanitaria y medicina social en España. Discurso correspondiente a la apertura del curso académico 1958-1959. Madrid: Estades; 1958. p. 55 y 116.
186. Boletín Oficial. D 9/11/1939. BO 21/11/1939.
187. Boletín Oficial. O 29/2/1940 BO 16/3/1940.
188. Boletín Oficial. D 9/3/1940 BO 11/3/1940.
189. Boletín Oficial. Convocatoria. BO 13/5/1941.
190. Boletín Oficial. Aspirantes admitidos... BO 19/9/1941.
191. Boletín Oficial. O 21/11/1941. BO 13/11/1941.
192. Boletín Oficial. O 22/12/1941. BO 24/12/1941.
193. Conclusiones de la Primera Reunión Anual del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. En: Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. Puericultores del Estado. Tisiólogos Españoles (Primeras Reuniones anuales). Conclusiones. Madrid: Dirección General de Sanidad; 1943. p. 9-24.
194. Boletín Oficial. D 30/3/1951. BO 3/6/1951.
195. Bardají López E, Laguna C, Fernández Turégano J, Benítez Franco B. II Reunión Nacional de Sanitarios Españoles. Ponencia General. Perspectivas de la Sanidad en España. Madrid: Imp. Sáez; 1947.

DE LA INFORMACIÓN A LA ACCIÓN: LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA

J. Ferran Martínez Navarro

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

INTRODUCCIÓN

La salud pública es percibida¹ como «un punto de encuentro», constituyendo no sólo un cuerpo de conocimiento sino, también, una organización social dirigida hacia la resolución de los problemas de la enfermedad en la comunidad y/o en el individuo, que necesita asumir decisiones en competencia con otros sectores públicos. Es, por tanto, una organización político-técnica cuya principal característica es que opera a través del estado, dependiendo su alcance no sólo de sus posibilidades técnicas, ni tampoco de las condiciones socioeconómicas dominantes sino, también, de la orientación de sus acciones².

Estas, como sabemos, están determinadas por el dominio de la práctica médica, por ello la enfermedad se convierte en la categoría central de la salud pública y el individuo en la unidad de intervención. Cualquier otra orientación, como la de considerar a la enfermedad como una respuesta biológica históricamente determinada es o bien excluida o bien limitada. De esta forma, los determinantes sociales son limitados, cuando no excluidos, en la construcción científica del proceso salud-enfermedad y, en consecuencia, se produce un alejamiento de toda práctica social del marco de la salud pública, cuya intervención queda, por tanto, reducida a una actividad preventivista, con una orientación biologis-

ta, ahistórica y asocial de los problemas de salud. Estas orientaciones determinan las características de los servicios de salud, de sus sistemas de información y su utilidad en la toma de decisiones. La producción de la información es, por estas razones, un proceso colectivo de aceptación o rechazo del hecho susceptible de ser transformado en información y la acción deriva de la información así generada.

La información para la acción no es, por tanto, un tópico ni una consigna, más o menos feliz, sino una actividad consustancial con la orientación de la práctica políticoadministrativa de la salud pública. Pero, la producción de la información no es suficiente para que ésta se convierta en acción, es necesario que se integre en un sistema de decisión-control que garantice la viabilidad de las medidas a tomar. Esto refuerza su carácter político ya que, como proceso colectivo, su uso es el resultado de las elecciones que se dan en el marco de las organizaciones sociales, en este caso de la salud pública.

Así determinada, la salud pública, aceptará aquellos hechos relacionados con la gestión de las actividades desarrolladas para el control de la enfermedad (prevención, atención, costes, etc.), diseñando indicadores basados en la historia natural de la enfermedad; las variables biológicas de género y edad; la utilización de series temporales de datos consistentes con la validez diagnóstica en el tiempo; y, en la medición del impacto de la intervención médica dirigida al control de la enfermedad en los individuos y sus grupos. Esto es, las variables que incorporamos en el estudio de la enfermedad se hace en función de los criterios de inter-

Correspondencia:
Ferrán Martínez Navarro
Centro Nacional de Epidemiología
C/ Sinesio Delgado, 6
28071 Madrid

venición en los niveles políticoadministrativos de la salud pública y, estos, muestran una manifiesta tendencia a la aplicación de las medidas médicas que sólo son capaces de asumir las consecuencias de los fenómenos colectivos pero no su causalidad estructural³.

De todos los sistemas de información sanitaria generados para la toma de decisiones el más paradigmático es el de la vigilancia epidemiológica, que por otra parte es, algo más que, un sistema de información conformado a partir de la estrategia para el control de los procesos transmisibles. Aquí se sitúa el énfasis en el control individual de los enfermos infecciosos, identificados mediante la declaración obligatoria, que tradicionalmente se aplica aquellas enfermedades en que la declaración implica la acción sobre el caso⁴. Su evolución hacia un sistema de vigilancia epidemiológica, que se inicia en los años 30 mediante el análisis estadístico de los datos aportados por la declaración y la encuesta consiguiente⁵, culminó en los sesenta cuando se formulan dos definiciones claramente diferenciadas:

1. la de Langmuir⁶ centrada en la recogida y posterior análisis de los datos, considera que es «la observación continuada de la distribución y tendencia de la incidencia a través de la recogida sistemática, consolidación y evaluación de la morbilidad y mortalidad y otros hechos relevantes, junto a la difusión regular y rápida a todos los que necesitan conocerlos»;
2. la de Raska⁷, radicalmente holística, que la considera como «el estudio epidemiológico de la enfermedad visto como un proceso dinámico en el cual intervienen la ecología del agente infeccioso, del huésped, los reservorios, los vectores y el medio, así como los mecanismos complejos de los que depende la propagación de la infección y la difusión de esta propagación».

Realmente ambos son parte de la misma actividad, una, la de Raska, la orienta hacia la historia natural de la enfermedad infecciosa; la otra estructura un sistema de información para recoger, procesar y analizar la información. En

cualquier caso ambos forman parte de la estrategia para el control de los procesos transmisibles.

Los sistemas de vigilancia conformados en esta época necesitan sistemas de información del tipo de sistemas de procesamiento de transacciones (SPT) que realiza operaciones elementales como la recogida, registro, revisión, corrección, procesamiento y elaboración de informes, lo que les convierte en útiles para la adopción de decisiones bien estructuradas, repetitivas, rutinarias, fáciles de automatizar. Corresponde, por tanto, a un nivel básico de análisis, que incluye el análisis de series temporales, la elaboración de mapas de incidencia, las estimaciones y proyecciones y elaboración de informes. En ellos, se necesita que la información tenga una base común, sea fiable, oportuna, flexible y global, exigencias todas ellas incluidas en los atributos de los sistemas de vigilancia⁸.

