



NUEVASALUDPÚBLICA | 1

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

Esteban Rodríguez Ocaña
Ferrán Martínez Navarro



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



NUEVASALUDPÚBLICA | 1

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

Esteban Rodríguez Ocaña
Universidad de Granada

Ferrán Martínez Navarro
Escuela Nacional de Sanidad

Edita Escuela Andaluza de Salud Pública www.easp.eas	Diseño y maquetación Catálogo Publicidad
Editores de la Serie Luis Andrés López Fernández Ana Delgado Sánchez	Imprime Sanprint S.L.
Comité Editorial de la Serie Patxi Cuberta Galdós Antonio Daponte Codina María del Mar García Calvente Soledad Márquez Calderón Natxo Oleaga Usategui Pablo Simón Lorda	Depósito Legal XXX
Revisión María del Mar García Calvente	ISBN de la Serie 978-84-691-6721-2
	ISBN 978-84-691-6722-9
	Todos los derechos reservados. De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.



Índice ✓

11	Introducción. El concepto de salud pública y su formación en la historia
21	1. La tradición higiénica desde la baja Edad Media a la monarquía fernandina
22	1.1. Administración sanitaria
27	1.2. La gestión de los problemas de salud
27	1.2.1. Higiene urbana
28	1.2.2. Higiene del trabajo
29	1.2.3. Vacunación antivariólica
31	2. La sanidad liberal en el siglo XIX
32	2.1. Problemas de salud
32	2.1.1. La reforma urbana
35	2.1.2. La elevada mortalidad ordinaria
39	2.1.3. Un riesgo muy presente: el cólera
41	2.1.4. Mortalidad diferencial
42	2.1.5. Higiene y mundo obrero
44	2.2. Legislación y administración sanitarias

49	3. El nacimiento y la consolidación de la salud pública en España
52	3.1. La etapa de nacimiento de la salud pública, 1904-1925
52	3.1.1. Problemas de salud
60	3.1.2. Legislación y administración sanitaria
66	3.2. La etapa de consolidación de la salud pública, 1926-1936
67	3.2.1. Internacionalización de la sanidad española: acuerdo con la Fundación Rockefeller
72	3.2.2. Problemas de salud
76	3.2.3. Legislación y administración sanitarias
81	3.2.4. Comienzo de la formación reglada de especialistas
85	4. La salud pública española bajo el franquismo
87	4.1. Problemas de salud
87	4.1.1. La crisis de posguerra
91	4.1.2. Mejora de la situación de salud: erradicación del paludismo y mejora de la salud infantil
94	4.1.3. Pérdida de importancia de la patología infecciosa y algunos problemas nuevos
98	4.2. Legislación y administración sanitarias
108	4.3. La formación de especialistas
108	4.3.1. Escuela Nacional de Instructoras
108	4.3.2. Escuela Nacional de Sanidad
110	4.4. Producción científica
115	5. Renacimiento de la salud pública en la España democrática
116	5.1. Legislación y administración sanitarias
127	5.2. La profesión salubrista: itinerarios formativos y contenidos científicos
139	Reflexión final
143	Bibliografía citada
155	Listado de siglas
156	Listado de tablas
157	Listado de gráficos

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI



Introducción

El concepto de salud pública y su formación en la historia

Si bien los contornos precisos de lo que denominamos salud pública, como conjunto de ideas, métodos y prácticas, han variado con el tiempo y los contextos sociales y políticos, parece claro que existe un núcleo identitario que nos sirve para caracterizarla en cualquier época. Así, advertimos que la salud pública se caracteriza por ser un saber mestizo, que se nutre de fuentes científicas diversas a las que une el enfoque poblacional (trata de los grupos humanos); sus saberes adoptan una inevitable vinculación local (versan sobre las relaciones entre las circunstancias de vida del grupo y su desempeño vital) y requieren una acción transformadora (algún tipo de intervención sobre dichas circunstancias, bien en sentido de estimular las que resultan positivas o coartar o impedir las que producen efectos nocivos). Por todo ello resulta clara su vinculación con la acción de gobierno, que se ha traducido históricamente en la formación de un cuerpo propio de la administración pública, como casi exclusiva delimitación profesional.

Así lo vemos reflejado en las distintas definiciones que se han dado a lo largo del tiempo. Por ejemplo, la empleada por Mateo Seoane en 1837 —«[...] considerar en conjunto a los individuos que componen la sociedad entera, examinando los

agentes físicos y morales que obran sobre ellos, buscando los medios de dirigir ordenadamente la acción de los que sean útiles, y de evitar la influencia de los que sean dañinos, y señalando el modo de que las instituciones sociales contribuyan a dar a la especie humana el vigor y la energía suficientes para que pueda resistir con facilidad a las causas de destrucción que la rodean [...]»—, la acuñada por Charles E. A. Winslow en 1920 y completada en 1923, adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1953: «La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud y la vitalidad mental y física de las personas mediante una acción concertada de la comunidad. La salud pública no es una disciplina intelectual concreta, sino un campo de actividad social. Incluye la aplicación de la química, la bacteriología, la ingeniería, la estadística, la fisiología y la patología y la epidemiología, incluso algo de sociología, y construye un programa de servicio comunitario sobre tales ciencias básicas»—. En nuestros días, la definición de Winslow/OMS, recogida en el Informe Acheson sobre las desigualdades de salud en Gran Bretaña (1988), abre, por ejemplo, los cursos de la Universidad de Edimburgo: «La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través del esfuerzo organizado de la sociedad».

Su concreción disciplinar, esto es como una base doctrinal capaz de sustentar una actividad profesional autónoma, es moderna, de finales del siglo XIX o principios del XX. En cambio, muchas de sus prácticas tienen un origen muy anterior. Así, las normas higiénicas de vida proceden de las doctrinas clásicas, donde se codificaron según la teoría galénica de la predisposición y las *res non naturales*. Los escritores islámicos medievales (Schipperges, 1987) crearon el género de los «regímenes de salud», como conjunto de recomendaciones para ordenar la vida en orden a evitar las enfermedades dirigido a determinadas personalidades (emires, reyes o nobles). La popularidad de estos escritos hizo que se difundieran más allá de sus destinatarios, y en algunos casos los contenidos dietéticos pasaron a examinar cuestiones generales de la vida humana, más allá de la personalidad a la que supuestamente se dedicaban, como es el caso del *Libro del cuidado de la salud durante las estaciones del año* de Muhammad B. Abdallah B. Al-Jatib, de mediados del siglo XIV.

Una teoría causal dominada por la noción de predisposición, tanto individual como ambiental, condujo a postular intervenciones sobre un abanico de elementos morales

y materiales circundantes, y así, las enfermedades infecciosas (fiebres) se combatieron durante la edad moderna mediante actuaciones sobre la atmósfera, sobre el medio urbano, sobre la alimentación y la pobreza; también sobre el medio moral (educación) y, para contener el desplazamiento de los «focos infecciosos», mediante la interrupción de comunicaciones por medio de cordones militares y cuarentenas. Las enfermedades contagiosas, típicamente las fiebres eruptivas, se combatieron evitando el contacto con los afectados, mediante detección y aislamiento de enfermos en lazaretos. Bajo el ataque reiterado de la peste en Europa, a partir de 1346, se formaron los *Tribunale della sanità* o magistraturas sanitarias (juntas o consejos de sanidad en la terminología posterior) en distintas repúblicas noritalianas, la primera administración sanitaria, donde se aplicaron sistemáticamente todos esos recursos por vez primera (Cipolla, 1976).

La historiografía ha establecido que fue la Ilustración el momento cultural en el que se produjo el descubrimiento de la población como bien del Estado, en el contexto de las doctrinas económicas mercantilistas y de su versión política como cameralismo en las principales monarquías absolutistas del continente europeo (Rodríguez Ocaña, 1992). Una expresión de esta novedad fue la aparición de la «política médica» cuyo instrumento principal era la legislación. Su plasmación literaria más expresiva se encuentra en el tratado del austriaco Johann Peter Frank (1745-1821), *System einer vollständigen medizinische Polizey* (1779-1827), texto que condensa la reflexión acerca de la defensa y mejora de la salud de las poblaciones y con el que podemos inaugurar el devenir de un conocimiento especializado de salud pública.

Estructuraban dicha política la formación de sistemas de protección frente a las grandes enfermedades contagiosas, como la peste, continuamente presente en los territorios más orientales del Mediterráneo, a través de los denominados Juntas o Consejos de Sanidad; la atención a la higiene del medio, mediante ventilación, limpieza y desinfección, es decir, desodoración, para evitar la formación de focos miasmáticos, el desarrollo de la vacunación antivariólica y medidas de reforma profesional y hospitalaria.

La revolución francesa cerró las facultades de medicina y abrió escuelas de salud, a la vez que introdujo como materia de estudio la higiene pública, incluyendo tanto la defensa frente a las enfermedades catastróficas como la vigilancia de las condi-

ciones ambientales. En el París de 1802 se formó un consejo de expertos en higiene pública y salubridad para asesorar a la prefectura. En 1829 se creó la primera revista especializada, *Annales d'hygiène publique et médecine légale*. El punto de mira de los higienistas fue la ciudad, crecientemente industrializada y sus descripciones constituyeron un impresionante friso de las desdichas para la humanidad causadas por esta nueva opción productiva. En todo caso, reflexiones y propuestas estuvieron sometidas a las leyes económicas del pujante liberalismo económico que se entendieron naturales y, por ende, inmutables, de forma contradictoria con el capitalismo que transformaba velozmente la naturaleza del medio físico y biológico. A lo largo del siglo XIX se produjo la adquisición de las principales técnicas de intervención, que, cronológicamente, fueron las siguientes. La más antigua, el método numérico, primer nombre de la estadística demográfica y sanitaria, seguida por las ingenierías de saneamiento, o «gran idea sanitaria», en palabras del reformador inglés Edwin Chadwick. La incorporación de los medios técnicos del laboratorio, químico, implicó una visión de la higiene pública como subproducto de la fisiología experimental y dio relevancia a los estudios sobre nutrición. Por fin, desde aproximadamente 1880, el laboratorio adquirió una dimensión bacteriológica. En todos los tiempos, el sustrato técnico se vio envuelto por una tenaz visión moralizadora.

La vigencia de la predisposición fue disputada por una teoría alternativa, dominada por la noción de agente morboso o causa universal –causa suficiente– (Rodríguez Ocaña, 1995). Es el concepto que triunfó de la mano del estudio nosotáxico de las fiebres y el desarrollo de la toxicología, en particular vinculada al mundo laboral, y que culminó con el ascenso de la microbiología en el último tercio del Ochocientos. Una etiología dominada por la idea de una causa universal produce como medidas de defensa intervenciones enfocadas preferentemente hacia la extinción o el combate de dicho agente morboso. Su primer efecto fue el refuerzo de las prácticas de la desinfección (dotadas con una base química) y del aislamiento de los afectados.

La aparición de la bacteriología en el último tercio del siglo XIX, una vez que comenzó a proporcionar remedios biológicos a través de vacunas como la de la rabia (1885) y sueros como el antidiftérico (1894), reforzó los postulados científico-naturales de la higiene pública frente a los sociales. La preocupación por las enfermedades infecciosas, que en ese momento comienzan a denominarse «evitables» sustituye como prioridad a

la existente por el urbanismo, la vivienda y la alimentación. Al mismo tiempo, permitió un cambio de objetivos, desde el medio al individuo, configurándose una *medicina preventiva* (en la medida en que sus intervenciones podían realizarse sobre personas aisladas y en la consulta del médico). La visión individualista de las enfermedades, sin embargo, ha de ser considerada más como consecuencia de una ideología política, que no de la teoría científica, pues una parte considerable del rechazo a los supuestos ambientalistas radicaba en la oposición a una intervención profesional a través del Estado y la defensa del ejercicio liberal (Kearns, 1995). La estrategia pasteuriana, de aislamiento y desinfección se completó, a partir de comienzos del siglo XX, con la detección de portadores y la aplicación masiva de vacunas, a la vez que con un sostenido esfuerzo educativo a través de campañas sanitarias. Ello no obstante, la medicina tropical, que es el nombre que recibió la aplicación colonial de la nueva parasitología microscópica, recordó eventualmente la importancia del entorno geoclimático.

De forma muy importante, el impacto de la bacteriología e inmunología creó la base doctrinal y técnica de laboratorio para la especialización sanitaria, en pie de igualdad con otras especialidades médicas, y permitió la dotación de puestos de trabajo para especialistas (desinfectores; microbiólogos, parasitólogos, serólogos, etc.), apareciendo las grandes instituciones nacionales.

Mas el impacto de la patología constitucionalista y el del pensamiento eugenésico así como la influencia del método estadístico y las nacientes ciencias sociales condujo a postular un rechazo al reduccionismo del laboratorio, propuesta que dio lugar a la Higiene o Medicina Social (Rodríguez Ocaña, 1992). Entre sus contenidos propios se incluían el concepto multilateral de causa, que incluía expresamente las variables socioeconómicas en la tradición ambientalista, la prioridad a las técnicas sociales, en especial la encuesta y la estadística, el compromiso eugenésico, en contra de la degeneración de la población, y el compromiso con la reforma social, en particular buscando implantar una *cultura de la salud* como derecho y deber de ciudadanía.

Esta visión, que se fusionó con mayor o menor intensidad en las administraciones públicas con la fisiológica y bacteriológica, a la par que auspició el efectivo nacimiento de la profesión de salud pública, produjo la universalización de los servicios de atención médica preventiva a través de las *campañas sanitarias* de la primera mitad

del siglo XX, con fondos benéficos públicos o privados. Se trató de intervenciones sistemáticas enfocadas contra ciertas enfermedades, las llamadas «sociales», dirigidas hacia grupos de riesgo, sustentadas sobre el diagnóstico precoz, lo cual exigía la captación activa de pacientes a través de reconocimientos masivos en salud: exámenes en las escuelas, captación de lactantes sanos mediante la oferta de leche gratuita ligada al reconocimiento periódico, visitas domiciliarias, etc. (Rodríguez Ocaña, Molero Mesa, 1993). En su seno resultaron fundamentales las acciones educativas –a través de escuelas de maternología, demostraciones sanitarias públicas, propaganda sanitaria en los medios de comunicación– revocando la vieja creencia que todo lo fiaba al poder coercitivo. Nació la figura de la enfermera visitadora (enfermería de salud pública) para la inspección de los domicilios y el consejo *in situ*. Las diversas campañas verticales, de las que las principales fueron contra la tuberculosis, la mortalidad infantil y las enfermedades venéreas, en todos los países industrializados, facilitaron la dotación de servicios sanitarios locales a través de dispensarios, que en el periodo de entreguerras convergerían en Centros de Salud, con contenidos horizontales, a raíz de ciertas experiencias norteamericanas implantadas en Europa gracias a la mediación de organizaciones internacionales, privadas como la Fundación Rockefeller o el Milbank Memorial Fund, o públicas, intergubernamentales, como la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones. Es el momento en que comenzaron a producirse indicadores sanitarios estandarizados, de base estadística, por influencia norteamericana (Weindling, 2002 y 2005; Murard, 2005). La internacionalización de la salud nació como un instrumento de control de las grandes potencias sobre los flujos poblacionales y comerciales, y a la formación de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington, 1902) y la Oficina Internacional de Higiene Pública de 1907 (París), centros de intercambio y difusión de datos epidemiológicos, siguió la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones (1921), con carácter más intervencionista, y la Organización Mundial de la Salud (1946). En el haber de esta última, como grandes momentos en la historia de la salud pública, están el éxito en la erradicación de la viruela (1959-1979) y el fracaso en la del paludismo (1955-1969).