La posterior consideración, en 1986⁹, de que «un sistema de vigilancia incluye la capacidad funcional para la recogida, análisis y difusión de los datos ligada a los programas de salud pública» explicita de forma clara que la vigilancia es un elemento estratégico de la salud pública, al constituir parte de su sistema de decisión y control. Desde el ámbito de actuación, si bien se amplía la atención a los procesos no transmisibles, lo más significativo es su incorporación a los programas médico-preventivos con la finalidad de seguir su gestión y evaluar sus resultados¹⁰.

Por ello, los requerimientos para la toma de decisiones son, por lo tanto, mayores no siendo suficiente un SPT, sino sistemas para soporte de la decisión (SSD) que son de apoyo a la dirección en el proceso de toma de decisiones, por lo que están diseñados para atender problemas mal estructurados, complejos, no repetitivos, diferentes que no pueden disponer de reglas o procedimientos válidos para adoptar las decisiones. Funcionan mediante la integración de la información con nivel de detalle respecto a los diferentes centros de decisión y sus principales componentes son: gestión de las bases de datos; gestión de la base de modelos matemáticos y de técnicas de análisis; y los sistemas de interacción y diálogos, que se refieren al intercambio de información entre el usuario y el sistema.

Los sistemas de vigilancia de salud pública, como parte del sistema de decisión-control, se están dotando de un grado creciente de complejidad y en función de sus necesidades y orientaciones, de una estructura de información capaz de integrar, al menos, los datos procedentes de individuos y poblaciones, con datos procedentes de los servicios sanitarios y de otras administraciones, con la finalidad de reducir la incertidumbre en la toma de decisiones.

Igualmente, deben de dotarse de niveles políticotécnicos capaces de soportar los procesos de decisión de tipo operativo y táctico. La forma tradicional de trabajo en la vigilancia epidemiológica es sobre problemas bien estructurados, con actividades de observación, procesamiento y análisis de la información epidemiológica, por ello los soportes de SPT son adecuados para cualquiera de sus niveles operativos. Los niveles estratégicos, que se corresponden a los niveles de dirección y decisión, son más exigentes ya que trabajan sobre los sistemas mal estructurados y necesitan los SDD.

Por tanto, los sistemas de vigilancia de salud pública deben ser capaces de participar activamente:

1. en la mejora del estado de salud de la población identificando y aportando análisis ajustados a la dimensión del problema y de la intervención;
2. en el desarrollo de los sistemas información para la toma de decisiones en los problemas bien y mal estructurados;
3. en la transformación de la información científica en información político-técnica para la toma de decisiones adecuadas a todos los niveles del sistema de salud, de manera que exista una correspondencia entre los niveles del sistema y los de decisión políticoadministrativa.

LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. UN RETO PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA

La reforma de 1995, por la que se crea la Red nacional de Vigilancia Epidemiológica,

representa la capacidad de modernización, sobre este tema, al que ha llegado el Sistema nacional de Salud, ya que es una reforma de consenso. Se planteó tanto como una adecuación a los cambios estructurales del Estado, como al proceso de la Unión Europea, pero sobretudo para sentar las bases que permitieran la transformación del tradicional sistema de vigilancia en un sistema de vigilancia de salud pública.

Las bases para ello están explícitas en la red cuyas funciones son, además de las tradicionales de la vigilancia epidemiológica, la de contribuir y participar en las medidas de control de las enfermedades (artículo 1, 2 y 4), donde la vigilancia enlaza con la toma de decisiones (artículo.2), e indica la correspondencia entre los niveles de vigilancia y los niveles administrativos y asistenciales del sistema nacional de salud (artículo.5); pero sobretudo, señala, que la producción y uso de la información será específica para cada uno de los niveles de decisión (artículo.5); es decir, la red se plantea como parte integrante del sistema de decisión-control del sistema nacional de salud. En mi criterio esta explicitación, de la relación entre la vigilancia y los niveles para la toma de decisiones es la esencia de la red, ya que posibilita su transformación en vigilancia de la salud pública.

Otros aspectos que proponen algunos autores¹¹ como la ampliación a riesgos no biológicos; la incorporación de los métodos cualitativos, como el método DELPHI; el estudio y control de brotes no infecciosos; la incorporación de enfermedades trazadoras; y el seguimiento y evaluación de las políticas de salud, son contemplados, a veces explícitamente, como ocurre con los brotes epidémicos¹²; a veces implícitamente, al hacer referencia a la creación de otros sistemas de vigilancia orientados a los «problemas específicos» o a ser complemento de las intervenciones sanitarias para el control de las enfermedades¹³, que no es otra cosa que los planes de salud y su seguimiento. Igualmente, se debe de estudiar la viabilidad de integrar los otros sistemas de información sanitaria que existen en España, concretamente de 16, como mínimo¹⁴, a ellos hemos de incorporar la información demográfica, económica, social, etc.

Estas son posibilidades abiertas por la Red siendo necesario para su aplicación real incidir sobre:

1. la mejora de la práctica de la vigilancia epidemiológica
2. la progresiva ampliación del uso de la vigilancia epidemiológica a otros ámbitos de la salud pública
3. crear los mecanismos que articulen a la vigilancia con los niveles políticos administrativos, como única forma de asegurar que se lleva a cabo la información para la acción.

La práctica de la vigilancia

La práctica de la vigilancia epidemiológica, aunque ha experimentado en los últimos cinco años una progresiva mejora, presenta unas condiciones de trabajo excesivamente burocratizada, con una limitada capacidad para el estudio de los brotes y para la intervención. Otros elementos necesarios para la vigilancia como son los Protocolos han sido recientemente aprobados. Sin embargo, estamos hablando de una actividad tradicional de los servicios de salud pública, con un elevado nivel de aceptación, pero con escasa atención.

La disponibilidad de sistemas de información, limitada a los sistemas de información de procesamiento y transferencia de datos y emisión de informes, está aplicada a las enfermedades de declaración obligatoria y a la información microbiológica. Los estudios de evaluación de la vigilancia no son frecuentes, si bien durante los últimos años se han realizado estudios parciales referidos a algunas enfermedades y limitadas a algunas provincias, a veces a algunas Comunidades Autónomas. Estos estudios han permitido identificar la variabilidad de la declaración según las enfermedades, el lugar de diagnóstico, la subdeclaración y el valor predictivo, si bien la principal dificultad que han presentado ha sido la no disponibilidad de las definiciones de caso, ya que los Protocolos fueron aprobados a finales de 1966.

Igualmente, a pesar del elevado número de brotes epidémicos estudiados se observa como domina la declaración de las toxiinfecciones alimentarias, indicativo de la ausencia de criterios para la identificación de brotes. Se refleja

también una escasa atención al estudio de los mismos, como podemos observar en la evaluación de los brotes hídricos y de los alimentarios. En una mayoría de los brotes estudiados no existe correspondencia entre el establecimiento de una hipótesis causal y las medidas aplicadas.