Superados los dos graves episodios bélicos mundiales, en la segunda mitad del siglo XX, en los países industrializados de Occidente se observaron plenamente los efectos de la transición sanitaria. La difuminación de la amenaza infecciosa, sustituida por la de las enfermedades metabólicas y degenerativas, se produjo a la par que

maduraba una epidemiología de base matemática, como refinamiento del «método numérico» de estudio que se inició en el siglo diecinueve, y se extendían los sistemas de atención médica hasta abarcar prácticamente a toda la población (Rodríguez Ocaña, Bernabeu, 1997). La institución matriz de la epidemiología estadística fue el Laboratorio Biométrico dirigido por Karl Pearson (1857-1936), nacido del interés por la eugeniosia. Discípulos de esa escuela como Major Greenwood (1889-1949) y Raymond Pearl (1879-1940), junto a Wade H. Frost (1880-1938), compartieron la inquietud por transformar la epidemiología tanto en instrumento de investigación como en una guía para la acción práctica y en su desvinculación de la clínica. A esta aportación pertenece el concepto epidemiológico de *riesgo* con un fundamento estadístico, que se va a unir al concepto de «estilo de vida» —una noción procedente del mundo de los seguros comerciales— enfocando la responsabilidad de la salud/ enfermedad en las personas en tanto que individuos. La consolidación de esa línea ha marcado el devenir científico de la salud pública contemporánea, mientras que el crecimiento de los servicios de atención ha producido una deriva importante de salubristas hacia la administración de los mismos y estudios relacionados.

A partir de la década de 1970 se introdujo en las ciencias médicas y de la salud el concepto de calidad de vida y los instrumentos para medirlo, como desarrollo técnico de la medición de salud en las poblaciones iniciada en la etapa de entreguerras, la aplicación de procedimientos psicométricos y sociométricos, estimulados por el movimiento de los indicadores sociales surgido en la década anterior en el campo de los estudios sociales y del desarrollo, y como solución a los problemas teóricos generados en medicina por la transición sanitaria (Armstrong; Caldwell, 2004). En efecto, el incremento de la esperanza media de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas, en el contexto de una atención médica fuertemente tecnologizada, produce una insuficiencia teórica: se pueden evitar las muertes agudas, pero la simple supervivencia ya no basta para definir los resultados de las intervenciones sanitarias. Esto, en un mundo que advierte una degradación ambiental creciente y el mantenimiento de las desigualdades, entre pueblos y dentro de las propias comunidades ricas, conduce a emplear la calidad de vida y su medición. Ayuda la tendencia al control de gastos que es uno de los motivos centrales de preocupación de los estados en el momento actual, con lo cual se pretende a través de la evaluación de las tecnologías, tratamientos y prácticas, seleccionar y recomendar (medicina y

salud pública basadas en la evidencia: Arrizabalaga, 2004; Davidovitch, Flic, 2006) aquellas que son más costo eficientes.

La pandemia de sida produjo cambios trascendentales en el lenguaje, actitudes, conceptos y prácticas preventivistas (Rodríguez Ocaña, 2002a), como el abandono de la noción de grupos de riesgo, por su condición estigmatizadora y su sustitución por el de «conducta de riesgo» individual. No es casual que fuera en 1986 cuando la Carta de Ottawa dio fe de vida a la estrategia de promoción de salud. La noción de promoción de la salud goza de varias interpretaciones. La más simple es la que emplea los conceptos de riesgo y estilo de vida y conduce a la aplicación de ciertas normas de conducta para evitar la enfermedad y promover la salud, que es un mismo acto. Otra, que se apoya en el concepto de vulnerabilidad, con referencia a los modos de vida, un concepto más grupal, busca conseguir un refuerzo de los aspectos positivos de los propios individuos y comunidades, y prima la acción intersectorial como vía de fomento de la salud.

La expansión de los fenómenos globalizadores alcanza también el terreno de la salud. La gran campaña, a la poste frustrada, de la OMS que persiguió «Salud para todos en el año 2000», con el fomento de la atención primaria de salud, lanzada por Haldan Mahler en 1978, generó una crisis dentro de la propia organización (1988-1998) que ha acelerado la sustitución del antiguo concepto de «salud internacional» por el de «salud global» (Cueto, Zamora, 2006). También en salud pública, la globalización contiene elementos esperanzadores, tales como la rapidez en compartir información, como se ha vivido durante la crisis del SARS en 2003-04, la importancia de las acciones de procedencia no gubernamental, o la consideración de las personas más allá de las divisiones nacionales, y otros preocupantes. Entre estos, la primacía del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que han tomado el lugar de la OMS en cuanto al diseño estratégico en materias de salud pública y la vuelta a las campañas verticales, de un único objetivo, fomentadas por grandes corporaciones filantrópicas privadas, tipo Fundación Bill y Melissa Gates. Los problemas ecológicos (cambio climático) y sus posibles soluciones ofrecen un marco de referencia muy evidente para las intervenciones globales, punto en el que nos debatimos en la actualidad. Algunos postulan la institución de un derecho humano colectivo a la salud pública como respuesta jurídica a la situación de globalización (Meier, 2007).

Con estas páginas intentamos suplir la carencia de una monografía de referencia sobre la historia de la salud pública en España. Para ello adoptamos una estrategia de acercamiento cronológico, por grandes períodos (de la Edad Media al reinado de Fernando VII, el siglo XIX, dos capítulos para el siglo XX: antes y después de 1939 y un último dedicado a la salud pública de la reciente España democrática), pretendiendo abarcar tanto la creación de una tradición de práctica salubrista como el nacimiento y desarrollo de un saber especializado. En cada capítulo procuramos seguir un esquema similar, exponiendo los principales problemas de salud de la época y los modos en que se les hizo frente, con referencia expresa a la legislación y administración sanitarias, si cabe. En el caso del siglo XX, las subdivisiones vienen determinadas por la dinámica profesional, que sigue una secuencia de nacimiento (1900-1925), consolidación (1926-1956), difuminación (1956-1980) y renacimiento (1981-).



1

La tradición higiénica desde la baja Edad Media a la Monarquía Fernandina

En el nacimiento de la preocupación por la salud pública durante la centuria ilustrada, junto con las influencias teóricas de la recuperación neohipocrática, el mercantilismo y el cameralismo, en España jugaron sin duda un papel tradiciones anteriores, como las «juntas del morbo», la institución del *mustasaf* o *mostacén* en algunas ciudades hispanas, y las encuestas sobre poblaciones ordenadas por Felipe II.

En los territorios meridionales de la Península y en las ciudades mediterráneas de la Edad Media, se encuentra una figura de la administración municipal denominada *mustasaf* en Valencia, de competencias muy parecidas a las del *mutashib* andalusí (Salavert, Navarro, 1992; García Ballester, 2004). Se trata de un representante del gobierno que tiene como misión la vigilancia del medio urbano y las condiciones higiénicas de los alimentos en los mercados, la eliminación de los desechos de las actividades artesanales o la pureza de las medicinas fabricadas en las boticas, además de custodiar los pesos y medidas. Dicho cargo era propiamente político y no exigía ninguna competencia especial para acceder a él.

Interés por el conocimiento cuantitativo de la población, incluyendo aspectos relativos a las enfermedades usuales, se desarrolló bajo el reinado de Felipe II,

asociado a los estudios geográficos impulsados por el poder real (López Piñero, 1989). Se trata de las llamadas *relaciones*, que se ordenaron levantar de distintos territorios de la Corona, tanto peninsulares como americanos, a partir de cuestionarios muy amplios, compuestos por 50 preguntas en 1577 para los territorios de Indias y 57 para los hispánicos en 1575, aunque a comienzos del siglo XVII se sustituyó el envío de preguntas por el de comisionados regios. En cualquier caso, esta iniciativa no se mantuvo, de manera que no podemos hallar en ella el inicio de una tradición propia.

Fue a lo largo del siglo XVIII hispano cuando confluyeron distintos órdenes de fenómenos de nuestro interés: por un lado, los inicios de una administración sanitaria; por otro, medidas parciales que pretenden la modificación del hábitat urbano, es decir, higiene medioambiental o higiene urbana; por fin, el estímulo al desarrollo de las profesiones sanitarias, que se completó con una preocupación por los recursos asistenciales públicos muy marcada a partir de 1820.

Durante este periodo se conformó tanto una estructura administrativo-policial sanitaria, en estrecha relación con los distintos niveles del poder político, las juntas de sanidad, como una estructura científico-profesional compuesta por el Tribunal del Protomedicato, Juntas Superiores Gubernativas, Reales Academias y Subdelegaciones de estas. La primera intervenía, de forma continuada, como aduana sanitaria y, episódicamente, para ordenar la vida ciudadana en situaciones de riesgo epidémico. La segunda supuso la charnela donde se articulaban los intereses profesionales sectoriales y los de la Corona.

1.1. Administración sanitaria

La aparición de una política sanitaria ordenada estatalmente se produjo a partir de 1721, con el sistema de juntas de sanidad (Rodríguez Ocaña, 1988a). En el siglo XVIII, por organización sanitaria o, abreviadamente, sanidad, hemos de entender la parcela de las administraciones públicas dedicada a proteger la salud de la población frente a enfermedades catastróficas.

Las más antiguas juntas de sanidad (formadas por una comisión de regidores del municipio) se asentaban en los puertos de mar más importantes y aparecían con carácter coyuntural en los momentos en que se tenían noticias de la amenaza de un contagio. Posiblemente nacerían en algún momento entre los siglos XIV y XVI como «juntas del morbo» como se denominó la mallorquina de finales del siglo XV. Por ejemplo, la ordenanza de gobierno de la ciudad de Alicante, de 1669, estipulaba «[...] que la principal obligación y cuidado de los jurados es y haya de ser la guarda de la peste, sin interés, dádiva y gravamen alguno [...]», por lo que mandaba establecer una guardia, formada por cuatro «morberos», cuya obligación básica consistiría en impedir el desembarco de personas o mercaderías antes de que los jurados hubiesen examinado la documentación o «patente» del buque y otorgado el permiso. La patente servía para justificar el curso y la cronología del viaje, identificando los puertos donde había recalado con anterioridad y el origen geográfico de lo transportado, lo que, confrontado con las noticias en poder de las autoridades locales acerca del estado de salud de los distintos lugares, justificaba la procedencia o no de la autorización de desembarco. La noticia más antigua se refiere a la Morbería o Junta de Sanidad de Palma de Mallorca que, en 1471, estaba formada por un noble, un ciudadano y un comerciante y, en 1475, por «un médico morbero y siete personas sabias». Es frecuente encontrarlas bajo la denominación de «diputaciones de salud» o «de sanidad», si bien la denominación que se impuso a partir de 1770 fue la de Junta de Sanidad, comenzando por los puertos catalanes. Esta fue sancionada por la R.O. de 30 de septiembre de 1800, que generalizó al interior el sistema colegiado sanitario.

Dichas juntas estaban compuestas por miembros del gobierno de la ciudad (el gobernador, tres diputados, un contador, un tesorero y un caballero formaban la Junta de Sanidad en Cádiz en 1755), normalmente elegidos por sorteo. Su restante personal, el médico, el cirujano, el portero, los guardas o morberos y los marineros tripulantes de las barcas de sanidad tenían la condición de subalternos. Los médicos y cirujanos cumplían un papel técnico, reconocer –de preferencia, desde lejos– a los viajeros para diagnosticar su estado o confirmar las afirmaciones sobre su salud. Para subvenir a los gastos, fundamentalmente el pago de jornal a sus subordinados, las Juntas cobraban a los buques que arrivaban a su puerto, según tamaño, bien de rechos de fondeo, bien determinados cargos por cada operación sanitaria realizada,

como por tomar declaración a los capitanes, asistir al reconocimiento o reconocer los géneros. Otras veces, en lugar de por actividad, se cobraba por carga o un porcentaje del total de los derechos de aduana. En 1784, en cambio, las barcas con que se dotaron Cartagena y Barcelona para el servicio sanitario, dos a cada puerto, lo fueron con cargo a la Hacienda Real.

A partir de 1720, el sistema de juntas locales se complementó con la existencia de una Suprema Junta de Sanidad, dependencia del Consejo de Castilla, creada el 18 de septiembre como «Tribunal privativo de la peste», al conocerse la existencia de una epidemia en Marsella. Su actividad se concretó en el acopio de información sobre el estado de contagiosidad de los territorios con los que España mantenía contactos comerciales o militares y en el dictado de precauciones. Cesada en 1742, volvió a funcionar al año siguiente ante el padecimiento de peste en el Norte de África, que llegó a afectar Ceuta, momento en que las juntas de los puertos principales –como Cádiz– pasaron a convertirse en «perpetuas», perdiendo su tradicional carácter coyuntural.

La Junta Suprema definía, a través de edictos, los lugares sospechosos de procedencia de personas y mercaderías contra las que debían adoptarse precauciones en las «aduanas sanitarias» marítimas. Además, la Junta Suprema actuó en el interior del país en ocasiones señaladas, como el momento de la amenaza de Marsella (1720-1723), con motivo de producirse una enfermedad pestilencial en la ciudad portuguesa de Almeida, entre octubre y noviembre de 1757, y durante las epidemias de fiebre amarilla que afectaron a la Península a partir de 1800 en sucesivos ataques. Las medidas adoptadas eran del tipo de disponer cordones militares para impedir las comunicaciones y solicitar asesoramiento médico externo para verificar la duración de la amenaza. Al ser su tarea exclusivamente administrativa, no contaba con la presencia de sanitarios expertos en su seno. Cuando lo creyó necesario, recurrió al Protomedicato, el tribunal formado por los principales médicos de la Casa Real. A partir de 1783, se generalizó la figura del Inspector de epidemias, como recomendaba la teoría política, dotado de plenos poderes organizativos, que mantenía con la Suprema relaciones de informador privilegiado, no subordinado jerárquicamente a ella. Se trataba de un médico nombrado de entre los miembros de ciertas agrupaciones, como la Academia Médico-Práctica de Medicina de Barcelona.

Las funciones de las juntas de sanidad locales durante el siglo XVIII fueron de tipo burocrático-policial. Las inspecciones sanitarias seguían el modelo de las visitas de la Inquisición, «que van en Barca del Tribunal y se informan si llevan o traen pasajeros, de qué lugares y Naciones y si llevan libros y cuáles y lo demás que conviene al Santo Oficio» según un escrito de 1688 referido al puerto de Alicante. Debían asegurarse de la licitud geográfica de las proveniencias de naves, mercancías y personas, en función de las interdicciones y avisos dados por la Suprema, impedir la entrada y descarga de las improcedentes según esas normas o procurar su acceso sólo después de realizada una cuarentena de observación en lugar apartado. En ese tiempo, los buques debían someterse a expurgo, mediante la exposición al aire y al sol de los géneros susceptibles de transmitir el contagio para conseguir su desinfección en el sentido de la época: evitar que olieran mal. Todo ello, medidas que importunaban el comercio gravando sus costes en tiempo y dinero, por lo que fueron siempre discutidas.

Una de las acciones relacionadas con el incremento del comercio marítimo y la consiguiente extensión de las precauciones sanitarias fue la construcción de lazaretos marítimos, esto es, fondeaderos apartados, fácilmente vigilables, donde derivar aquellos barcos contra los que se decretara su incomunicación cuarentenaria antes de poder acceder a su destino. Durante ese tiempo su mercancía debía estar sometida a expurgo y saneamiento y separada su tripulación de la población local. La peligrosidad de tener a esos buques de patente sucia dentro de los mismos puertos, aunque fuese atracados lejos de los muelles, hizo que se buscara un lugar fijo, apropiado (Rodríguez Ocaña, 1988b). A lo largo del siglo XVIII se habilitaron diversos lazaretos provisionales en Algeciras, Alicante, Cartagena, isla de Cabrera y en distintos lugares de la de Menorca. El puerto de Cádiz, el más activo del comercio transatlántico, tuvo uno entre 1722 y 1728 en la playa de Puntales, y tras su supresión se intentó reiteradamente el establecer otro permanente, sin conseguirlo por la crónica escasez de fondos. En 1787 se decidió la construcción del lazareto en Mahón, si bien las obras no comenzaron efectivamente hasta seis años después gracias al empujón que significó la reactivación de la peste argelina; la construcción no se completó hasta 1817 (Vidal Hernández, 2006). En 1842 se le unió otro en la costa atlántica, en San Simón (Vigo) y, más adelante, un tercero en Pedrosa (Santander).

El control de la enseñanza y el ejercicio profesional estaba encomendado al Real Tribunal del Protomedicato, que sólo ocasionalmente tuvo alguna relación con problemas del tipo de los vigilados por las juntas de sanidad. Esta división de tareas entró en crisis durante el reinado de Carlos IV; hubo que incluir profesionales sanitarios en la Junta Suprema de Sanidad, ante la amenaza de la fiebre amarilla en el interior, y se reformó el Protomedicato, que desapareció en cuatro ocasiones entre 1799 y 1822 (esta la definitiva) y fue sustituido por Juntas Superiores de Medicina, Cirugía y Farmacia. La reconstrucción de la Junta Suprema, suprimida por Godoy, en 1809 (Real Cédula de 25 de agosto) ha de enmarcarse en el ámbito de la guerra y la restauración reformada de la monarquía borbónica. Mas al desestimar las Cortes su informe de gestión acerca de la epidemia de Cádiz, en 1811, estas promovieron la conversión de la Inspección de salud pública, más tarde Comisión Sanitaria, con competencias de policía médica, en Protomedicato, formado exclusivamente por médicos. Las Cortes de Cádiz fueron conscientes del peligro de enfrentamiento entre políticos y profesionales si se mantenían dos instituciones con competencias solapadas y composición tan contraria, por lo que pretendieron modificar la Junta Suprema introduciendo en ella representantes del Protomedicato (borrador de Decreto de 7 de septiembre de 1813). Pero estos cambios fueron abolidos al regreso del rey Fernando (Peset, Peset, 1972).

Una vez que la fiebre amarilla se convirtió en el enemigo principal de la sanidad española, el temor a su propagación al interior creó una extraordinaria situación de urgencia sanitaria que determinó la generalización del sistema de juntas sanitarias. Por R.O. de 30 de septiembre de 1800, debieron formarse en todas las capitales de provincia y pueblos cabeza de partido, a imitación de las habituales en los puertos de mar, con expresa restricción al ámbito de la «salud interior».

Muestra también de esa urgencia fueron decisiones como la de aislar Andalucía militarmente, con rigor extremado desde el 28 de octubre de 1800, y la R.O. de 22 de octubre que decretó la disponibilidad universal de todos los españoles para el servicio sanitario. Las juntas del interior cesaron a primeros de mayo de 1801, para ser reactivadas, en ámbitos más o menos extensos, en función de la coyuntura epidémica, básicamente la amenaza de cólera asiático (epidemias de 1833-35, 1854-56, 1865, 1885, 1891) recibiendo sanción en la Ley de Sanidad de 1855.

1.2. La gestión de los problemas de salud

1.2.1. Higiene urbana

El peso social de la preocupación poblacionista durante la segunda mitad del siglo XVIII se manifestó también, a nivel local, en relación con las modificaciones de los espacios urbanos. No obstante, el cuidado de la limpieza y salubridad de calles, fosos, fuentes y corrientes de agua había sido parte tradicional de las competencias municipales, como se ha ilustrado en los casos de Murcia, de Valencia y de Madrid para siglos anteriores (Asensi Artiga, 1992; Salavert, Navarro, 1992; Blasco Esquivias, 1998) y, muy señaladamente, en el de Madrid. Se ha estado manejando la visión de un verdadero plan sanitario ilustrado, en la segunda mitad del Setecientos, que tendría su reflejo en la vertiente urbanística. En efecto, los cambios en la realidad urbana acometidos entre 1750 y 1814 aparecen fuertemente imbuidos de consideraciones de salubridad. *Hermosura*, sí, pero también *comodidad y policía* fueron los principios a que se sometió la reforma de los territorios y la ordenación y cambio de los espacios urbanos. Dentro del concepto de política médica, como sabemos, se incluían las consideraciones higiénicas: las modificaciones de la ciudad antigua incluyeron medidas de saneamiento –construcción de alcantarillado– y de limpieza, iluminación y empedrado de las calles, en lo que la *Instrucción* confeccionada por Sabatini (1761) para Madrid sirvió acaso como modelo para lo acordado también en Salamanca, Burgos, Valladolid, Albacete o Málaga. Asimismo, la promulgación de normas que regularon la altura de las viviendas en función del ancho de las calles (ordenanzas de Barcelona, Cádiz, Santander) y la reubicación de cementerios, prisiones, hospitales, mataderos y otros centros fabriles son muestra del proyecto higiénico ilustrado.

Sin embargo, no se debe pasar por alto la tradición moderna, anterior a la llegada de los Borbones, claramente expuesta en el trabajo de Blasco Esquivias (1998) sobre Madrid. Otros trabajos de ámbito local (p.e. Sáez Gómez y Marset, 1990, sobre Murcia; Santamaría y Dabrio, 1993, sobre Sevilla) muestran que no todas esas medidas se adoptaron, pese a que los regidores reclamasen que actuaban «en defensa de la salud pública» y que, cuando se hicieron, generaron numerosos problemas nuevos; realización, por demás, muy ligada a las coyunturas económicas, especialmente a las negativas, donde los proyectos higiénicos sufren los primeros, de tal forma que el diagnóstico global debería tender a ser más pesimista.

1.2.2. Higiene del trabajo

Se puede cifrar en la centuria ilustrada el nacimiento de una preocupación por la salud laboral, que en España se inició a partir de las observaciones de médicos de las Reales Minas de Almadén, tales como Francisco López de Arévalo (m. 1765) y José Parés y Franqués (1720-1798), si bien los escritos de este, de enorme prolijidad, quedaron inéditos, habiéndose publicado sólo recientemente (Menéndez Navarro, 1996; Parés, 1998). La contribución de este último como médico del establecimiento, no obstante, tuvo una larga influencia en la gestión de las minas, donde las consideraciones sanitarias tuvieron un peso en medidas como la jornada reducida para tareas de interior, la rotación de operarios y la suspensión de la actividad productiva en verano. Del diagnóstico médico se hizo depender también la concesión de ciertas ayudas en caso de enfermedad. La Fundación del Real Hospital de Mineros (1752), destinado a los trabajadores de la explotación y sus familias, reforzó la capacidad asistencial de las Minas con 40 camas.

Otra manifestación de esta nueva actitud de vigilancia de la salud pública desde los postulados de la policía médica fue la elaboración de normas o códigos higiénicos para la preservación de la salud de ciertos colectivos laborales, como el marinero, decisivo para el mantenimiento de los intereses coloniales (Astrain, 1996). En este ámbito la producción española fue original, a través de Vicente de Lardizábal Dubois (1724-1814), Ignacio María Ruiz de Luzuriaga (1763-1822) y, en especial, los dos cirujanos que participaron en la expedición de circunnavegación dirigida por Alejandro Malaspina entre 1789 y 1794, Pedro María González Gutiérrez (1760-1839) y Francisco de Flores Moreno (n. 1760), autores del *Tratado sobre la conservación de la salud de la gente de mar* publicado en Madrid en 1805, sólo con la firma del primero. Otro ejemplo es el código elaborado por Antonio Cibat (1771-1811) para la regulación sanitaria de ciertos oficios claves para el desarrollo y fomento de la agricultura, en su *Memoria titulada consideraciones generales y particulares acerca de los medios para prever á los que trabajan...* (c.1807). Cibat se significó también en otros ámbitos, por ejemplo propuso la reglamentación de la prostitución, en 1809.

1.2.3. Vacunación antivariólica

La difusión de la inoculación contra la viruela descubierta por Jenner en 1796 fue rápida en España, si bien no contó con ninguna organización oficial en primera instancia, como hubiera correspondido establecer al Protomedicato (Olagüe, Astrain, en Campos Marín, 2004). Las corporaciones médicas más activas fueron las Academias de Medicina de Madrid, a través de Ignacio María Ruiz de Luzuriaga e Ignacio Jáuregui, y la de Medicina práctica de Barcelona, con la contribución destacada de Francisco Piguillem (1771-1826), y Vicente Mitjavila (1759-1805); así como una red de burgueses, clérigos y médicos locales, con la incrustación de algún aristócrata. La primera vacunación en territorio peninsular se produjo en diciembre de 1800, en Puigcerdá; en Madrid se vacunó a partir de mayo de 1801 y en Bilbao en agosto. En el primer año se vacunaron más de siete mil personas, y entre 1801 y 1815 se contabilizaron más de 15.000.

Si en los territorios metropolitanos no hubo más compromiso oficial, salvo una ineficaz orden de instalar salas de vacunación en todos los hospitales (1805, reiterada en 1815), otra cosa fue en los territorios transoceánicos de la Corona. Una expedición ordenada por Carlos IV y pagada por la Real Hacienda entre 1803 y 1810 llevó la práctica vacunal jenneriana por los distintos Virreinatos americanos, así como en Filipinas, Macao y Cantón, constituyendo la primera campaña internacional de vacunación (Ramírez Martín en Campos Marín, 2004). Sus responsables fueron Francisco Xavier Balmis (1753-1839), que visitó México, América Central y Pacífico, y José Salvany (1777-1810), que se ocupó de América del Sur, con participación de otros dos médicos, tres practicantes y tres enfermeros, además de la rectora de la Casa de Expósitos de La Coruña, Isabel Sendales, de quien se puede decir con propiedad que fue la primera enfermera de salud pública española. De Balmis se ha dicho que fue «ejemplo de burócrata ilustrado al servicio de la sanidad»; no solamente dirigió la expedición, sino que implantó un instrumento administrativo para su sostenimiento y continuación, las Juntas de Vacuna, comenzando por la de la isla de Tenerife y continuando por la de Caracas (creada en abril de 1804). Estas quedaban insertadas en el esquema tradicional hispano, formándose Juntas Centrales y Subalternas, todas dependientes de la Junta Suprema de Sanidad española. El esquema se quiso trasladar a la Península Ibérica, en 1805, sin éxito conocido.



La sanidad liberal en el siglo XIX

Tras la Guerra de la Independencia la vida política española resultó muy complicada. El siglo XIX conoció todo tipo de regímenes, desde el absolutismo más estricto bajo Fernando VII al republicano federal, bajo la amenaza continua de pronunciamientos militares, todo ello sazonado con la guerra de independencia de América, las guerras carlistas, la insurrección cantonal y el comienzo de la intervención colonial en Marruecos. El asentamiento del liberalismo constitucional fue lento y complejo, tanto como la extensión del libre mercado capitalista. La organización sanitaria se reforzó en el terreno municipal, y creció en relación con los cambios en la consideración social de la pobreza: la era industrial convierte en pobres a los trabajadores. Baste recordar las palabras de Concepción Arenal: «Pobreza es aquella situación en que el hombre ha menester trabajar para proveer las necesidades fisiológicas de su cuerpo», *Cartas a un obrero*, 1871-72. Por eso, el desarrollo benéfico se puede interpretar en principio como un mecanismo defensivo del poder establecido, empleado en beneficio del modelo de sociedad de las élites dominantes. Su piedra clave fue la Ley General de Beneficencia de 1849. El sistema de juntas de sanidad, pese a su fundamentación en la Ley de Sanidad de 1855, se difuminará en la segunda mitad del siglo al compás del crecimiento de los dispositivos sanitarios locales. La posición de los médicos era de subordinación, como empleados cualificados, en ambos esquemas, coincidiendo las personas en los núcleos pequeños de población. Así, el médico del pueblo, o el médico de la parroquia, actuaba de manera indistinta en

uno u otro circuito de intervención asistencial; su puesto dependía únicamente del elemento que determinara la intervención: ordinario (beneficencia) o extraordinario (sanidad). En 1847, cuando se crea la primera Dirección General de Sanidad (DGS) dentro del Ministerio de Gobernación, adoptó la forma de Dirección General de Beneficencia y Sanidad.

El sistema hizo crisis en 1868, sin que la efímera Primera República alcanzara el grado de sostén necesario para consolidarse; por el contrario, se abren nuevos frentes y aparecen nuevos agentes políticos (nacionalistas, proletarios). La Restauración apacigua el panorama político, por un tiempo, al forjarse una alianza entre conservadores y liberales en torno al trono. Hacia finales del siglo, al compás de los movimientos internacionales, se inicia el giro político hacia la intervención social que tuvo su primera manifestación con la fundación de la Comisión de Reformas Sociales en 1883. Si el Estado está facultado para intervenir en la arena social, la higiene pública florece en el marco de su tradición político-médica, y suministra numerosas razones para ello: el planeamiento de las ciudades industriales, la organización de la desinfección, la vigilancia de los alimentos o el suministro de la vacuna, además de la tradicional vigilancia de las fronteras frente a las enfermedades catastróficas, entre las que sobresalió como amenaza el cólera asiático. La higiene cambia de contenidos al incorporar las novedades del laboratorio (fisiología experimental, microbiología). Esta cercanía a las ciencias experimentales incrementará, paradójicamente, la conciencia social de sus cultivadores, dispuestos a dictar sentencia en las querellas entre capital y trabajo. La pérdida de las posesiones americanas y filipinas en 1898 abrió una dinámica de queja y superación que nos sitúa en una nueva época.

2.1. Problemas de salud

2.1.1. La reforma urbana

El ascenso del liberalismo tuvo una plasmación física en la transformación de las ciudades, empezando por el desmantelamiento de las murallas que las encerraban y siguiendo por los planes de Reforma interior y Ensanche que, en muchos casos, se

sirvieron de bienes desamortizados (Rodríguez Ocaña, 2005). Iniciados durante el reinado de Isabel II (1848-1868), los proyectos de Ensanche, que perdurarán hasta el tiempo de la Segunda República, nacieron con una legitimación higiénica para convertirse de inmediato en campo de juego a los promotores privados y objeto de la especulación mercantil. Pese a que se trató de cuestiones locales, existió una voluntad centralizadora manifiesta en la promulgación de leyes y la creación de organismos nacionales de vigilancia, en 1864, 1876 y 1892.

La conexión salud pública-urbanismo puede rastrearse con facilidad en la obra de los más destacados autores españoles en higiene pública del siglo XIX.

El razonamiento preventivo que sustentaba los análisis higiénicos sobre el medio urbano comprendía tres conceptos: el aire como vehículo de salud y de enfermedad, el hacinamiento como causa determinante de la corrupción aérea, y la correlación físico-moral, que haría indistinguible la enfermedad de la depravación. De tales convicciones partía el postulado de aumentar el espacio libre entre viviendas y el tamaño de los patios, multiplicar las plazas y grandes paseos arbolados y favorecer cuanto se pudiera la dispersión poblacional. El plan para la reforma interior de Madrid (obra de Ildefonso Cerdá – autor también del plan de ensanche de Barcelona–) fue muy bien recibido por *El Monitor de la Salud*, la primera revista especializada en salud pública que se publicó en España (1858-1864) bajo la dirección de Pedro F. Monlau (1808-1871). Este siempre defendió su aplicación, bien que reclamando más presencia sanitaria.

En 1853, Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) planteó públicamente sus *Consideraciones sobre la higiene pública y mejoras que reclama en España la higiene municipal*, en forma de catálogo exhaustivo de problemas, desde la necesidad de organizar el Registro Civil, construir casas para obreros, organizar depósitos de cadáveres, etc. En línea con la voluntad de intervención higienista, pidió la creación de una «comisión central de vigilancia de los planes urbanísticos», capaz de asegurar que los cambios urbanos se hicieran «en obsequio de la salud pública» y no de «la vanidad». En 1859 fue nombrado médico de la Junta Consultiva de Policía Urbana, creada en 1857, que informaba sobre la reforma de las poblaciones. La Ley de 1864 sobre ensanche de las poblaciones, creó unas juntas locales

para su vigilancia, pero sólo dieron cabida en su composición a un licenciado en Medicina, ni siquiera doctor (por tanto, sin haber cursado higiene pública). La legislación posterior sobre ensanches urbanos, de 1876 y 1892, suprimió definitivamente el vocal médico de las juntas municipales encargadas de los planes de reforma urbana, que quedaron formadas por el alcalde, cinco concejales y cinco propietarios de fincas urbanas.

En Barcelona, el vocal médico de la Junta del Ensanche entre 1865 y 1875, Carlos Ronquillo Morer (1838-c.1900), un médico barcelonés de firmes convicciones democráticas y republicanas, se quejó de que se aumentaran los volúmenes permitidos para la edificación, mientras que se dejaban sin resolver el suministro de agua y el alcantarillado. Al ser destituido, Ronquillo resumió su experiencia diciendo que la subordinación al mercado «es y será siempre el mayor enemigo de la higiene».