Los instrumentos creados recientemente como son la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, en el ámbito de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial, el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, la implantación de sistemas de transmisión de datos, y la puesta en funcionamiento de las Areas de Salud, abren las posibilidades de renovación y mejora de la vigilancia.

La ampliación del uso de la vigilancia

Otros sectores de las administraciones sanitarias y, concretamente, la salud penitenciaria, militar y laboral se han incorporado a la reforma de la vigilancia y desde hace algunos años están desarrollando y mejorando la vigilancia en sus ámbitos de responsabilidad. La salud laboral constituye el sector donde este proceso se encuentra con un mayor retraso, pero donde se están desarrollando, en los últimos años, los esfuerzos más intensos, apoyados legalmente por la ley general de sanidad y la ley de salud laboral.

La articulación de la vigilancia con los niveles político administrativos para la toma de decisiones

El desarrollo de la Vigilancia Epidemiológica desde 1982 ha sido en el marco de un estado descentralizado, mejorando su funcionamiento y la mayor disponibilidad de recursos. Sin embargo, no están bien precisados, en la actual legislación, la correspondencia entre los niveles politicoadministrativos y los de la vigilancia necesarios para poder intervenir en el control de los problemas de salud detectados, al contrario de los que ocurría en la legislación anterior, al menos desde 1925, donde los niveles ejecutivo y consultivo estaban bien regulados y permitía la intervención comunitaria así como la coordinación horizontal de los recursos.

La legislación actual, tanto la ley Orgánica de medidas especiales en materia de salud pública (Ley 3/86) como la Ley General de Sanidad, contemplan la aplicación de medidas para el control de los problemas sanitarios como materia de competencia estatal. No quedando, sin embargo, clara las condiciones para la intervención ni tampoco quién la debe de hacer. La práctica cotidiana nos está aportando indicios de que este es un problema que debe de resolverse. Los conflictos entre diferentes servicios de la administración, entre los niveles técnicos y los políticos y la tendencia a reducir la intervención a las meramente médicas son expresivos de la necesidad de resolver esta cuestión capital para un sistema de decisión-control.

A nivel de Area de Salud, que es el primer nivel operativo de la vigilancia epidemiológica, la coordinación entre los niveles de análisis de la información y la intervención políticoadministrativa sólo fue contemplada, de manera genérica, en la Red nacional de Vigilancia Epidemiológica. La necesidad de definir, de una manera operativa, la intervención comunitaria es fundamental ya que aquí el desplazamiento de los procesos de toma de decisión hacía el interior del Sistema nacional de Salud es muy evidente, lo que prima las intervenciones medicalizadas. Al dominar la enfermedad como elemento básico el sistema prioriza la gestión de la enfermedad y no la intervención comunitaria como ocurriría si su elemento básico fuera el riesgo.

El desarrollo de una normativa legal basada en la Ley 3/86 nos dotaría, con toda seguridad, con un instrumento legal que haría más eficaz la respuesta de la administración sanitaria, tanto general como autonómica, ante las situaciones epidémicas de cualquier etiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frenk J: La nueva salud pública, en VV.AA: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992.
2. Menéndez EL: Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible, en VV.AA: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992.
3. Menéndez EL: op. Cit.
4. Thacker SB, Berkelman RL: Public health Surveillance in United States. *Epidemiol Rev* 1988,10: 164 -90
5. Martínez Navarro JF:
6. Langmuir AD: The surveillance of communicable diseases of national importance. *N Engl J Med* 1963;268:182-92.
7. Raska K: Le concept de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, en *Seminaire Interregional sur les méthodes de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles*. Praga: OMS. CD/WP/70.1.
8. Klaucke DN: Evaluating Public Health Surveillance Systems, en Halpering W, Baker EL, Monsosn RR (editores): *Public Health Surveillance*. New York: Van nostrand Reinhold 1992.
9. Centers for Disease Control. *Comprehensive plan for epidemiologic surveillance*, Atlanta: Centers for Disease Control;1986.
10. Thacker SB, Stroup DF: Future Directions for Comprehensive Public Health Surveillance and Health Information Systems in the United States. *Am J Epidemiol* 1994; 140,5:383 -97
11. García Benavides F, Segura A, Grupo sobre Sistemas de Información en salud pública: La reconversión de la vigilancia epidemiológica en vigilancia de la salud pública. *Gac Sanit* 1995; 46, 9: 53 -61.
12. Real Decreto 2210/95 por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, art. 15
13. Real Decreto 2210/95 por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, art.4.3
14. García Benavides F, Segura A, Grupo sobre Sistemas de Información en salud pública: La reconversión de la vigilancia epidemiológica en vigilancia de la salud pública. *Gac Sanit* 1995; 46, 9: 53 -61.

LA INFLUENCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN LAS POLÍTICAS DE SALUD Y EN LA PRÁCTICA SANITARIA

Andreu Segura Benedito

Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya (ISP).

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Una participación en el último de los encuentros autónomos «MARCELINO PASCUA», que según parece en lo sucesivo formarán parte de las reuniones anuales de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) hace particularmente oportuno el objeto de esta presentación, precisamente porque es propósito principal de la epidemiología el estudio de los determinantes de la salud de las poblaciones, y está claro que, junto a las influencias biológicas, ambientales y sociales que determinan la distribución y el grado de salud y de enfermedad en las poblaciones humanas, los servicios sanitarios son uno de los elementos clave.

Aunque, como pusieron de relieve los salubristas del movimiento higienista del XIX y más modernamente las obras de Dubos¹, Mc Keown² y desde luego Illich³, la contribución de los servicios sanitarios, particularmente asistenciales y médicos, durante el siglo pasado fuera mucho menor que la que los médicos reivindicaban como propia.

Las influencias de Mc Keown y de Illich aparecen en la formulación de los análisis críticos de Dever⁴ y de Lalonde⁵ y tienen mucho que ver en el diseño de políticas como la norteameri-

cana o la británica y, salvando las distancias, con la estrategia de SALUD PARA TODOS de la OMS.

Pero aunque en general se reconozca que la influencia de los servicios sanitarios sobre la salud es limitada, es evidente también que la asistencia médica, sobre todo, consume una proporción elevada de los recursos económicos de las colectividades, sea a expensas del erario público, mediante fórmulas aseguradoras privadas, o de forma compartida.

Y aun cuando se pueda achacar a los establecimientos sanitarios un interés determinado en consumir los más recursos posibles, lo cierto es que el gasto sanitario sigue gozando de gran popularidad, parte de la cual, sin duda, tiene que ver con la respuesta que la sociedad espera del sistema sanitario para aliviar sus problemas de salud.