En el último tercio del siglo se multiplicaron los escritos médicos a través de los cuales se analizaba la vida urbana en términos de salubridad, incluyendo los problemas de la vivienda, la alimentación, las aguas y las alcantarillas. Era un hecho asumido que la insalubridad urbana resultaba un auténtico freno para el desarrollo económico, situación que afectaba de manera particular a las ciudades que aspiraban a convertirse en «estaciones de invierno». En Alicante, desde 1881, Málaga, desde 1887, Palma, desde 1890, Almería y Valencia, desde 1898, o Sevilla alrededor de 1900, la intención de desarrollar una industria turística, aprovechando la benignidad de su clima, unió a ciertos empresarios y profesionales burgueses en la búsqueda del embellimiento urbano y la mejora de la salubridad. No es de extrañar que entre 1882 y 1898 los principales temas de debate en la recién fundada Sociedad Española de Higiene fueran los relacionados con los equipamientos urbanos; incluso sus informes aparecieron en tiempo para sustentar determinadas iniciativas gubernamentales, en particular de gabinetes liberales. Entre sus consecuencias hay que señalar la orden del Ayuntamiento de Madrid que hizo obligatoria la implantación de los *water closets* y la del gobierno para la instalación de laboratorios municipales de higiene alimenticia (1889). Las primeras medidas que, a nivel nacional, se adoptaron en relación con el alcantarillado urbano procedieron de un gobierno liberal, en 1888, a través del ministro Moret, anterior Embajador de España en Londres. Ese mismo año, el ministerio de Gobernación circuló un cuestionario sobre fiebre

tifoidea entre los ayuntamientos de más de 10.000 habitantes. *The Lancet* publicó un reportaje sobre Madrid, reproducido en *El Siglo Médico*, donde recordaba a sus lectores el contacto de Moret con Inglaterra, y juzgaba insuficiente la preparación de los médicos españoles en «higiene práctica». Desde las filas conservadoras se contestó señalando que la mala calidad de los censos de población (por el mucho ocultamiento popular) quitaba valor al cálculo de mortalidad para Madrid, y que la responsabilidad mayor del mal estado higiénico recaía, no en los médicos, sino en la pugna política y la ignorancia popular. En 1891, una nueva ronda de debates (esta vez, en época de gobierno conservador) fue seguida por el nombramiento de inspectores permanentes de higiene en algunas provincias.

2.1.2. La elevada mortalidad ordinaria

Había sido una preocupación ilustrada el conseguir que los registros demográficos se convirtieran en responsabilidad civil. Las primeras *Tablas necrológicas* modernas fueron compiladas por Francisco Salvá en Barcelona entre 1787 y 1796. Durante el primer tercio del Ochocientos, numerosos decretos y circulares apuntaban a la creación de un registro civil de nacimientos, matrimonios y muertes. En 1837, se obligó a que los párrocos incorporaran la causa de la muerte en sus libros de difuntos y, en 1841, en algunas capitales de provincia se establecieron tribunales de registro civil. Completa jurisdicción sobre los cementerios se adjudicó a los ayuntamientos en 1863, mientras que la extensión nacional del Registro Civil debió esperar hasta 1871. No obstante, hasta 1877, y salvando la contabilidad funeraria en momentos de epidemia colérica, no parece haber cabida para métodos numéricos en la medicina española más que como estadística hospitalaria. Especialmente los hospitales militares, en los decenios centrales del siglo, publican con cierta regularidad sus datos en revistas como *El Siglo Médico*. Sin embargo, las diversas *topografías médicas* publicadas a lo largo del siglo, por ejemplo sobre Málaga (1852) o sobre Sevilla (1882), incluían inevitablemente la presentación y discusión de los datos de la mortalidad urbana por parroquias y causas (Bernabeu, Bujosa, Vidal, 1999). Por otro lado, la presencia de la estadística en la enseñanza de la Higiene Pública, presente en las Facultades de Medicina desde 1843, fue muy deficiente a todo lo largo del XIX; sólo la 3^a edición (1871) del Tratado de Monlau, *Elementos*

de higiene pública, empleado como libro de texto en muchas de ellas, dedicaba un capítulo específico a esta materia, sin sofisticación matemática alguna.

Pues bien, las reformas higiénicas de las ciudades en realidad sólo se dirigían a la población burguesa (aunque, como hemos visto, ni siquiera se siguieron al pie de la letra), ya que el crecimiento urbano se produjo a través de aluviones de emigrantes, encerrados en determinados barrios donde subsistieron todas la penalidades del catálogo ambientalista, a saber, encarnamiento, mala calidad del aire y falta de luz. En el último tercio del Ochocientos se produjeron crecimientos de entre el 30% y el 150% según los casos en la población urbana –aunque, en conjunto, todavía la población de las ciudades de más de 100.000 habitantes sólo representaba en España el 9% de la población total en 1900–. En este contexto, las tasas de mortalidad procedentes del Registro Civil, puesto en marcha finalmente desde 1871, generaron de modo inmediato la alarma social, en especial cuando se comparaban con las de otras capitales europeas.

Los números de la estadística demográfica llenaron de carne y, más adelante, de dinero, los fantasmas que habitaban el discurso de los higienistas. El sentimiento de catástrofe, sólo evocado hasta entonces en tiempos de epidemia grave, se convirtió en permanente y acicate para todo tipo de arbitrismos.

Las explicaciones que se daban a la elevada mortandad tenían que ver con las ideas etiológicas imperantes. Todavía a comienzos de la década de 1880, las explicaciones etiológicas continuaban unidas a las teorías miasmáticas clásicas. Un médico municipal escribía al consistorio de Granada en 1883 sobre el origen de las epidemias, diciendo: «Hoy, [...] la explicación existe; dirijamos nuestra mirada a los barrios extremos de la población y veremos calles estrechas sin ventilación y sin sol, donde las inmundicias tiradas sufren una descomposición pútrida que infeciona la atmósfera». Estas ideas se modificaron por la recepción de la doctrina telúrica de Pettenkoffer, que subrayaba la importancia del terreno, y que sirvió de apoyo a la posterior difusión de las teorías y prácticas bacteriológicas. Uno de los autores responsables de la importación de aquellas fue un médico húngaro, Philip Hauser (1832-1925), que vivió en España desde 1872, y escribió sobre Sevilla y Madrid, entre otros temas. Sus estudios sobre la salud de las ciudades

parten siempre de la cuantificación de los fallecimientos, a la que asigna una dimensión económica. Su interpretación de la sobremortalidad en relación con la contaminación del subsuelo y los defectos de la vida urbana exigía que los poderes públicos, interesados en la preservación e incremento de la riqueza nacional, interviniesen para conseguir un saneamiento completo y el desarrollo de planes higiénicos de reforma urbana. Esta era la vía teórica por la que la higiene se convertía en política.

Controlar esa conversión fue una de las tareas de la Sociedad Española de Higiene que se fundó, por iniciativa, entre otros, de Méndez Álvaro, como portavoz de los partidos del turno sin dejar por ello de prestar atención a los cambios en los contenidos científicos. Si en 1882 (último informe redactado por Méndez Álvaro) concluía que la sobremortalidad de Madrid encontraba «su razón principal» en sus condiciones geográficas y climáticas, en 1889, bajo la dirección del diputado liberal y futuro Director General de Sanidad, Ángel Pulido (1852-1934), el punto de mira se trasladó a las enfermedades infectocontagiosas. En su intervención inaugural, titulada *Higiene urbana con aplicación a Madrid* (*El Siglo Médico*, 1889) Pulido fijó las pautas que marcaron el discurso higienista durante los siguientes cincuenta años; de manera expresa, advirtió la importancia económica que la mortalidad prematura tenía para el país y la vinculó con la alta prevalencia de las enfermedades infecciosas, que declaró erradicables. En cuanto a su etiología, empleó su definición microbiológica, señalando el lugar secundario que había que conceder a la topografía y climatología. El lema de la erradicación se convirtió en omnicomprendsivo en años sucesivos, en especial a partir del impacto causado por el suero antidifláctico en 1894.

El que la higiene se concentrara en las *enfermedades transmisibles* sin duda tuvo relación con la capacidad real de intervención paliativa, dentro de los recursos profesionales propios de la medicina, mientras que abogados, ingenieros, arquitectos y sociólogos se habían hecho cargo de las respuestas técnicas a los restantes aspectos de la relación de la salud de la población con el medio ambiente, natural y social. Las hipótesis telúricas habían destacado la preocupación por las basuras y por las aguas fecales, mientras que la detección de las adulteraciones alimenticias había sido estimulada por la toxicología y las teorías químicas sobre

la fermentación: ambas tareas pasaban a ser reinterpretadas y respaldadas en nombre de la lucha contra los microbios.

El Ayuntamiento de Barcelona tomó la delantera en dar respuesta a la irrupción de la microbiología, una vez conocida la vacuna contra la rabia probada por Pasteur (1885) y, en consecuencia, encargó a un lejano discípulo del químico francés, Jaime Ferrán (1851-1929), natural de Tortosa, la organización de un Laboratorio Microbiológico Municipal (Roca Rosell, 1988). Inicialmente pensado sólo para aplicar la profilaxis contra la rabia, la dirección de Ferrán (hasta 1905) lo situó al nivel de cualquier otro instituto microbiológico internacional, con capacidad de investigación, suministro masivo de vacunas y sueros y análisis bacteriológico.

La Sociedad de Higiene pidió en 1889 al gobierno de España que dispusiera la organización de servicios municipales de desinfección y que mejorara los sistemas de construcción y de uso del alcantarillado. La primera de estas demandas reforzaba la tendencia hacia la profesionalización de la vigilancia higiénica que dirigió la preocupación liberal decimonónica. La segunda tuvo un lento cumplimiento, pues si el gobierno liberal ordenó en 1894 una encuesta sobre la salubridad de las ciudades, que recibió más de 100 informes de contestación, de los que sólo se publicaron cuatro o cinco, en marzo de 1895 un gabinete conservador promulgó la Ley sobre mejora, saneamiento y reforma interior de las localidades mayores de 30.000 habitantes, que no abordó ningún aspecto higiénico, sino los funcionales (expropiaciones, compensaciones, etc.) y que permitía la participación de sociedades privadas en obras de saneamiento. Su reglamento, de diciembre de 1896, refiere que dichas obras debían justificarse por «las circunstancias generales y locales de salubridad». Esto nos muestra la creciente especialización de los discursos y las prácticas dirigidas hacia la nueva sociedad industrial. Los médicos fueron reemplazados por ingenieros y arquitectos, auténticos agentes de la higiene urbana. Así, en los planes de reforma urbanística conducentes a la construcción de la Gran Vía de Madrid, a principios del siglo XX, la motivación salubrista desempeñaba un señalado papel justificador (Huertas, 2000). Todavía vigente la Ley de 1895 durante la Segunda República, los técnicos responsables de la redacción del Plan de Extensión de la Ciudad de Madrid, en 1931, sugirieron que, entre otras instancias, se consultara con la Dirección General de Sanidad (Fernández Polanco, 1990).

2.1.3. Un riesgo muy presente: el cólera

Existía una enfermedad en la India, conocida desde la llegada de los europeos como «la epidemia habitual de los veranos». Distintas ondas epidémicas sobrepasaron los confines del subcontinente hindú hacia otras regiones asiáticas, al menos en diez ocasiones entre 1503 y 1817, si bien a partir de esta última fecha se ha conocido la expansión mundial de la misma en siete oleadas pandémicas, respectivamente en 1817-1823; 1826-1837; 1841-1859; 1863-1875; 1881-1896; 1899-1923; y 1961 hasta nuestros días. Todas, menos la primera, afectaron a Europa y a España, único país del occidente europeo que ha sufrido este dudoso privilegio. La forma de extensión del cólera resulta paradigmática de la mundialización comercial y militar bajo la égida de los países industrializados, pues no podría explicarse sin el concurso de la aparición y generalización de medios de transporte rápidos, gracias a la máquina de vapor, y el establecimiento de redes regulares de transporte y de comercio conectando los continentes. La asociación de la epidemia con las vías de comunicación resultó tan evidente para muchos de sus primeros observadores como indican las siguientes palabras tomadas de un artículo publicado en 1848 en *Gaceta Médica*: «Si seguimos sus pasos y no perdemos de vista su marcha destructora, le vemos caminar en dirección de grandes carreteras y presentarse primitivamente en los puertos al ocupar un país». Están registradas epidemias en España en 1833-35, 1851 (Gran Canaria), 1854-56, 1859-60, 1865, 1884-85, 1890, 1893 (algunas poblaciones vizcaínas), 1911 (en Barcelona y localidades de Tarragona), 1971 (principalmente en el Valle del Jalón), y brotes ocasionales con muy pequeño número de casos en otros lugares y momentos posteriores, como en las provincias gallegas en septiembre-octubre de 1975. Las zonas más afectadas han sido la mitad oriental y la meridional de la Península. Si bien los registros de mortalidad no son claros, se calcula una pérdida en torno al 1% de la población en las tres acometidas más fuertes (1834, 1855 y 1885). En su dimensión demográfica la sobremortalidad epidémica por cólera no hizo sino reforzar episódicamente los altos niveles de la mortalidad ordinaria del siglo XIX; de hecho, el descenso de la mortalidad dentro del proceso de transición demográfica español se inició después del episodio catastrófico de 1885. Políticamente, su irrupción fue siempre significativa, así el cólera de 1834 coincidió con momentos de transición política y Guerra Civil, el de 1855 con una nueva insurrección liberal, en 1865 hubo movimientos de rebelión en determinados puntos del país, mientras que la epidemia de 1885

actuó como motor del reemplazo de gobierno dentro de la dinámica alternante de la Restauración. La vía de entrada fue, regularmente, la marítima, bien por el costado atlántico, en las dos primeras ocasiones, bien por el mediterráneo.

Las medidas de precaución frente a esta epidemia siguieron una pauta bastante tradicional, esto es, el empleo de pasaportes sanitarios, aislamiento y cuarentenas, modificándose en función de las novedades introducidas en la concepción de las infecciones para aplicar masivamente procesos de desinfección química. Los problemas del tránsito de personas y mercancías fueron centrales en todos los casos, pues, aun en las épocas durante las cuales la doctrina oficial renegaba de cordones, muchas de las juntas locales aplicaban por su cuenta prohibiciones de circulación y tránsito. Tanto en la epidemia de 1833-35 como en la de 1884-85, oficialmente se aplicaron disposiciones cuarentenarias. Esta última aceleró las discusiones acerca de los equipamientos urbanos, como hemos visto en un apartado anterior.

La aportación española a la historia del cólera se cifra en dos interesantes contribuciones. Durante la epidemia de 1855, un físico barcelonés, Joaquín Balcells y Pascual, señaló que en la atmósfera de las salas de coléricos se encontraban ciertos microorganismos, evidenciados a través de la colonización de recipientes de agua destilada, y que denominó vibriones. Se trató de una contribución más a la discusión, muy activa desde la década de 1840, acerca de la intervención de seres microscópicos, de naturaleza incierta, en la producción de enfermedades. Recordemos que estamos en los años en que se construía el paradigma estequiológico celular y en que la microscopía ganaba consenso como método de estudio de la naturaleza. En el momento de expansión de la bacteriología, Robert Koch describió el bacilo del cólera en el verano de 1884 y demostró su relación con la enfermedad; en consecuencia, Amalio Gimeno (1852-1936), del Instituto Médico Valenciano, aplicó por vez primera en España el diagnóstico bacteriológico para cólera en noviembre de 1884, en Beniopa. Jaime Ferrán, pionero en España en la preparación de las vacunas contra el carbunco y contra la erisipela de los cerdos en 1880, extrajo inmediatamente las consecuencias vacunales del descubrimiento de Koch. Miembro de una comisión municipal barcelonesa enviada a examinar la epidemia en Francia, produjo una vacuna a su regreso. Este trabajo obtuvo el visto bueno de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en marzo de 1885, y reclamado por Gimeno, lo

aplicó en una treintena de localidades valencianas en la primavera-verano de 1885, alcanzando unos 30.000 vacunados. Esta experiencia, primera inmunización masiva en seres humanos contra una enfermedad bacteriana, despertó la curiosidad y el interés mundial, pero las opiniones de quienes la examinaron de cerca resultaron contradictorias. El resultado fue la prohibición de continuarla que hizo el gobierno conservador y el consiguiente escándalo, pues los liberales se convirtieron en los grandes defensores de Ferrán, tanto en el mundo científico como en el político. Conforme otros investigadores presentaran sus propuestas de vacuna contra el cólera, andando el siglo, se hizo evidente el valor de la aportación pionera de Ferrán, a quien la Academia de Ciencias de París restituyó su buen nombre en 1907 mediante la concesión del premio Bréant. Una evaluación reciente (Bornside, 1981) indica que la vacuna tuvo efectos beneficiosos a gran escala, pues comparando las estadísticas en los lugares donde se aplicó la vacuna, la mortalidad entre los no inoculados alcanzó el 43,6%, mientras que entre los inmunizados una sola vez fue del 26,9%.