Pero oportunidad e interés aparte, considerar la investigación sanitaria como un determinante de las intervenciones y en consecuencia como una de las causas de la mejora de la salud de la población, plantea, *mutatis mutandis* los mismos problemas que se le plantean a la medicina a la hora de evaluar su impacto sobre la salud de la población. Es decir, la atribución de una asociación causal entre los hallazgos de la investigación y su aplicación en la práctica sanitaria.

Aunque el objeto de análisis no permite un diseño del tipo ensayo controlado aleatorio con enmascaramiento doble, porque, logística y coste aparte, no sería pertinente en relación a las preguntas que conviene responder ni tampoco viable, dada la gran cantidad de variables

Correspondencia:

Andreu Segura i Benedito
Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya
Campus de Bellvitge
Universidad Autónoma de Madrid.
Carretera de la Feixa Larga, s/n.
08907 Hospitalet de Llobregat. Barcelona

que deberíamos controlar para llegar a alguna conclusión operativa.

Por ello me limitaré a formular una serie de consideraciones que tal vez puedan resultar útiles para un futuro análisis sistemático de tal influencia que sabemos que existe y que suponemos que es, en general, positiva. De ahí que me proponga, en primer lugar, caracterizar esquemáticamente el proceso mediante el cual se introducen o se adoptan procedimientos, técnicas e intervenciones relativas a la protección, a la promoción y a la restauración de la salud y ver de reconocer cuál es el papel de la evidencia procurada por la investigación para justificar la adopción de las intervenciones.

En segundo lugar intentaré situar el papel de la investigación en el contexto de la planificación y el diseño de políticas de salud, de manera que se destaque la diversa transcendencia de los distintos enfoques de la investigación: básica y biológica, por un lado y global por el otro, y apuntar el papel integrador que tal vez se podría desarrollar desde la investigación de servicios de salud.

Posteriormente valdrá la pena mencionar, con carácter ilustrativo, algunos ejemplos de investigación potencial o efectivamente influyentes sobre los servicios sanitarios y la salud de la población, sean problemas de salud como el sida, prácticas sanitarias como las ecografías prenatales o la episiotomía rutinaria, o intervenciones sobre factores de riesgo como la hipercolesterolemia.

Finalmente, comentaré algunas ideas relativas a cómo se puede evaluar el impacto de la investigación sobre la salud, más allá de las evaluaciones de productividad basadas en la publicación de los resultados y el factor de impacto de las publicaciones.

EL PROCESO DE ADOPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Idealmente podría pensarse que las actividades sanitarias se adoptan como consecuencia de la existencia de evidencia científica suficiente, proporcionada por la investigación biomédica, epidemiológica, etc. En la práctica,

sin embargo, sólo sucede así en una pequeña parte de los casos, como es harto conocido.

De hecho, hasta hace muy poco la evidencia empírica más convincente, que es la proporcionada por los estudios experimentales, se ha limitado a un 15%⁶ o un 20% de las intervenciones y procedimientos⁷. Lo cual contrasta con la general caracterización de la medicina como una ciencia, aun cuando, como he tenido la oportunidad de comentar en otras ocasiones⁸ se trate simplemente de una confusión. La práctica clínica como tal no es una ciencia aunque pretenda legitimarse sobre los conocimientos científicos.

Precisamente la creación de la «Iniciativa Cochrane» que reivindica la medicina basada en la evidencia⁹ (MBE) viene a ser una constatación, indirecta pero concluyente, de este divorcio entre lo que se sabe y lo que se hace. Cabe comentar que los partidarios de la MBE estiman que estas iniciativas han mejorado substancialmente la proporción de las intervenciones que cuentan con pruebas empíricas de su eficacia.

Las razones que explican esta situación son múltiples y complejas pero conviene destacar algunas. Entre ellas, las de carácter histórico. La Medicina es una actividad mucho más antigua que la ciencia, que obedece a necesidades y demandas ancestrales de la población, las cuales persisten a lo largo de los tiempos. Otras, más actuales, tienen que ver con los valores culturales predominantes en nuestras comunidades y hasta con las bases mismas de la organización social, sustentada en el crecimiento económico que exige un consumo cuanto más intenso mejor.

Naturalmente, los intereses sociales y económicos de grupos e instituciones sociales, como la industria sanitaria o las corporaciones profesionales suponen un estímulo constante para la introducción de técnicas, procedimientos e intervenciones, en fases precoces de la contrastación empírica de su utilidad y de su seguridad. Estímulo que favorece y promueve la creación de expectativas de consumo.

Sin embargo, más que aceptar la existencia de intereses de la sociedad en su conjunto hay

que considerar los conflictos de intereses entre los grupos que la componen, y que los valores que defienden los gobiernos y las instituciones políticas se corresponden con esos intereses, de forma que, a pesar de que formalmente se plantee una política de contención de costes — la cual, entre parentesis, sería mucho mejor comprendida y aceptada si se planteara como una política primordialmente de racionalización— realmente se siguen favoreciendo políticas de alto consumo y utilización.

Como ocurre en cualquier situación dialéctica, la solución a este conflicto es inestable y depende de la primacía de unos u otros intereses. Naturalmente, la presión para una racionalización debería venir de los gobiernos, teóricamente preocupados por el bienestar y la seguridad de la población y, prácticamente, por la tendencia al incremento del gasto social entre el que se incluye el sanitario.

Finalmente, hay que tener en cuenta las limitaciones de la evidencia empírica para tomar decisiones, porque no todos los problemas son susceptibles de análisis experimental y porque los estudios experimentales no son suficientes a la hora de garantizar una racionalización de las decisiones sanitarias. Como *desideratum* podría considerarse que siempre que sea pertinente conviene disponer de evidencia experimental sobre la eficacia de una intervención y que cuando se dispone de ella es necesario incluirla en el proceso de toma de decisiones que debe completarse con otro tipo de consideraciones de carácter más político.

UNA LEGITIMACIÓN SANITARIA DE LA INVESTIGACIÓN

Así las cosas, una primera aportación de la investigación a las políticas de salud y a la práctica sanitaria es, precisamente, la promoción de la necesidad de racionalización y el establecimiento de criterios y procedimientos que preserven de la utilización de intervenciones sobre las que no exista evidencia suficiente de efectividad, eficiencia, factibilidad y seguridad.

Naturalmente, el problema práctico es cómo definir qué es suficiente evidencia, sobre

todo si tenemos en cuenta que, en general, los investigadores y las instituciones de las que dependen están afectados de un sesgo potencial hacia la intervención, porque precisamente sus intereses van en la dirección de aplicar sus descubrimientos.

Nos interesa, pues, determinar hasta qué punto una protointervención sanitaria, una determinada investigación, es la causa de que se mejore o no la salud de la población y cuáles son las consecuencias que produce sobre la organización y la economía de los servicios sanitarios.