2.1.4. Mortalidad diferencial

Es llamativa la ausencia de una reflexión sobre los vínculos entre pauperismo y mortalidad en los textos higiénicos hispánicos, sobre todo teniendo en cuenta que se trataba de un concepto de empleo común entre los médicos, como se observó en particular durante la primera epidemia de cólera. Una traducción castellana del trabajo de Ludwig Casper (1825) sobre la mortalidad de Berlín, donde se analizaban las cifras de mortalidad en función del nivel social de los individuos fue publicada en *El Monitor de la Salud* con más de treinta años de retraso. La tesis doctoral de José García Viñas (1848-1931), impresa en Málaga en 1877 con el título *Apuntes para el estudio médico-higiénico de la miseria*, no contiene un solo dato de observación personal y apenas referencias a situaciones empíricas españolas. Naturalmente, el retraso en la instauración de unos medios eficaces de registro jugó un papel. En Barcelona desde 1877 y en el conjunto del Estado a partir de 1879, gracias a las disposiciones auspiciadas por Cástor Ibáñez de Aldecoa como Gobernador Civil y Director General de Beneficencia y Sanidad respectivamente, asistimos a un primer intento serio de producción sistemática de estadísticas de población con fines sanitarios (Rodríguez Ocaña, 2005). Los médicos municipales barceloneses José Nin y Pullés (m. 1892) y Luis Comenge Ferrer

(1854-1916) fueron responsables de la lectura sistemática de los datos del Registro Civil en clave epidemiológica. El primero, en el congreso médico que acompañó la Exposición Universal de 1888, señaló a la «malaria urbana» (esto es, la determinación de lugar) como responsable de la alta mortalidad y señaló la diferente «vida media» en función de la clase social, oscilando desde los 36,47 años que calculó para los ricos a los 23,55 de la clase jornalera. Comenge, en 1899, delimitó de forma precisa la interrelación enfermedad/nivel social para el caso de la mortalidad de los menores de 13 años en Barcelona. Para ello investigó los ingresos por trabajo o renta, montante del alquiler de vivienda, tipo de funeral y lugar de fallecimiento, produciendo una clasificación en tres categorías. De cada 100 fallecidos de la clase rica correspondían a dichas edades 34,33, entre la clase media 38,94 y entre la clase pobre 44,49.

2.1.5. Higiene y mundo obrero

Si hacia mediados del siglo la preocupación por la ciudad incluía cierta simpatía ante las malas condiciones de vida de las poblaciones industriales, como las mostradas por Joaquín Font Mosella en su folleto *Consideraciones sobre los inconvenientes que irrogen a la salud de los jornaleros y a la pública de Barcelona las fábricas, y en especial las de vapor...* (Barcelona, 1852) las revueltas obreras crearon un abismo: tras la huelga general de 1854 en Barcelona ya no se dirá sólo que los obreros son pobres e ignorantes, se afirmará también que son malvados. En el periodo revolucionario entre 1868 y 1874 algunos grupos republicanos emplearon reivindicaciones de corte salubrista. Y es que las medidas higiénicas podían desempeñar un papel conciliador en los enfrentamientos entre el capital y el trabajo, como se sugirió por destacados publicistas, como Juan Giné Partagás, en 1871. Entre los prohombres de la Internacional en España figuró una figura muy ligada a la medicina, aunque de forma no totalmente aclarada, Gaspar Sentiñón (1835-1902), quien desarrolló una activa tarea de traducción de noticias extranjeras relacionadas con salud industrial en revistas médicas catalanas, en particular en el periódico *La Salud* (1877-78), donde mantuvo una sección titulada *La salud del proletariado*. No obstante, la facción más conservadora constató el peligro de que la denuncia higienista proporcionara armas para la rebelión contra el sistema. Esta preocupación encontró su portavoz en Méndez Álvaro (1874), en opinión del cual la higiene no podía solucionar de forma definitiva

los problemas sanitarios, ya que «la pobreza [que es la causa última de la ignorancia y de la muerte] no puede desaparecer». La intervención debía dirigirse hacia la transformación de los comportamientos de los pobres, de manera que se consiguiera «una especie de regeneración mediante la unión del trabajo honesto y de la virtud» (Rodríguez Ocaña, Menéndez Navarro, 2005). Este punto de vista condujo a subrayar el componente moral de las doctrinas y las prácticas, ya sea el valor del lavado corporal como instrumento de disciplina personal (más que de limpieza), la educación infantil y la asistencia a escuelas dominicales para los adultos como medio de aprender a reconocer y respetar las jerarquías sociales o la promoción del ahorro y la propiedad para resolver los problemas de alojamiento obrero (Campos Marín, 1995).

En España se observa una escasa atención médica por los efectos sobre la salud del crecimiento industrial, en consonancia con la opacidad con que la ideología capitalista revistió las relaciones entre capital y trabajo. El objeto principal de la preocupación higiénica fue la ciudad, y la industria preocupó en tanto generadora de molestias urbanas; el interior de los talleres fue una caja oscura durante decenios. En cualquier caso, las posibles intervenciones legales y médicas quedaban limitadas, en palabras de Monlau, por «la libertad natural de los propietarios y el carácter de cada manufactura». Así por ejemplo, las ventanas de ventilación debían cerrarse en el caso de que la sequedad del aire dañara la calidad de los tejidos, según Joaquín Salarich, en su *Higiene del tejedor ó sean medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón* (Vich, 1858). La R.O. de 30 de septiembre de 1848 fijó las condiciones para las salidas de humos de las fábricas metalúrgicas en función de la protección de los habitantes de la zona, los ganados y la vegetación, sin medida alguna destinada a combatir el saturnismo de los trabajadores, por ejemplo (saturnismo, o intoxicación por plomo, que fue de las primeras enfermedades laborales codificadas a partir del siglo XVI).

Las reivindicaciones obreras apuntaron, entre otros aspectos, a las «condiciones tan poco higiénicas y tan repugnantes» de su trabajo, como decía el manifiesto de los hiladores barceloneses de junio 1856, y solicitaron el respeto de la higiene en los talleres y la asistencia para los inválidos en el manifiesto enviado a Cortes en julio de 1873 por la Unión Manufacturera de Cataluña. Pero la respuesta médica protectora en el mundo industrial español mostró una gran debilidad y cuando se produjo,

como en el ámbito de los ferrocarriles y la minería, fue de tipo asistencial. El terreno de la intervención higiénica, durante la mayor parte del siglo, resulta indistinguible de la beneficencia.

2.2. Legislación y administración sanitarias

Durante el siglo XIX persistió, racionalizado, el sistema de juntas sanitarias. En noviembre de 1813 se unieron las competencias sobre mar y tierra, de modo que se estableció una gradación de jurisdicciones: suprema o central, para todo el Reino; provincial (que afectaría a las subdivisiones administrativas del Reino, sus juntas correspondientes se llamaron Juntas Superiores, como la de Cataluña o la de Granada) y municipal. Estas últimas se formarían en todas las capitales de provincia, donde coexistirían con la de ámbito superior, y en todos los pueblos. Una vez establecida la división provincial definitiva y ante la amenaza del cólera en septiembre de 1833, se dispuso, sobre ellas, unas juntas superiores que cubrirían el distrito de cada Capitanía General. Al disminuir la extensión de las jurisdicciones, multiplicándose el número de juntas, los conflictos dentro del sistema aumentaron, hasta el punto que el inevitable cantonalismo fue uno de los rasgos más negativos del mismo.

El final del reinado de Carlos IV y el inicio del de su hijo Fernando VII registró una considerable confusión en el terreno político, que se tradujo en sucesivas reorganizaciones administrativas. Durante la Guerra contra Napoleón, las Cortes de Cádiz quisieron, pero no pudieron, transformar el marco legislativo sanitario, como ya hemos comentado en el capítulo anterior. Con el constitucionalismo se inició, a saltos y borbotones, lo que después fue la administración liberal, caracterizada por un centralismo apenas matizado, como muestran las *Instrucciones para el gobierno... de las provincias* de 1813 y 1823. A este centralismo acompañaba el predominio de la línea jerárquica en tareas ejecutivas, o sea, la prioridad concedida en las competencias de los jefes políticos sobre los consejos locales, y la incorporación de técnicos a la administración. En la línea marcada por el frustrado proyecto de las Cortes de Cádiz, el también fracasado Código Sanitario de 1822 preveía la dotación de cinco plazas para médicos dentro de la Dirección General de Sanidad que debía sustituir –como ocurrió en 1847– a la

Suprema Junta (Cardona, 2005). De los cinco médicos previstos, al menos dos debían ser de reconocido prestigio en materia de enfermedades epidémicas.

El Código Sanitario discutido en las Cortes del Trienio liberal entre las urgencias de una grave epidemia de fiebre amarilla, nunca acabó su recorrido parlamentario; la reacción absolutista cerró las Cortes después de que el proyecto presentado por la Comisión de salud pública en abril fuera rechazado por el pleno en octubre de 1822. En tan frustrada gestación jugaron un papel destacado la omnipresencia del problema epidémico y la vigencia de la estrategia de profesionalización, si bien parece probado que fue el abigarrado panorama profesional de la medicina de la época uno de los obstáculos, si no el más eficaz, de los que se opusieron a una reglamentación eficaz de la acción sanitaria, sin negar el nudo gordiano de intereses económico-morales que se anudaban en torno a las prácticas cuarentenarias.

Como eco tardío de la organización borbónica francesa, en 1828 se impuso en España una estructura de control profesional formada por agentes locales (subdelegados) y agrupaciones de distrito (nueve reales academias de medicina y cirugía), bajo la dependencia de la Real Junta Superior Gubernativa (constituida por los primeros médicos de cámara). Entre sus obligaciones, a partir de 1831, figuraba la vigilancia de las enfermedades endémicas y epidémicas, el estudio de sus causas y medios de prevenirlas. La forma habitual de relación entre las Academias y sus Subdelegados territoriales en cada distrito, así como entre aquellas y con la superioridad, fue la corresponsalía episódica, en los momentos caracterizados por un peligro inminente.

Durante la Regencia e inicios del reinado de Isabel II se aplicaron los frustrados principios reformistas, acabando con la estructura anterior. El R.D. Orgánico de Sanidad firmado por Manuel Sejas el 17 de marzo de 1847 fue la piedra angular de la legislación liberal en materia sanitaria, que colocó todo el entramado *pluriconsiliar* bajo la presidencia de las autoridades civiles (alcaldes o gobernadores civiles, según los niveles), convirtió a los Subdelegados de partido en representantes de la autoridad gubernativa e incardinó todo dentro del Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad (en realidad, de Beneficencia y Sanidad, como ya hemos indicado). Un personaje destacado en la plasmación de las reformas fue el vallisoletano Mateo Seoane Sobral (1791-1870).

Entre 1847 y 1904 se estructuraron las academias y subdelegaciones, que quedaron reducidas a un papel consultivo que sólo alcanzó relevancia en momentos particularmente críticos (brotes epidémicos, como los del cólera), pero incluso entonces cada vez menos y fueron sustituidos en sus competencias organizativas por los cuerpos médicos municipales.

La primera ley de sanidad española, Ley del Servicio General de Sanidad, fue aprobada en 1855, en el contexto político del bienio progresista y el epidémico de la segunda acometida histórica del cólera asiático en la Península Ibérica, y estuvo casi exclusivamente enfocada hacia la protección frente a las «enfermedades exóticas», respetando las líneas maestras de la administración liberal ya instaurada. Por ello estipuló con minuciosidad todo lo referido a las relaciones exteriores desde la perspectiva de la precaución geográfica y la defensa cuarentenaria. La profesionalización sanitaria avanzó con la creación de las direcciones de sanidad de los puertos, lo que dio lugar a la creación de la rama administrativa de Sanidad Exterior. El puesto de Subdelegado de Partido, de los que habría uno para cada uno de los tres ramos: Medicina y Cirugía, Farmacia y Veterinaria, respectivamente, continuó, no obstante, siendo honorífico y regido por su Reglamento de 1848, sin apenas competencias. La línea ejecutiva quedó firmemente asentada en la jerarquía gubernativa, desde el Ministro al Director General, Gobernador Civil y Alcalde, mientras que los organismos colegiados, comenzando por el Real Consejo de Sanidad, tenían carácter consultivo. En momentos críticos, al sufrirse una epidemia, las juntas de sanidad se convertían, no obstante, en órganos de dirección de las administraciones periféricas, incorporando de hecho labores ejecutivas.

Más allá de la amenaza epidémica, la ley ordenó las direcciones de los establecimientos de aguas minerales, con la creación de un cuerpo médico ad hoc. Si bien en sus artículos 64 y 65 invitaba a los municipios a prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres del lugar (ya estipulada por la Ley de Beneficencia de 1849 y otros textos anteriores) y atender los asuntos de higiene pública, a través de la contratación de médicos titulares –proceso regulado minuciosamente en los 12 artículos siguientes–, dejó sin recoger la figura del inspector higiénico o de salud pública, establecida también en 1849 a sugerencia de Seoane. Este, desde el puesto de presidente de sección del Consejo de Sanidad (1847-1853 y 1855-60), se aplicó a dirigir

la organización de la sanidad civil sobre bases técnicas. Por R.O. de 18 enero 1849 se crearon las juntas municipales de sanidad permanentes en toda España, y dentro de ellas una Comisión permanente de Salubridad, con el encargo de vigilar y proponer medidas para evitar los males a la salud pública. Inmediatamente se intentó su profesionalización y en agosto de 1849, por iniciativa del Consejo de Sanidad, acordó el gobierno la creación de Inspectores Municipales de salud pública en las ciudades mayores de 20.000 habitantes; su reglamento le fue encomendado a una comisión especial del Consejo presidida por Mateo Seoane e integrada por Francisco Méndez Álvaro y Pedro F. Monlau, entre otros. Esta iniciativa, que por primera vez preveía plazas de trabajo públicas con contenidos higiénicos, no se llevó finalmente a efecto más que en muy contados lugares, como Valencia (1849) o Zaragoza (1857). Por la Ley Municipal de 1877 estipuló la creación de laboratorios municipales para agua, alimentos y productos patológicos, lo que se cumplió solo en casos puntuales antes de que acabara el siglo como Barcelona en 1867, Madrid desde 1878 y Valencia desde 1880. Su implantación obligatoria se reiteró en 1889.

El liderazgo decisivo en la actuación sanitaria en España, tanto preventiva como asistencial, correspondió a los poderes locales, al crearse y desarrollarse la beneficencia pública. Desde los años 1840-1850 existían en algunas ciudades reglamentos de prostitución que obligaban a las mujeres que atendían tal negocio a pasar visitas médicas periódicas, lo cual, a partir de 1875, se convirtió en competencia de los gobiernos civiles, salvo el lapso entre 1889 y 1892, y dio lugar al nacimiento de un cuerpo de «médicos higienistas» (Castejón Bolea, 1997). En 1889 se solicitó por la Sociedad Española de Higiene al gobierno de España que dispusiera la organización de servicios municipales de desinfección que ya existían en algunas grandes capitales, como mostró la epidemia colérica de 1885.