El recurso a los métodos desarrollados por la epidemiología más académica para llevar a cabo investigaciones causales —sea desde la perspectiva lógico-deductiva de Aristóteles convenientemente *aggiornada* por Popper y sus epígonos, o bien desde el empirismo de Bacon que, pasado por Mill y readaptado por Hill, Evans y tantos otros, ha dado como resultado la confección de una suerte de recetas aplicables a las asociaciones observadas entre variables— es impracticable a la hora de analizar la influencia de la investigación sanitaria sobre la salud de forma global, de manera que debemos contentarnos con impresiones generales más o menos agudas y con casos particulares más o menos ilustrativos.

Hay que tener en cuenta, además, que como consecuencia de la escasa importancia que se concede en la práctica a los determinantes extrasanitarios —a pesar del general reconocimiento de la influencia de múltiples políticas sectoriales sobre la salud, como la económica, la educativa, la agrícola, la de comunicaciones, la laboral, etc.— las intervenciones sanitarias se sigan limitando básicamente al ámbito de los servicios médicos. En este sentido, el desarrollo de la epidemiología clínica, de base fundamentalmente biomédica, dificulta la aplicación de los descubrimientos y hallazgos fuera del ámbito estricto de los servicios asistenciales.

Por ello, la evaluación de la utilidad de la investigación se basa en indicadores de producto, como por ejemplo, el número de las patentes registradas, el número de comunicaciones o ponencias presentadas en congresos o el número de artículos publicados y, más aun en el factor impacto de tales publicaciones.

Aunque se denomine «factor de impacto» este indicador no mide el impacto de los descubrimientos en la práctica sino la consideración que merece a la comunidad profesional, puesto que consiste en las citaciones que recibe un determinado trabajo publicado, cuando se mide bien, o en las que corresponden a la revista donde ha sido publicado, cuando se mide más groseramente.

De todos modos, no hay que olvidar que en el seno de la medicina se vienen desarrollando experiencias críticas y de evaluación suficientemente importantes y probablemente más intensas que en otras profesiones, seguramente porque la medicina requiere más que otras actividades una legitimación científica que es la que permite en última instancia abordar los problemas vitales de los pacientes y, en cierta forma, asumirlos, ya sea mediante la expropiación como denunciaba Illich, o compartiéndolos con la comunidad como sería deseable.

ALGUNOS CASOS ILUSTRATIVOS

Dos tipos distintos de experiencias relacionadas con la investigación y la práctica sanitaria pueden servir de ejemplo. Uno más intersectorial, en la tradición higienista y el otro más circunscrito a las intervenciones asistenciales, más clínico.

En la primera categoría se pueden incluir todas las formalizaciones sobre prioridades de investigación que son consecuencia de la formulación de políticas sanitarias, como la estrategia de salud para todos, que fundamenta la mayor parte de los planes de salud españoles y otras como los Objetivos de Salud que tanto en los Estados Unidos de Norteamérica como en el Reino Unido constituyen las directrices políticas del sector.

En teoría, de estas prioridades y objetivos han de surgir las prioridades en investigación. Algunas han sido elaboradas formalmente, como las que corresponden a la estrategia Salud para Todos¹⁰. Otras tienen una vinculación más indirecta y recogen también la influencia de los grupos de intereses, como pueden ser las referidas a los programas I+D

de la Unión Europea; o al Plan de la Ciencia y, particularmente, a las prioridades específicamente sanitarias formuladas desde el Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Ello no obstante, la influencia de una determinada política de priorización, con su reserva presupuestaria correspondiente, no acostumbra a ser suficiente para conseguir sus objetivos, puesto que se requiere una cierta masa crítica de investigadores capacitados e interesados genuinamente en el desarrollo de líneas y de proyectos de investigación que estén en consonancia con las prioridades establecidas.

Digamos que este tipo de iniciativas introduce elementos racionalizadores, en el sentido del realismo ingenuo, en un sistema en el que las motivaciones se generan y se desarrollan de acuerdo con las influencias históricas que componen los paradigmas vigentes de la investigación y con criterios más o menos universales como el prestigio, la utilidad directa, etc.

En ocasiones, además, una cierta visión idealista del investigador provoca que el establecimiento de prioridades de investigación se vea como una intervención paternalista, que condiciona y limita la creatividad. Sin recordar que la disponibilidad de recursos públicos exige de quien tiene la capacidad de distribuirlos una legitimidad suficiente para hacerlo.

Con todo, desde el punto de vista de la eficiencia social, el establecimiento de prioridades debe completarse con una supervisión de los resultados, puesto que la justificación de la financiación no debe depender sólo de la buena intención de los propósitos.

La otra categoría de experiencias se refiere a las intervenciones clínicas, en algunos casos con propósitos preventivos, que teóricamente se justifican mediante los hallazgos de la investigación.

Uno de los ejemplos más ilustrativos es, probablemente, la atención de los pacientes afectados de sida, en la que el desarrollo de fármacos supuestamente eficaces ha influido poderosamente las decisiones terapéuticas, sin respetar muchas veces los requisitos establecidos para la autorización de medicamentos. La

verdad es que la evidencia disponible sobre la eficacia y la seguridad de muchos de los antiretrovirales sería, si se aplicara a otros problemas de salud, insuficiente para justificar las decisiones de intervención que se han tomado¹¹.

Otro ejemplo lo tenemos en la política frente a la hipercolesterolemia¹². Las recomendaciones para el uso preventivo de fármacos hipolipemiantes se han generalizado mucho antes de disponer de suficientes datos sobre la eficacia de esta intervención. A partir de evidencias convincentes relativas a la erróneamente denominada prevención secundaria, es decir a la prevención de nuevos episodios de cardiopatía isquémica en pacientes coronarios, se ha venido alentando su ampliación a la población general. La publicación del estudio de la pravastatina entre varones escoceses de 45 a 65 años¹³ actuó como el semáforo verde en las carreras de motos. Afortunadamente para los intervencionistas, estudios posteriores parecen confirmar la eficacia de este tipo de prevención. Sin embargo, el impacto de estas intervenciones sobre la población general en la reducción de ataques cardíacos es, en términos absolutos, mucho menos impresionante que si nos fijamos sólo en la disminución del riesgo relativo. Decrementos del orden del 30% significan si atendemos al NNT (número necesario de tratamientos para evitar un acontecimiento) centenares de personas tratadas durante varios años para prevenir una sola defunción atribuible al colesterol o a la hipertensión.

Podemos referirnos, también, a la evidencia disponible sobre la eficacia y la seguridad de intervenciones diagnósticas o terapéuticas no farmacológicas que se aplican con frecuencia en la asistencia sanitaria. Por ejemplo, al considerar las indicaciones de las ecografías rutinarias en el embarazo¹⁴, o la práctica de la episiotomía de rutina en la atención obstétrica¹⁵.