El crecimiento de los servicios municipales permitió la aparición de Institutos de Higiene o de Salubridad Municipal en algunas grandes ciudades, comprendiendo la suma de laboratorios, servicios de desinfección, servicios de inspección sanitaria de prostitutas y servicios médicos de beneficencia. Estas fueron las primeras organizaciones permanentes de vigilancia higiénica completamente profesionalizadas y remuneradas. La Instrucción General de Sanidad (IGS) de 1904 elevó este modelo a norma universal en todas las ciudades.



3

El nacimiento y la consolidación de la salud pública en España

El siglo XX se inicia con la consolidación de dos importantes novedades científicas, aparecidas durante el anterior, la Microbiología y la Medicina social. Se llamó medicina social (en ciertos lugares, higiene social) a la versión de la preocupación por la salud de las poblaciones basada en la cuantificación de los fenómenos demográficos, el valor económico de la salud, la etiología social de las enfermedades, la preocupación eugenésica y la intención reformista. Ambos elementos disciplinarios dominarán la expresión sanitaria en nuestro país durante la larga primera mitad del siglo XX. Su segunda mitad, en cambio aparece sometida a la influencia de la epidemiología que con rigurosa base estadística se convierte en la disciplina básica de la salud pública, así como al peso de las tareas de administración sanitaria.

Este siglo se caracteriza también por el efectivo cumplimiento del proceso de transición demográfica, con disminución de la mortalidad absoluta (hasta la década de los años ochenta), así como de la mortalidad infantil y de la causada por enfermedades infecciosas, incremento de la esperanza de vida al nacer, disminución de la natalidad y envejecimiento de la población, fenómenos acompañados por una preponderante distribución de la población activa en el área

industrial y de servicios, y por una localización preferentemente urbana de la población (Martínez Navarro, 1977).

Aunque este proceso cobre una aceleración más acusada a partir de 1950, tiene sus inicios a lo largo del primer tercio del siglo, como podemos observar a continuación (tablas 1 y 2) y enmarca la acción sanitaria. Hasta qué punto esta sea decisiva en su devenir es un extremo que no ha sido debatido empíricamente en nuestro país. La historiografía internacional, en cambio, donde sí se ha producido este debate, por ejemplo en relación con las Islas Británicas, no ha alcanzado una respuesta consensuada, si bien en la actualidad domina la tendencia de reconocer la contribución técnico-sanitaria a las mejoras en la esperanza de vida (Gorsky, 2008).

Tabla 1. Medias quinquenales de las tasas de mortalidad general e infantil en España durante el siglo XX

QUINQUENIO	TM (por 1.000 habitantes)	TMI (por 1.000 nacidos vivos)	QUINQUENIO	TM (por 1.000 habitantes)	TMI (por 1.000 nacidos vivos)
1901-1905	25,9	171,1	1951-1955	9,7	62
1906-1910	24	158,9	1956-1960	9,1	49,1
1911-1915	22,1	152,5	1961-1965	8,4	43,8
1916-1920	24,5	161,3	1966-1970	8,6	32,1
1921-1925	20,2	140,8	1971-1975	8,2	24
1926-1930	17,8	125,3	1976-1980	6,4	15
1931-1935	16,2	119	1981-1985	7,8	10,6
1936-1940	17,8	125,4	1986-1990	8,2	8,3
1941-1945	14,2	108,7	1991-1995	8,6	6,5
1946-1950	11,4	76,6	1996-2000	9	4,9

Fuentes:

- Datos de mortalidad: 1890-1980: Nadal; 1976-1980: INE. Indicadores demográficos básicos [base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2007. [acceso 30 de abril 2007]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase2/leer.jsp?L=0&divi=IDB&his=0>; 1981-2000: Ministerio de Sanidad y Consumo. Mortalidad por causa de muerte 1981-2004. España y comunidades autónomas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [acceso 30 de abril 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/seriesTablas.htm>
- Datos de mortalidad infantil: 1901-1980: Gómez Redondo (1992); 1981-2000: Ministerio de Sanidad y Consumo. Mortalidad por causa de muerte 1981-2004, *op.cit.*

Tabla 2. Esperanza media de vida al nacer en España, 1900-1990

AÑO DE NACIMIENTO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER
1900	34,9
1910	41,5
1920	41,3
1930	49,9
1940	50,1
1950	62,1
1960	69,9
1970	72,4
1980	75,6
1990	76,9

Fuente: 1900-1970: Dopico y Reher (1998); 1980 y 1990: INE. Indicadores demográficos básicos, *op.cit.*

En medio de la situación así bosquejada, la salud pública nace y se desarrolla a lo largo del siglo XX en España. En su devenir reconocemos cuatro etapas: de nacimiento (1904-1925), consolidación (1926-1957), difuminación (1958-1980) y renacimiento (1981 en adelante). Esta periodización asienta sobre determinados hitos legislativos e institucionales, como la Instrucción General de Sanidad de 1904, que crea los inspectores de sanidad, el Reglamento de Sanidad Provincial de 1925, que crea los institutos provinciales de higiene; el comienzo en 1926 de la publicación del *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, más tarde *Revista de Sanidad e Higiene Pública*; o el inicio de las transferencias sanitarias a las administraciones autonómicas en 1981. Además, este esquema es deudor de la práctica profesional tal y como se articula bajo el franquismo, donde coincidió la pérdida de la autonomía municipal –si no por razón legal, por la práctica política centralista y autoritaria– con la expansión separada de un servicio médico estatal, el del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), luego Seguridad Social, y el agotamiento del modelo sanitario heredado de la República con el cierre de los escalafones y la nula presencia crítica de los sanitarios oficiales. El situar en torno a 1957-58 la barrera entre un periodo que, pese a los avatares políticos decisivos, consolida formalmente muchos

de sus supuestos originales en la Ley de 1944, y otro más prolongado, en el que la salud pública pierde presencia y perfiles públicos, se debe a la extensión al mundo rural de los beneficios del seguro (Decreto de 18 de octubre de 1957) y a la finalización del modelo de campañas sanitarias que habían subsistido en la postguerra, en coincidencia con la sustitución de José A. Palanca al frente de la Dirección General de Sanidad. En este trabajo, sin embargo, por razón de conveniencia editorial, aceptamos la cronología política y este capítulo se acaba con el momento de la insurrección militar contra el gobierno legítimo de la Segunda República.

Dorothy Porter (2004) explica que 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). Más como desde 1917 el escenario político interno español discurrió por la senda de la confrontación, no hubo ocasión para que la modernización sanitaria se alzara con un puesto preeminente en el horizonte de las preocupaciones sociales.

3.1. La etapa de nacimiento de la salud pública, 1904-1925

3.1.1. Problemas de salud

A comienzos del siglo se vivía una sensación de atraso sanitario, como componente de la crisis consecutiva a la derrota frente a Estados Unidos, en 1898 (Rodríguez Ocaña, 1994). Como afirma Manuel Tuñón de Lara, el siglo XX comenzaba teniendo pendientes muchas de las propuestas levantadas en el XIX. De forma genérica, se acuñó el término «regeneracionismo» para referirse al intento de modificar todas las facetas de la vida social y la acción del Estado, con un sentido modernizador. La modernización, como programa, consistía en adaptar a las condiciones españolas las pautas y estructuras vigentes en los países que se consideraban, ejemplarmente, «civilizados», como eran los europeos occidentales. En tal marco, no debe extrañarnos

la existencia de un importante componente sanitario, por cuanto la comparación con dichos países denotaba importantes deficiencias del lado español, tales como los pésimos servicios de suministro de agua y alcantarillado urbanos, la ausencia de servicios organizados de estadística sanitaria, una más elevada mortalidad general y la amplia presencia de enfermedades infectocontagiosas entre sus causas. Por ejemplo, en 1901, la tasa estandarizada de mortalidad por infecciosas era de 1,588 por 100.000 habitantes; 1,057 para las de transmisión aérea; y 457 para las de transmisión fecal-oral (tabla 3).

Tabla 3. Mortalidad comparada por enfermedades infecciosas en varios países de Europa, sexenio 1900-1905 (tasas por 100.000 habitantes)

	VIRUELA	SARAMPIÓN	F. TIFOIDEA	TUBERCULOSIS
Inglaterra	0,02	0,33	0,12	1,23
Alemania	0,001	0,24	0,08	1,80
Bélgica	0,09	0,37	0,19	1,26
Italia	0,68	0,22	0,36	1,12
España	0,24	0,66	0,47	1,43

Fuente: Hauser (1913).

Las condiciones de salubridad de nuestras ciudades dejaban mucho que desear, no siendo mejores las del campo (Galiana, Bernabeu, 2006). El sistema de saneamiento de Barcelona, construido entre 1885 y 1893, sufrió una crónica falta de agua en 1913 que impedía su correcto fluir. En Sevilla, en 1901, el conflicto entre la Liga de Propietarios y el Ayuntamiento estuvo a punto de impedir la construcción del nuevo alcantarillado en el casco antiguo de la ciudad. Una encuesta de la Academia de Higiene de Cataluña, realizada en 1903-1906, atribuyó la principal causa de morbi-mortalidad a la ausencia de alcantarillado en el 70% de los municipios y a la escasez e insalubridad del agua potable en el 49% (Bernabeu, 2006). En 1913, otra encuesta llevada a cabo por Hauser entre los inspectores provinciales de sanidad demostró que «la gran mayoría de las capitales carecen de las condiciones sanitarias necesarias para la salud de sus habitantes». En 1917, un tercio de los municipios españoles

carecía de abastecimiento de agua potable. En 1919, otra investigación, esta del ingeniero Membrillera, subrayó, como punto central del problema sanitario de España, la generalizada deficiencia en cuanto a las conducciones de agua potable, la escasez de limpieza urbana y las graves carencias en alcantarillado. Según los *Avances de los inventarios... de las aguas potables* levantados por la Inspección de Sanidad del Campo en 1918, una cuarta parte del total de los 9.261 términos municipales de España, incluyendo las regiones insulares, poseían caudales de agua insuficientes y un 70% de los manantiales que la suministraban eran potables, según análisis higrométrico, no bacteriológico. El Ayuntamiento de Madrid prohibió el uso de pozos negros en 1922, pero siete años después se contabilizaron no menos de 240 fosas sépticas y 981 pozos negros en su territorio (Huertas, 2002). La incorporación de procedimientos para cloración de las aguas se inició en 1920 (para servir al Hospital Clínico de Barcelona) y a partir de 1925 para servicio urbano, comenzando por la ciudad de Barcelona, Sabadell, Reus, Castellón de la Plana y Soria (Millán, 1927).

El retraso relativo de la administración española a la hora de conseguir el registro fiable de los datos demográficos, retrasó al período de entre 1890 y 1905 la época del «entusiasmo estadístico» en la medicina municipal española, con decenas de trabajos compilados en diversas ciudades, de Jerez de la Frontera a Vitoria, pasando por Bilbao, Valencia y la mayoría de las capitales provinciales, bajo denominaciones del tipo *Cómo se vive y se muere en...* (Rodríguez Ocaña, Bernabeu, 1997). Un subconjunto con especial peso fue el formado por las publicaciones consagradas al análisis causal de la mortalidad infantil, que culminaría con el virtuosismo estadístico de los trabajos de Marcelino Pascua (1934). La publicación regular del *Movimiento anual de la población*, a partir de 1902, serenó esa multiplicidad de estudios locales. Un uso inmediato de esta información se encuentra en las «contabilidades sanitarias» empleadas por diversos portavoces interesados en fomentar la inversión en este terreno; así, el médico y senador Antonio Espina Capó (1850-1930) argumentaba que las pérdidas por sobremortalidad en el decenio de 1901 a 1910 rondaban los cinco mil millones de pesetas.

De «mortalidad verdaderamente vergonzosa» se calificaba a la que se registraba en España en el primer decenio del siglo XX, cuando se la comparaba con la de los «principales» países de Europa. Se trata de una afirmación repetida a modo de

lugar común en las publicaciones médico-sociales de todo el primer tercio del siglo. A título de ejemplo, basten dos testimonios. Para el Director General de Sanidad, Ángel Pulido Fernández, en 1902, la alta mortalidad general hablaba de «un pueblo abandonado y sin defensa». En 1918, Francisco Murillo Palacios (1865-1944), del Instituto Nacional de Higiene (INH) y también Director General de Sanidad entre 1923 y 1929, insistía en que, después de Rusia, «la mortalidad en España es la mayor entre las naciones cultas». En 1932, datos de la Dirección General de Sanidad indicaban que la mortalidad bruta por mil habitantes en Madrid era de 17,2 frente a 13,2 en París, 12,6 en Roma, 11,1 en Berlín o 9,9 en Bruselas. Sólo Atenas, Lisboa y Constantinopla, entre las capitales europeas, superaban la tasa madrileña.

Y en unos momentos en que las enfermedades transmisibles aparecían ante la opinión médica como «enfermedades evitables» no es extraño que su alta prevalencia se achacara al «atraso de nuestra administración sanitaria» y se esgrimiera como acicate para la adopción de una política decidida que abocara en la deseada «regeración sanitaria». Los datos del quinquenio 1906-1910 indicaban que en España hubo proporcionalmente mayor número de casos de fiebre tifoidea que en Italia, triple que en Francia y cuádruple que en Alemania o Inglaterra, así como doble de casos de septicemia puerperal y casi seis veces más viruela que en el país más afectado de los anteriores.

Naturalmente, el problema de la viruela resultaba el más lacerante, habida cuenta de la existencia de un procedimiento preventivo ampliamente probado, como era la vacuna. Recuérdese que el Instituto Nacional de Higiene fue creado como de «vacunación», para incluir esta competencia entre sus atribuciones; sin embargo, pese a distintas iniciativas parlamentarias, la vacunación no se impuso en España hasta 1903 (Porras Gallo en Campos Marín, 2004). El R.D. de 15 de enero, elaborado por Carlos María Cortezo (1850-1933), estipuló la obligatoriedad de la vacunación y revacunaciones en situaciones críticas, como la vivida inmediatamente en Madrid entre 1903 y 1904. En esos momentos se calculó que sería necesaria la vacunación de unas 200.000 personas, lo que chocaba con la falta de linfa y la ausencia de medios; con gran esfuerzo se consiguieron hacer unas 65.000 vacunaciones y revacunaciones, incluso a domicilio para mayor seguridad. La evolución de la mortalidad por viruela era, de todas formas, descendiente, salvo repuntes episódicos, como el de 1903-04 o el

vivido a la vez que la pandemia gripeal de 1918-19. El R.D. de 10 de enero de 1919, de prevención de las enfermedades infecciosas, dispuso la vacunación obligatoria antes de los seis meses de edad y la revacunación cada siete años hasta los 30. En 1929 se produjo el último fallecimiento por viruela en España hasta la Guerra Civil.

La sensación de desvalimiento sanitario fue sentida dramáticamente con motivo de la pandemia gripeal de 1918-19 (Echeverri, 1993; Rodríguez Ocaña en Roca, 1991; Porras, 1997). La gripe comenzó su extensión epidémica en las grandes ciudades norteamericanas de la Costa Este, en diciembre de 1915-enero de 1916. El trasiego de soldados desde América, África Ecuatorial o Australia a Europa movilizó el más formidable contingente de emigrantes transoceánicos hasta entonces conocido en un periodo tan corto de tiempo; sólo entre abril y noviembre de 1918 cruzaron el Atlántico un millón y medio de soldados. Hasta la primavera de 1919, la gripe cursó en tres ondas. La primera se hizo notar entre marzo y abril de 1918, resultando alcanzada España en mayo. La segunda onda comenzó a finales de agosto, en forma de brotes violentos, con alto número de víctimas, que se presentaron inicialmente en Freetown (Sierra Leona), Brest (el mayor puerto de desembarco de fuerzas extranjeras en Francia) y Boston (EE.UU.). En España comenzó a advertirse en septiembre y tuvo en Barcelona su capital más conflictiva en el mes de octubre. Una tercera onda se dejó sentir en la Península en febrero-marzo de 1919, por una reactivación acaecida pese a la vigilancia de las estaciones sanitarias fronterizas.