Sin olvidar que la determinación de la eficacia es una condición lógicamente necesaria para justificar la adopción de una intervención, pero no suficiente. En este sentido la distinción entre eficacia y efectividad no es baladí. El célebre ejemplo de Tugwell sobre la diferencia entre la eficacia de un hipotensor estimada en

un 80% a partir de ensayos controlados aleatorios y su impacto real en la población al que se le prescribe, es suficientemente espectacular. Así, según la cobertura real de la población hipertensa, según la capacidad diagnóstica de los clínicos y la pertinencia y adecuación de la prescripción y, también, según el grado de cumplimiento de esta prescripción por parte de los pacientes, nos podemos encontrar con efectividades del orden del 25%.

Un estudio de la AATM de Cataluña (Agencia de Evaluación de Tecnología Médica) en relación con la efectividad de la oxigenoterapia domiciliar muestra la reducción observada en el impacto de una medida aceptablemente eficaz en condiciones controladas, buena parte de cuyo beneficio se reduce al aplicarla en condiciones reales¹⁶.

LA VALORACIÓN DEL IMPACTO

La valoración de la efectividad de la investigación no resulta sencilla, sobre todo si lo que se pretende es disponer de indicadores que nos permitan detectar si una determinada investigación se convierte en una o en un conjunto de intervenciones sanitarias que mejoran efectivamente la salud de la población.

Hemos visto que el recurso a los ensayos controlados aleatorios debe reservarse a la evaluación de la eficacia de intervenciones concretas donde, en general, la innovación o la intervención son la variable independiente que corresponde a la exposición. Otra cosa es el análisis de la efectividad, mucho más cercano al impacto en términos de salud, con el cálculo del correspondiente riesgo atribuible, y finalmente la determinación de la eficiencia, la utilidad o el beneficio, para usar los términos de la jerga de la evaluación económica de los servicios sanitarios.

El empleo de diseños observacionales, particularmente los transversales y los de casos y controles, puede ser un recurso útil. Pero probablemente deban emplearse técnicas de evaluación más cualitativas sin olvidar la investigación histórica, tal vez combinada con estudios de diseño ecológico.

Como se apuntaba más arriba, la productividad de los investigadores comienza a ser objeto de análisis a partir de indicadores indirectos, digamos de productos intermedios, más que de resultado, como puede ser el número de publicaciones o el factor de impacto de tales publicaciones. Aspectos ambos que tienen que ver con la bondad o la originalidad de las aportaciones, según los criterios de los comités científicos de las revistas y, en parte con la transcendencia sanitaria, pero sólo en parte.

El impacto sobre la salud de las investigaciones en salud pública depende, como ocurre también en las intervenciones clínicas, de muchos otros factores. Y cuesta trabajo reconocer cuáles son las variables de confusión que deben ser controladas, estandarizadas o estratificadas.

CONCLUSIONES

Las investigaciones sanitarias de carácter global e intersectorial, propias de la salud pública, son en número, mucho menores que el conjunto de las investigaciones biomédicas y su diseño tropieza, además de con las limitaciones de recursos para llevarlas a cabo, con las dificultades metodológicas consecuentes para contrastar hipótesis generales.

Su transcendencia a la hora de diseñar políticas y de recomendar intervenciones es también limitada, a pesar de la reciente introducción de los objetivos de salud en la elaboración y el establecimiento de prioridades de investigación, debido a que la organización de los servicios sanitarios adolece de una orientación biomédica en la que son mucho más fáciles de integrar intervenciones de carácter prescriptivo como las clínicas.

Incluso aquellas intervenciones cuyo propósito explícito es el de la protección o la promoción de la salud resultan más fáciles de poner en práctica en el ámbito de la clínica y las evidencias experimentales que justifican su consideración provienen también de la investigación biomédica, a pesar de que, en general, no cuentan con una contrastación suficiente de su efectividad y su eficiencia. En este sentido,

la mayoría de las innovaciones en la prevención de problemas de salud se limita a la prevención secundaria, cuyos efectos indeseables sobre la equidad y la eficiencia no acostumbra a tenerse en cuenta.

La valoración del impacto de la investigación sanitaria probablemente requiera el concurso de planteamientos cualitativos que incluyan la dimensión histórica y que incorporen juicios externos a los del sector. La evaluación por pares es, sin duda, preferible a la ausencia de evaluación pero está sometida a influencias corporativas.

Todo lo cual no es óbice para que, desde la Salud Pública, hagamos un esfuerzo por justificar científicamente nuestras propuestas de intervenciones y, lo que es más importante, introduzcamos elementos de racionalidad a la hora de incorporar en la práctica los resultados de las investigaciones sobre salud, de manera que ello redunde en la mejora de la salud de las poblaciones y las proteja de los riesgos de la precipitación y de los intereses excesivamente parciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dubos R. El espejismo de la salud. México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
2. Mc Keown T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis? Oxford: Basil Blackwell; 1979.
3. Illich I. Némesis médica. Barcelona: Barral editores; 1975.
4. Dever AP. Epidemiology in health services management. Rockville: Aspen; 1984.
5. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Gov. Printing Office; 1974.
6. Smith D. Where is the wisdom? The poverty of medical evidence. Br Med J 1991; 303: 798-9.
7. Bunker JP. Is efficacy the gold standard for quality assessment?. Inquiry 1988; 25: 51-8.
8. Segura A. La medicina y la ciencia: ¿Coartada o legitimidad? QUARK 1997; 8: 52-9.
9. Sackett DL, Scott W, Rosemberg W, Brian R. Medicina basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.

10. OMS. Políticas de investigación para el programa Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
11. Chalmers TC. The need for early randomization in the development of new drugs for AIDS. *J Acquis Immune Syndr* 1990; 3: 10-5.
12. Gervas J, Pérez Fernández M. Las hiperlipidemias y la prevención de la cardiopatía isquémica. *Med Clfn (Barc)*. 1997; 109:549-52.
13. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995; 333: 1301-7.
14. Ewigman BG, Crane JP, Frigoletto FD, et al. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. *N Engl J Med* 1993; 329: 821-7.
15. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-8.
16. Granados A, Escarrabill J, Borrás JM, Sánchez V, Jovell AV. Utilización apropiada y efectividad: la oxigenoterapia crónica domiciliaria en Cataluña. *Med Clfn (Barc)* 1996; 106: 251-3.

EPÍLOGO PARA DESPUÉS DE UN PASEO CON DON MARCELINO PASCUA

Fernando G. Benavides

Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

Como cada año, desde hace ya siete, hemos vuelto a encontrarnos convocados por la figura de Marcelino Pascua. Pero en esta ocasión, además de para debatir sobre las motivaciones, actores y acciones del *Nacimiento de la Sanidad Contemporánea Española (1925-1944)*, será también para despedirnos de los Encuentros coincidiendo con el Centenario de su nacimiento. Y como en todas las despedidas en ellas confluyen sensaciones diversas y, de alguna manera, contrapuestas. Existe, por un lado, una sensación placentera por lo que supone haber culminado una tarea. Pero, al mismo tiempo, se experimenta un sentimiento de pérdida, pues hay que decir adiós, después de una vivencia tan enriquecedora. Podemos describirlo, con palabras de Montserrat Roig, como una hora violeta.

En este balance de la experiencia, podemos decir que los Encuentros han sido como un viaje o, mejor, como un paseo, que es como define el Diccionario de la Real Academia el viaje que se hace a pie, de manera tranquila y sin prisa. Un agradable paseo en la compañía de Don Marcelino nos dice bastante bien lo que estos Encuentros han significado para algunos de nosotros. Un paseo durante el cual hemos visitado ideas y hechos, nuevos y viejos, que han ido y van configurando la práctica de la Salud Pública. Pero también, éste ha

sido un paseo por las Españas: Madrid, Valencia, Barcelona, Granada, Valladolid y de nuevo, para la despedida, hemos vuelto al punto de partida.

El paseo se inició en 1991, con una visita a las estadísticas demográfico-sanitarias¹. Allí nos remontamos a 1880, cuando aparece el primer Boletín mensual de Estadísticas demográfico-sanitarias. La razón de este arranque nos pareció obvia. Estos datos, con todas sus limitaciones (sobre todo vistos desde la perspectiva actual) representaron la base, el material que dió, y sigue dando, soporte —físico— a la práctica de la Salud Pública. Es más, el desarrollo de una buena Salud Pública depende mucho de la disponibilidad de estadísticas sanitarias o de sistemas de información sanitaria, que diríamos ahora (también depende de otras cosas, como la existencia de Escuelas de Salud Pública, pero este es otro asunto). Y entre ellas, como no podía ser menos, al ir como íbamos en compañía de Marcelino Pascua, le dedicamos especial atención a las estadísticas de mortalidad y al Movimiento Natural de Población. Estos primeros pasos suponían, como señaló E. Rodríguez Ocaña, «los primeros balbuceos de las Administraciones Públicas, en materia sanitaria, en su maduración como Estado»².

En el II Encuentro continuamos visitando y poniéndonos al día sobre aquellos primeros momentos de la Salud Pública de finales del XIX y principios del XX, durante los años de impulso modernizador de la vida española, en los que el desarrollo de la Salud Pública era

Correspondencia:
Fernando García Benavides
Universitat Pompeu Fabra
C/ Doctor Aiguader, 80.
08003

una de las asignaturas pendientes para «superar el secular atraso español»³. Y algunos nos enteramos de que es en 1910 cuando hace su aparición por primera vez la epidemiología como espacio profesional; a propósito de la reforma del Instituto Alfonso XIII en la que se crea la sección de Epidemiología, aunque desligada de la información sanitaria. Más como «bomberos» para apagar focos epidémicos de enfermedades contagiosas que como la inteligencia del sistema, como vino a decirnos Ferran Martínez Navarro⁴. Hubo que esperar a 1935 para que, bajo la influencia de Marcelino Pascua, se produjera el encuentro en España entre la epidemiología y la estadística: la Sección de Epidemiología y Desinfección pasó a denominarse Epidemiología y Estadística. Más difícil fue el encuentro entre la Salud Pública y la Universidad, dado lo alejada que estaba la Universidad de la práctica de la Salud Pública, como nos explicó M^a José Báguena⁵. Debido a esta incapacidad crónica de la Universidad por entender y atender las necesidades de formación de los sanitarios, que comenzaba a demandar la administración, surge al margen de ella la Escuela Nacional de Sanidad en 1924, a pesar de que, como señaló Josep Bernabeu, desde el primer momento Pittaluga tratara de asociar la Escuela con la Universidad⁶.

Con estos mimbres, sabiendo que Marcelino Pascua había sido, si no el único, sí el principal introductor de los métodos cuantitativos en el estudio de los problemas de salud a través de sus cursos en la Escuela Nacional de Sanidad y de su trabajo en el Servicio de Estadística Sanitaria de la Dirección General de Sanidad, tomamos el camino de Valencia y, dando un salto por encima de la postguerra, la autarquía y el desarrollismo, nos reunimos en el Institut Valencia d'Estudis en Salut Pública para debatir sobre un problema más reciente: los Apellidos de la Epidemiología⁷. Representantes de las tres familias: la epidemiología social, la clínica y la molecular explicaron sus argumentos. Más allá de los intereses de cada grupo, legítimos por supuesto, la conclusión, provisional como todas, fue que el supuesto conflicto no era para tanto y que lo que los separa no es tanto las bases epistemológicas de su teoría —al menos de momento— sino la

ausencia demasiado frecuente de una necesaria síntesis que supere las limitaciones propias del empirismo, a veces demasiado ingenuo, de algunos epidemiólogos. Lo social, lo clínico y lo molecular no son más que diferentes aproximaciones posibles a un mismo problema que va desde lo molecular a lo social pasando por lo clínico. Todo ello nos llevó a pensar que posiblemente había habido un error al plantear el problema y que en nuestro afán por polemizar habíamos asignado a la epidemiología un lugar que no le corresponde. La epidemiología es el apellido, común a todos los nombres: Sociología, Clínica y Biología. El título para un próximo debate podría ser «Los nombres de la Epidemiología».

En la siguiente etapa, el Encuentro fue en Barcelona, constituyendo el primer acto del recién inaugurado Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya. En esta parada tuvimos la oportunidad de tratar un tema que nos anticipa al futuro. Hablamos de los problemas éticos en la investigación epidemiológica. Entre los cuales merecen mencionarse los derechos de los sujetos que participan en los estudios, la protección de los datos que proporcionan estos sujetos o los problemas éticos relacionados con la publicación de los mismos. Problemas que posiblemente en la época de Marcelino Pascua todavía no estaban planteados con la urgencia que el asunto tiene en la actualidad. De alguna manera, son los problemas propios del desarrollo. Una vez resueltos los problemas de supervivencia: disponibilidad de datos, consolidación de grupos de sanitarios en las Administraciones, incluida la Universidad, etc. surgen estos nuevos problemas. Para no perdernos mucho nos hicimos acompañar durante la visita por especialistas en Ética, como Adela Cortina, y en Derecho, como José María Mena, quienes destacaron la importancia de la existencia de códigos de buena práctica consensuados por los propios investigadores y de Comités de Ética en las instituciones donde se llevan a cabo las investigaciones.