Aquí como en otros puntos, la pandemia se comportó con letalidad considerable, de modo que considerando la mortalidad anual, 1918 registró la tasa más elevada desde 1886 a 2000. Rasgo característico de la mortalidad de dicho año fue su aumento en grupos de población de jóvenes adultos, más acentuada en mujeres, datos que se tradujeron, en años siguientes, en la disminución acusada de la natalidad.

La extensión pandémica de la gripe movió a las autoridades sanitarias a habilitar las estaciones sanitarias de la frontera con Francia como centros de vigilancia epidemiológica y de control sanitario. Todos los viajeros eran sometidos a reconocimiento médico, disponiéndose la hospitalización y aislamiento de los que presentaban temperaturas superiores a 37° y desinfectándose sus equipajes. En el interior se llevaron a cabo todas las actuaciones públicas conocidas para precaverse de la epidemia:

prohibiciones de reuniones masivas, con la consiguiente suspensión de actos y cierres de locales (escuelas y espectáculos), desinfecciones de vehículos y habitaciones colectivas, habilitación de hospitales para infecciosos, limpieza urbana generalizada e incremento de dotaciones humanas y materiales de los laboratorios microbiológicos. Las prácticas de desinfección, vacunación y sueroterapia gozaban de un halo de triunfo sobre los gérmenes patógenos, por lo que fueron exigidas por el público, hasta el punto que hubo de prohibirse el empleo de suero antidiftérico en casos inespecíficos por temor al desabastecimiento. Bien es verdad que muchos médicos emplearon asimismo autovacunas y sueros diversos, incluyendo el antidiftérico que había sido propuesto como recurso contra la neumonía por el francés Charles Talamon en 1901. Todas las expectativas, sin embargo, se vieron burladas por la sutilidad de la biología de la gripe, que embarcó en incontables polémicas a bacteriólogos y clínicos, y produjo lo que en Gran Bretaña se denominó «el Sarajevo de los servicios médicos».

Un rasgo continuo de la agitación en torno a la salud/enfermedad de la ciudadanía española fue, al igual que en otros países europeos, su focalización en cierto número de enfermedades, denominadas «enfermedades sociales» (Rodríguez Ocaña, 1987a).

Se trata de un concepto acuñado en el siglo XIX para designar situaciones «inherentes a la organización viciosa de la sociedad», según Hauser (Rodríguez Ocaña, 1987b). A lo largo del siglo, y desde una perspectiva sociológica organicista, se empleó la vieja analogía médica para identificar como «patología social» las alteraciones del orden económico, político y moral vigente; por ejemplo, el pauperismo se identificó como «una enfermedad social congénita» (Monlau). Sin embargo, algunos autores irán más allá y Hauser (1884) señalará «las enfermedades sociales degenerativas», como las identificadas por su origen en las deficiencias de la vida urbana industrial; por su prevalencia, pues se trataría de enfermedades «ubiquitarias»; y, por último, por sus consecuencias como «agentes debilitantes de la raza». Conforme se incorpore al imaginario profesional esa trascendencia de la misión médica como agentes pacificadores que vimos surgir a mediados del siglo XIX, diversos autores comenzaron a darle la vuelta a la analogía y pasaron a explicar situaciones clínicas mediante argumentos sociológicos. Con el objetivo de contribuir a la conciliación de clases, la higiene aparecía como «la ciencia social por excelencia», capaz de resolver los más graves problemas de la comunidad —entre los que se citaba expresamente

el de las subsistencias y el conflicto entre el capital y el trabajo— y de conducir al bienestar, evitando los excesos y respetando el orden. De este modo, la higiene o medicina social se insertó en el esquema disciplinador del Estado, potenciando intervenciones médicas a gran escala, en las que se daban la mano las doctrinas de la previsión social y las de la prevención médica, proceso culminado en España con la instauración y desarrollo del SOE, a partir de 1944.

Pero, con anterioridad a este punto, la fusión de intereses médicos e iniciativas filantrópicas, en el marco de una visión más o menos catastrófica del estado de la nación, dio lugar a la organización de luchas o campañas sanitarias, encaminadas a combatir la tuberculosis o las enfermedades venéreas o a extender la puericultura, como objetivos más importantes (Rodríguez Ocaña, Molero, 1993). La elección de uno u otro objetivo tuvo que ver con la percepción médica de los riesgos para la nación, inevitablemente mezclada con los intereses especializados de sus portavoces. En España como en Francia o Gran Bretaña su plasmación fue representativa de la característica economía mixta en la atención sanitaria, produciéndose la participación de organizaciones privadas benéficas y públicas. Su gestación y desarrollo se produjo de forma separada unas de otras, aunque tangentes en muchas ocasiones por la personalidad de sus impulsores. Las coyunturas locales y nacionales fueron determinantes en el origen y desarrollo de estos servicios, que, luego de una trayectoria más o menos larga, resultaron al fin unificados en organizaciones nacionales, en bastantes casos incluidos en la administración sanitaria estatal.

El punto de vista médico-social suponía una consideración de la enfermedad como fenómeno colectivo y una redefinición de los objetivos y técnicas de la asistencia y la prevención, que se plasmó idealmente en estas campañas sanitarias. Estas se caracterizaron por el empleo de nuevos espacios, los consultorios, dispensarios o centros de higiene, que dejaron de ubicarse según el criterio ambientalista en zonas alejadas, bien aireadas, para acercarse a los grupos de riesgo e instalarse en el corazón de los barrios populares o de los pueblos más afectados. La captación de clientela se realizó de manera activa, esto es, no esperando que acudieran las personas en riesgo, sino que eran buscadas o atraídas mediante propaganda sanitaria, oferta de premios u otro tipo de recompensas en especie, suministro gratuito de medicinas, etc. En su práctica destacó la preocupación preceptiva.

Possiblemente las tres campañas médico-sociales más importantes en el mundo industrializado fueron las desarrolladas contra la tuberculosis, contra la sífilis y contra la mortalidad infantil; en determinados países mediterráneos se les unió la campaña contra el paludismo y la campaña contra el tracoma. La tuberculosis se consideró, de hecho, como la «enfermedad social» por excelencia (Molero Mesa, 1987). Su alta morbilidad y mortalidad específica, su vinculación con la mala alimentación, los alojamientos insalubres y la usura del trabajo, así como las consecuencias debilitantes de la misma, esto es, el espectro de la degeneración de la raza, la caracterizaban como tal. En España, las primeras organizaciones benéficas antituberculosas fueron la Asociación Antituberculosa Española, 1903, y el Patronato Antituberculoso de Cataluña, 1904. Favorecieron la instalación de dispensarios, donde se proporcionaba asistencia médica, tratamiento farmacológico, ayudas en alimentación y ropa, seguimiento familiar con despistaje de enfermos precoces, desplazamiento a balnearios y hospicios marítimos (para niños), etc., según las posibilidades económicas de cada patronato benéfico. El primero se inauguró en Madrid por José Verdes Montenegro (1860-1942), en 1901, y para mediados de los años 30 se contabilizaban algo menos de 70 dispensarios y unas 5.000 camas para tuberculosos.

La lucha contra la sífilis se gesta en el contexto de la preocupación por las consecuencias poblacionales (raciales, para algunos) de esta enfermedad, en la sucesión de hallazgos relevantes sobre su etiología y tratamiento (primer medicamento de síntesis activo contra una enfermedad infecciosa, obtenido por Ehrlich, el Salvarsán) y en la toma de conciencia respecto a la prostitución femenina, considerada como el principal factor coadyuvante en la extensión de la enfermedad. Ello se tradujo en la imposición de prácticas sanitarias coercitivas sobre dicho colectivo, que con posterioridad se hicieron accesibles al conjunto de la población afectada a través de una red de dispensarios antivenéreos –de los que en España se contaban 116 a principios de 1934– (Castejón, 1997; 2001 y 2004).

La elevada mortalidad infantil se explicaba, tradicionalmente, desde la perspectiva ambiental esto es, como resultado de la tríada formada por la insalubridad de las viviendas, los malos hábitos alimenticios y la falta de cuidados (consecutivos al trabajo materno), responsables de la debilidad natural que también podía ser here-

dada. Sobre este esquema etiológico se insertó sin problemas la formulación bacteriológica, ejerciendo una función agravante de esa debilidad congénita o adquirida. A lo largo del último cuarto del siglo XIX, al compás del desarrollo de la fisiología y la higiene experimental, el problema de la nutrición cobró mayor relevancia. Se singularizaron diarreas y trastornos de la digestión como entidades a medir por las estadísticas demográficas, donde ocupaban, en efecto, una posición destacada, además de resultar una explicación conveniente para las muertes de los descendientes de clase acomodada. Ayudada también por la reivindicación de una determinada idea o «ideal» de mujer como ser sujeto al imperativo biológico, la reivindicación de la lactancia materna se convirtió en el arma preventiva por excelencia frente a tales fenómenos (Rodríguez Ocaña, 1996). Para su difusión se diseñaron unos nuevos espacios, los consultorios de lactantes y gotas de leche —que, en principio, fueron instituciones separadas, pero rápidamente fusionadas en un solo dispositivo— donde se recomendaba y codificaba la lactancia materna, se vigilaba el crecimiento de los niños y se proporcionaban consejos higiénicos generales. Mas para conseguir clientela entre las clases populares, estos centros ofrecían alimentación aséptica, leche esterilizada gratuitamente o a precios irrisorios. El resultado fue que los consejos higiénicos sobre alimentación se concentraron en el manejo técnico de la alimentación artificial. El patrocinio de estas campañas recayó, sobre todo, en los ayuntamientos y en las juntas de protección a la infancia derivadas de la Ley de 1904, así como en ligas benéficas. En las grandes ciudades se organizaron, como parte de sus servicios de la beneficencia, en forma de «instituciones de puericultura» o similares. En la mayoría de ellas fue rutinaria la impartición de clases de maternología a madres, maestras y alumnas de escuelas superiores, actividad que se ordenó generalizar por R.O. de 22 de septiembre de 1922.

3.1.2. Legislación y administración sanitaria

El R.D. de 22 de enero de 1904 que dictó la Instrucción General de Sanidad, la Ley de Protección a la Infancia de 17 de agosto de 1904, los RR.DD. de Bases para la profilaxis pública de las enfermedades venereo-sifílicas y sobre declaración de enfermedades infecciosas, promulgados el 13 de marzo de 1918 y el 10 de enero de 1919, respectivamente, así como la R.O. designando una comisión para el sanea-

miento de las regiones palúdicas de 24 de agosto de 1920, constituyen interesantes piezas legislativas en la línea de codificar la importancia de la salud pública.

La conciencia de atraso respecto a los países de nuestro entorno facilitó el seguimiento de distintos acuerdos internacionales, en particular la adopción de la clasificación internacional de causas de muerte y la promulgación de la Ley de Accidentes de Trabajo en 1900, la modificación de los servicios fronterizos de sanidad, marítimos y terrestres (lo que dio lugar a la inversión de presupuestos extraordinarios para sanidad en 1909-11), o la búsqueda de un acuerdo con la Fundación Rockefeller, que intervenía extensamente en la Europa posterior a la I Guerra Mundial, acuerdo hecho realidad a partir de 1924 y que discutimos en un próximo apartado.

Conviene recordar que los servicios de beneficencia pública de las administraciones locales, a lo largo del siglo XIX y primera mitad del XX, llevaban incorporados los de higiene y sanidad. No en vano la Ley de Sanidad (1855) establecía con claridad en sus artículos 64 y 65 la obligación de los municipios de prestar asistencia médica-farmacéutica a las familias pobres del lugar y atender los asuntos de higiene pública. La Ley Municipal de 1877 estipulaba la creación de laboratorios municipales para agua, alimentos y productos patológicos, lo que se cumplió solamente en algunas grandes capitales. Esta vinculación expresa se reforzó por la Instrucción General de Sanidad de 1904, la piedra clave en la organización de la sanidad (Rodríguez Ocaña, 2002b).

Dicha pieza legal, una más en la dinámica de leyes intervencionistas de los primeros años del siglo, junto a la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900, la regulación de trabajo de mujeres y niños del mismo año, y la Ley de Protección a la Infancia de 1904, fue decretada por un gobierno conservador ante la imposibilidad manifiesta de superar las discrepancias entre los partidos del turno, puesta de manifiesto en los sucesivos intentos fallidos (1882, 1894, 1899) de renovar la Ley Sanitaria de 1855. Su artículo 109 asignaba a los ayuntamientos las tareas propias de la salubridad urbana: limpieza, aguas, viviendas y locales públicos, cementerios, mataderos, industrias, espectáculos, además de la prevención contra las enfermedades «epidémicas, contagiosas e infecciosas», la asistencia domiciliaria de los enfermos pobres y la higiene de la infancia y de las embarazadas o paridas pobres.

La IGS supuso la organización de un servicio sanitario permanente, de higiene y prevención, en el interior. A las líneas ejecutiva y consultiva de la administración sanitaria añadió otra inspectora. Las dos primeras mantenían los criterios de la Ley de 1855, de manera que la línea ejecutiva iba unida al Ministerio de la Gobernación y se ejercía a través de las autoridades civiles, mientras que la organización consultiva se articulaba mediante el Real Consejo de Sanidad y las juntas de sanidad provinciales y municipales. En los núcleos de más de 10.000 habitantes dichas juntas venían obligadas a establecer laboratorios de higiene e institutos de vacunación, obligación confirmada por R.O. en diciembre de 1908. En mayo de 1909 se publicó la relación de medios (aparatos y reactivos) con que debían dotarse y en octubre de 1909 se dispuso la constitución general de institutos municipales de higiene, para un año después promulgar las normas básicas de los respectivos reglamentos municipales de higiene. Por último, la función inspectora recaía en las nuevas figuras de los inspectores de sanidad, igualmente generales, provinciales y municipales, cuyas obligaciones eran las de vigilar el estado de salud pública y sustentar técnicamente los acuerdos y resoluciones de los órganos anteriores. Su plasmación, sin embargo, padeció grandes diferencias interurbanas. El R.D. de enero de 1919 propuso la conversión en inspectores de distrito de los subdelegados, previa la superación de una prueba de aptitud en materias de epidemiología y prevención, mientras se confiaba en una futura solución para el empleo como inspectores municipales de los vigentes médicos titulares. El nivel superior fue encomendado a una terna de inspectores generales (de sanidad exterior, de sanidad interior y de instituciones sanitarias), que en 1919 pasaron a depender de un superior Inspector General, el cual se convirtió en 1922 en Director General de Sanidad. Los servicios centrales se agruparon en esas tres secciones, correspondientes a las tres inspecciones generales, más la administrativa, cada una de las cuales se compondría de una serie de negociados.

La prestación de servicios sanitarios, pues, era básicamente competencia de las administraciones locales, articulada en el interior de las medidas de acción social contra la pobreza, uno de cuyos rasgos era la falta de salud. A comienzos del siglo XX, para hacer frente a tales obligaciones, muchos ayuntamientos empleaban servicios propios y subvencionaban otros de origen privado. En los últimos años del siglo XIX se habían organizado cuerpos médicos municipales en las principales ciudades, con la inclusión de competencias muy variadas. Así, la ciudad de Barcelona, que

contaba con un laboratorio químico (para la inspección de alimentos) desde 1867, reformado y puesto a disposición del público en 1882, un servicio de desinfección desde 1884 y un laboratorio microbiológico municipal desde 1886, unificó todos esos servicios junto con el servicio médico domiciliario gratuito, iniciado con motivo de la gripe de 1889-90, formando en 1891 un cuerpo médico organizado en cuatro secciones. El servicio de desinfección, junto con el nuevo hospital de infecciosos y las competencias sobre demografía sanitaria (entre 1892 y 1907) nutrieron un Instituto de Higiene Urbana. Su principal cometido en relación con el público fue la limpieza de ropa, muebles y objetos pertenecientes a enfermos diagnosticados de enfermedades contagiosas, así como la limpieza de alcantarillas, locales públicos y locales industriales. A comienzos del siglo XX, la sección 1^a del cuerpo médico municipal realizaba la cobertura asistencial de la ciudad a través de trece dispensarios, un botiquín de socorro y la atención domiciliaria correspondiente. Los dispensarios no sólo actuaban como casas de socorro sino que incluían entre las competencias de sus responsables los reconocimientos médicos a escolares y las tareas de vacunación.