El V Encuentro fue también en otra escuela de Salud Pública, la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada. La más veterana de las nuevas Escuelas creadas en esta etapa. El tema elegido trató de profundizar en la rela-

ción compleja, pero imprescindible, entre la epidemiología y la estadística⁸. Como tantas veces hemos oído, la aplicación de los métodos cuantitativos al análisis de los problemas de salud había constituido, desde John Graunt, una de las bases más sólidas para el desarrollo de la Salud Pública. Pero la madurez que ha ido alcanzando la estadística y la epidemiología desde los años 50 —recordando que Marcelino Pascua fue de nuevo una de las personas clave en su difusión en España— hacía necesario revisar estas relaciones. Y como fue a decirnos Adela Sanz, el momento más adecuado para este emparejamiento es cuando se está diseñando el estudio, después puede ser demasiado tarde para tratar de corregir los errores de diseño epidemiológico con el análisis estadístico⁹. La deficiente aplicación de la estadística que se observa todavía con demasiada frecuencia en la literatura científica, como pusieron de manifiesto Segú¹⁰ y Aibar¹¹, es en parte una consecuencia por no tener en cuenta este principio.

Pero si la aplicación de los métodos cuantitativos ha sido uno de los factores que explican el desarrollo de la investigación en Salud Pública, no menos cierto es que la biología molecular está suponiendo también un importante estímulo para este mismo desarrollo. La relación entre la biología y la epidemiología fue el tema al que se dedicó el VI Encuentro que celebramos en Valladolid¹², la ciudad natal de Don Marcelino. Después de los debates entre contagionistas y miasmáticos, entre los que destaca el que mantuvieron Snow y Farr a propósito de la famosa epidemia de cólera en Londres, con el resultado que todos conocemos, ahora parecía que el debate se reproducía de nuevo en este final de siglo entre ambientalistas y genéticos. El gen sustituye al germen, venían a decir los ambientalistas más pesimistas. Sin embargo, parece que ni siquiera la mutación, que sería lo más correcto para comparar con el germen en esta analogía, debería ser tratada de esta manera tan maniqueísta de «buenos y malos». Pues, como señaló Jaume Bertranpetit, la supervivencia del hombre sobre la tierra depende en gran medida de la capacidad de mutar de los genes en el proceso continuo de adaptación¹³. Es un debate recién iniciado y donde nos queda mucho que aprender.

Respecto al VII Encuentro que se publica con este epílogo poco se puede comentar. Quizá como corolario admitir que muchos de los problemas con los que se encontró Marcelino Pascua en su tiempo están aún presentes: masa crítica débil, información sanitaria limitada y, para cerrar el círculo, escaso uso de la información epidemiológica para tomar decisiones. Habrá que seguir intentando resolverlos con lo mejor de nuestra voluntad e inteligencia.

Para finalizar, me gustaría señalar que a lo largo de este recorrido han participado numerosos colegas de distintas procedencias: institucional, geográfica e intelectual. Al final han sido casi 40 los ponentes que han intervenido en alguno de los Encuentros. Al final han sido casi cuarenta los ponentes que han intervenido en algunos de los encuentros: Universidades, Escuelas de Salud Pública se reparten el protagonismo con diferentes centros de la Administración como el Centro Nacional de Epidemiología, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística. Es como si finalmente, después de más de 100 años, la Salud Pública empezara a echar raíces en la Universidad y en la Administración. Pero en este capítulo de los amigos encontrados, también hemos de registrar pérdidas. Enrique Nájera nos dejó en 1994. Enrique fue una de las personas que mantuvo vivo durante la larga dictadura lo mejor de la tradición sanitaria republicana que representa Marcelino Pascua y la supo transmitir a la generación de sanitarios que surge durante el período de la transición política (1975-1982). A muchos de nosotros.

Ha sido este, pues, un viaje por el pasado y también por el presente. Pero sobre todo, ha sido un viaje pensando en el futuro. Sin apenas darnos cuenta hemos creado, inventado diría Hobsbawm, una tradición. Y esto significa que tenemos voluntad de perpetuarnos, que queremos tener una memoria colectiva que nos obligue —voluntariamente— a todos, a nuestros antecesores, a nosotros y a nuestros sucesores a «hacer el presente siempre presente». Tradición significa, del latín *traditio*, transmisión de bienes, materiales y espirituales. Tener en cuenta el pasado, mezclarlo con el presente y transmitirlo al futuro es todo el afán que han albergado los Encuentros. Esperamos que ha-

yan contribuido a la recuperación de la memoria histórica y de una identidad para la Salud Pública española del futuro.

Otros muchos asuntos han quedado pendientes, pues, aunque siete años no es un periodo corto, los temas, curiosidades y preocupaciones son siempre numerosas. Uno de estos temas que ha quedado pendiente es el de la relación entre la Salud Pública y las Ciencias Sociales, como la economía, la sociología, la política, la demografía, etc. De otros modos, por otras personas, ahora esperamos que la tradición continúe. Quizás en forma de Conferencia anual coincidiendo con las Reuniones Científicas de la SEE. Sea como fuere, creo que podemos felicitarnos todos por haber llegado hasta aquí, agradeciendo además esta tarde tan agradable, pasada con todos vosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. I Encuentro Marcelino Pascua: Estadísticas Demográfico-sanitarias (14 de junio de 1991). Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
2. Rodríguez Ocaña E. La estadística en la Administración Sanitaria española del siglo veinte. En: I Encuentro Marcelino Pascua: Estadísticas Demográfico-sanitarias (14 de junio de 1991). Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.p. 47-72.
3. II Encuentro Marcelino Pascua (12 de junio de 1992). La epidemiología en el desarrollo de la Salud Pública española. Rev San Hig Pública 1994; 68 (monográfico).
4. Martínez Navarro F. Salud Pública y desarrollo de la epidemiología en la España del siglo XX. Rev San Hig Pública 1992; 68: 29-43.
5. Baguena MJ. La higiene y la Salud Pública en el marco universitario español. Rev San Hig Pública 1992; 68: 91-96.
6. Bernabeu J. El papel de la escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud Pública en España, 1924-1934. Rev San Hig Pública 1992; 68: 65-89.
7. III Encuentro Marcelino Pascua (11 de junio de 1993). La epidemiología y sus apellidos. Barcelona: Institut Universitari de salut Pública de Catalunya; 1995.
8. V Encuentro Marcelino Pascua (16 de junio de 1997). La epidemiología y la estadística. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
9. Sanz MA. La epidemiología y la estadística. En: V Encuentro Marcelino Pascua (16 de junio de 1997). La epidemiología y la estadística. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.p.35-44.
10. Segú JL. Abusos de la estadística en medicina. En: V Encuentro Marcelino Pascua (16 de junio de 1997). La epidemiología y la estadística. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.p. 63-73.
11. Aibar C. Uso de la estadística en las publicaciones médicas. En: V Encuentro Marcelino Pascua (16 de junio de 1997). La epidemiología y la estadística. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.p. 45-61.
12. VI Encuentro Marcelino Pascua (14 de junio de 1996). Epidemiología y Biología (en prensa).
13. Bertranpetit J. Una historia natural de la enfermedad genética. En: VI Encuentro Marcelino Pascua (14 de junio de 1996). Epidemiología y Biología (mimeo).