En la capital del Reino, que había creado un primer laboratorio químico en 1878, con un servicio médico benéfico de larga tradición a través de juntas de distrito, cada una de las cuales contaba con una casa de socorro, creó en 1917 una Inspección Médica Municipal. La formaban diez médicos inspectores bajo la dirección del jefe del laboratorio municipal, auxiliados por un cuerpo de policía sanitaria, con competencias sobre higiene de las viviendas y prevención de enfermedades infectocontagiosas; en este terreno, sus principales actividades eran la declaración de los casos, el aislamiento de los enfermos y las prácticas de desinfección.

El escalón provincial de la administración generó igualmente protagonismo en este campo desde finales del Ochocientos. El nombramiento provincial de inspectores de sanidad, realizado de manera esporádica a partir de 1894, se extendió a consecuencia de la IGS. Se les pagaba mediante un porcentaje de las multas impuestas (lo que, sin duda, contribuyó a provocar el número elevado de vacantes existentes) y carecieron, durante decenios, de apoyo material por parte de gobiernos civiles y diputaciones, de forma que su actividad quedaba reducida al lugar de su residencia, la capital de provincia. Hasta 1916 no se les comenzó a dotar de servicios propios en algunos lugares, como Ciudad Real o Valencia. Su principal tarea se centró en la di-

rección de los servicios de higiene de la prostitución. Es reseñable que, para marcar distancias, algunas diputaciones provinciales (ligadas políticamente a los gobiernos centrales), procedieron a generar servicios similares a los existentes en las capitales de provincia (territorio de élites locales). Tal fue el caso de la Diputación valenciana, que procedió a crear un Instituto Provincial de Higiene en 1916, para no tener que contribuir al municipal de la capital. Según los registros publicados en los *Boletines Mensuales de Estadística Demográfico-Sanitaria*, en la segunda década del siglo XX llegaron a existir más de 70 centros (laboratorios municipales y provinciales, químicos y bacteriológicos, servicios de desinfección, institutos de vacunación) en capitales y poblaciones importantes de treinta provincias. Las conclusiones de la Primera Asamblea Nacional de Inspectores Provinciales, celebrada en noviembre de 1916 fueron muy críticas contra las administraciones locales en las que se engarzaba su existencia. En 1921, una nueva asamblea pidió que se dotaran las inspecciones con algo más que el único puesto de inspector, a fin de poder actuar. Como respuesta, y a semejanza de la Brigada Sanitaria Central adscrita a la Inspección General existente desde 1910, se dispuso la constitución de brigadas provinciales, que debían mantenerse mediante la aportación mancomunada de los distintos municipios, y gobernadas por una junta ad hoc, mezcla de autoridades civiles, funcionarios y técnicos, entre ellos el Inspector provincial. Hasta la reforma de 1925, sin embargo, las posibilidades de actuación de estos fueron muy limitadas.

A nivel central, en 1899, a la vez que se restauró por un breve plazo la Dirección General de Sanidad, se produjo también la creación del Instituto Nacional de Bacteriología, Seroterapia y Vacunación, uniendo dos entidades preexistentes. El Instituto fue encomendado a la dirección de Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) y se inició con las secciones de Bacteriología, con competencias de análisis y de enseñanza; Sueroterapia y Vacunas, donde se producía suero antipestoso y antidiftérico y vacuna contra la rabia a la que enseguida sumó la antitífica; y de Inoculaciones antivariólicas, para designar a la unidad anteriormente independiente y con la que se había formado la nueva institución. A ellas se añadió un parque sanitario en 1902. Una sección de Investigaciones Científicas se creó en 1900 y entró en funcionamiento desde 1905, con la edición de una publicación periódica, *Trabajos del Laboratorio de Biología*, bajo la directa supervisión de Ramón y Cajal. En 1909, con motivo de las urgencias derivadas de la nueva presencia epidémica del cólera en

Europa y de la peste en el Norte de África, una reordenación del Instituto, que se dotó de cinco secciones (Epidemiología, Sueroterapia, Vacunaciones, Bacteriología y Análisis Químicos) y cuatro subsecciones (Veterinaria, Parasitología, Tratamiento antirrábico, Ingeniería sanitaria con Parque central). La Sección de Epidemiología se creó para intervenir en cualquier lugar donde se presentara un foco epidémico y se estrenó en el brote colérico sufrido por varias poblaciones tarraconenses en 1911 y en la epidemia de tifoidea desencadenada en Gijón en 1912; en 1920 se refundó como Brigada Sanitaria Central. En 1909 se recomendó a todos los ayuntamientos y diputaciones que crearan «pequeñas brigadas de desinfectares» (R.O. de 9 de septiembre de 1910, en gran medida reiterada el 28 de julio de 1921) y sugiriendo, en 1922, la formación de mancomunidades para el sostenimiento de dicho servicio. La subsección de parasitología, encomendada a Gustavo Pittaluga (1878-1956), dirigió la campaña antipalúdica en la España peninsular a partir de 1920.

La institución, que pasó a ser conocida como Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII a partir de 1914, cuando inauguró su sede en La Moncloa, luego destruida durante la Guerra Civil, sirvió de sustento a los primeros intentos de formalizar una enseñanza reglada en materia sanitaria, bien que de manera esporádica y, junto con el Hospital del Rey, creado para el tratamiento de enfermedades infecciosas en la capital de España, formó el núcleo inicial de la Inspección General de Instituciones Sanitarias de la DGS.

Esta organización multiforme y dispersa, débilmente financiada y escasamente dotada en personal especializado, sufrió un grave descrédito con motivo de la epidemia gripe de 1918-19, ya comentada, que puede considerarse como el suceso culminante de una coyuntura sociopolítica muy tensa, el llamado «trienio bolchevique». La solución adelantada desde los sectores de la burguesía profesional a los graves problemas de estabilidad política del país era la aplicación de la medicina «a la gobernación de los pueblos». Una primera aproximación fue la reivindicación de un Ministerio de Sanidad, a la vez que se lanzaba a gran escala la discusión sobre los seguros sociales sanitarios (Huertas, 1995). El resultado de la primera fue la creación de la Dirección General de Sanidad por R.D. de 28 de febrero de 1922, como órgano técnico superior de dirección de todos los asuntos relativos a ese ramo, a cubrir por concurso entre especialistas. La discusión sobre

los seguros conseguía que el Real Consejo de Sanidad aprobase unas bases sobre las que encargar al Instituto Nacional de Previsión (INP) un proyecto de seguro social de enfermedad.

Otro recurso empleado fue el incremento de las tareas de intervención sanitaria en sentido médico-social, con la multiplicación de las campañas o luchas organizadas de manera filantrópica contra determinadas enfermedades sociales, en cuyo transcurso se produjo una especialización de los servicios municipales y eventualmente, la estatalización de dichos movimientos.

La tercera iniciativa fue la remodelación administrativa emprendida por la Dictadura de Primo de Rivera y la apertura al exterior en forma de acuerdo con la principal institución sanitaria, la Junta de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller. Precisamente un informe reservado escrito por el enviado de esta en 1926 afirmaba rotundamente que la sanidad española era «un completo desastre», dotada de demasiados aparatos de desinfección a la vez que de profesionales de formación anticuada y de escasa dedicación.

3.2. La etapa de consolidación de la salud pública, 1926-1936

La voluntad modernizadora alcanzó su definitivo asentamiento tras la reinstalación de la Dirección General de Sanidad (1922), la conexión internacional a través de acuerdo con la Fundación Rockefeller firmado en 1922 y que entró en vigor en 1924, y la promulgación del Reglamento de Sanidad Provincial de 1925, que creó los Institutos Provinciales de Higiene como centros técnicos competentes de la administración sanitaria periférica. Se abrió así la que hemos denominado etapa de consolidación de la salud pública en España, que iniciándose en la dictadura de Primo de Rivera, se mantuvo durante la República y en los primeros años del franquismo. Tuvo como característica fundamental la generalización del modelo jerárquico-territorial en cuatro niveles, central, provincial, comarcal y local, la atención por la salud rural y el trabajo en forma de

campañas médico-sociales, con los matices que comentaremos, así como la creación de una infraestructura de docencia especializada, la Escuela Nacional de Sanidad (ENS), y la fundación de la Enfermería de salud pública. Aquí, como ya hemos advertido, nos limitaremos a tratar de lo sucedido hasta el momento del inicio de la Guerra Civil.

3.2.1. Internacionalización de la sanidad española: acuerdo con la Fundación Rockefeller

La falta de personal capacitado técnicamente y la focalización urbana de sus intervenciones eran dos importantes obstáculos para la consolidación del sistema de protección diseñado por la IGS. El acuerdo con la *International Health Board* (IHB) o Junta de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller, resultó decisivo en tres terrenos: para facilitar la extensión de la salud pública al ámbito rural, en el suministro de becas para la formación especializada, y en la exigencia de dedicación completa al servicio público.

El convenio con la entidad norteamericana (Rodríguez Ocaña, Bernabeu, Barona, 1998), gestionado por el Secretario Permanente de la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, José Castillejo (1877-1946) y el director de la IHB, Wickliffe Rose (1862-1931), contemplaba dos tipos de actuaciones: el envío de algún personal técnico a España y la dotación de becas en salud pública para titulados españoles.

El médico neoyorquino Charles A. Bailey (n. 1876), con experiencia en El Salvador, fue el primer enviado de la IHB. Vivió en España entre diciembre de 1924 y junio de 1926 (Rodríguez Ocaña, 2001a). Su tarea oficial consistió en un estudio epidemiológico sobre la anquilostomiasis en las minas españolas, que acabó con su publicación y la entrega de recomendaciones oficiales al gobierno. Confidencialmente, esto es, sólo para su casa matriz, realizó también un análisis general de la sanidad española. Su diagnóstico fue muy negativo; en su opinión, la situación se caracterizaba por el despilfarro, la ineficiencia, el desastre organizativo y la despreocupación respecto a los problemas de salud de la población (ausencia de perspectiva epidemiológica), en un contexto donde la escasa dedicación laboral se daba la mano con los bajos niveles salariales.

Charles A Bailey. *Informe sobre la sanidad española (1926)* Provincia de Sevilla

La Brigada Provincial Sanitaria de Sevilla ocupa un edificio de tres pisos, alquilado por la Diputación Provincial por 9.000 ptas al año. En el piso bajo se localiza la acostumbrada gran cantidad de costoso aparataje, manual y a motor, para desinfección, ambulancia automóvil, etc., prácticamente sin estrenar y sin uso. En el segundo piso existe un dispensario antivenéreo para prostitutas y el despacho del Director, mientras que en el tercero se encuentra el laboratorio químico y bacteriológico que se dedica de forma casi exclusiva al servicio antivenéreo. El análisis de aguas potables se contrata con un laboratorio particular, dado que el bacteriólogo no sabe hacerlo. El laboratorio está bien equipado con instrumentos modernos, pero no se hace trabajo alguno de investigación ni hay apenas muestras de que se trabaje en absoluto. El Inspector Provincial de Sanidad no abandona casi nunca la capital de la provincia. Encuentro que tiene un conocimiento bastante escaso de los problemas sanitarios de su jurisdicción y no me pudo enseñar ninguna estadística de morbilidad ni de mortalidad.

La provincia se divide en diez partidos judiciales, en cada uno de los cuales existe un Subdelegado de Sanidad, nominalmente dependiente del Inspector Provincial. No reciben compensación alguna del Estado ni de la Diputación, sólo un salario muy pequeño del Ayuntamiento. En caso de epidemia, el Inspector Provincial de Sanidad imparte sus instrucciones a los subdelegados, con mucha frecuencia por correo o por teléfono, y deja que ellos afronten la situación.

El dispensario de enfermedades venéreas para prostitutas se abre tres veces a la semana. La policía lleva a estas mujeres a reconocimiento normalmente en coche o en automóvil.

En la capital, Sevilla, existe un hospital provincial con 700 camas, que cuenta con sendos pabellones de 30 camas cada uno para enfermedades transmisibles y para venéreas, respectivamente.

La ciudad de Sevilla posee una planta de filtración rápida de agua provista de filtros de arena, con una capacidad de 40.000 m³ diarios.

Los problemas de la provincia son las fiebres tifoideas, la tuberculosis, las fiebres de malta, el tracoma y una elevada mortalidad infantil.

El primer efecto de la llegada de la IHB a España fue, pues, la articulación de una campaña contra la anquilostomiasis, tal y como dispuso el Real Decreto Ley de 12 de mayo de 1926, donde se estipuló la obligación de realizar análisis anuales de heces a toda la población minera, instalar laboratorios y costear tratamientos, sin la pérdida del jornal, así como instalar medios higiénicos para disponer de las heces (Rodríguez Ocaña, Menéndez Navarro, 2006). Como colofón, disponía la creación de un inspector especial de sanidad minera para vigilar el cumplimiento de las normas en colaboración con los provinciales. Para el cargo se nombró a Diego Hernández-Pacheco. La campaña, circunscrita al ámbito minero, se desarrolló con notable éxito, hasta el punto que se produjo la fusión de la inspección sanitaria con la Comisión antipalúdica a finales de 1930, como medida racionalizadora. Lo que aportó la legislación de 1926, que repetía normas dispuestas en las RR.OO. de Fomento de 3 de enero de 1912 y 9 de agosto de 1916, fue mayor decisión política y una mejor institucionalización, todo ello en el contexto de una menor incidencia de la enfermedad por la disminución de la mano de obra minera. Aparentemente, las autoridades españolas aceptaron dar este paso, que nunca les pareció importante, esperando ganar la confianza de la Fundación norteamericana y obtener subvención para construir un edificio para su ENS, del estilo de las que aquella estaba patrocinando por el mundo. En efecto, con apoyo de la Fundación Rockefeller se abrieron las ENS de Praga, 1921, Londres, 1922, Varsovia, 1923, Budapest, Zagreb y Toronto en 1925, Roma en 1930, Tokio en 1933, entre otras. La pretensión española nunca tuvo éxito.

Del *Informe sobre la sanidad española* que escribió Bailey se derivaron otras acciones inmediatas, tales como el refuerzo del programa de becas ya iniciado para personal de la Dirección General de Sanidad, la cooperación con la campaña antipalúdica, así como la propuesta de creación de un Servicio Central de Epidemiología que, finalmente, se inauguró en 1929, sin dotación, y desapareció al abrirse el de Estadística Sanitaria. Importante fue la aplicación de un programa integral de atención preventiva en dos provincias. Otras iniciativas de intervención municipal, especialmente, en Málaga, fueron rotundos fracasos.

Las becas tenían una duración de entre 4 y 24 meses. Las becas cortas se daban para centros en Europa, en su mayoría ligados a la lucha antipalúdica, mientras que las de larga duración implicaban la estancia en EE.UU., cursar el programa general

de salud pública de la *Johns Hopkins* o el de enfermería de la *Western University* y diversas visitas a otros centros. Entre 1925 y 1930 se concedieron veintiuna, diecinueve a médicos, de los cuales se especializaron catorce en salud pública general, cuatro en laboratorio y uno en estadística; hubo, además, un ingeniero sanitario y una enfermera. Entre 1931 y 1936 se dotaron otras veinte becas, de ellas quince para mujeres, una matrona y las restantes para enfermería de salud pública, y cinco para médicos varones, tres para administración sanitaria y dos para laboratorio. Esta distinta composición del personal indica las prioridades marcadas por la Fundación; durante el primer quinquenio, refuerzo del centro sanitario y de la lucha antipalúdica; durante el segundo, la creación de la enfermería de salud pública.

Un programa piloto integral de salud pública se llevó a cabo en Cáceres entre 1929 y 1932. Se actuó sobre todos los campos de la salud pública, incluyendo, con auxilio de los profesionales pertinentes, la salubridad de las viviendas, el suministro de aguas potables y la eliminación de excretas. En el aspecto médico, se comenzó por reforzar los recursos existentes en el Instituto de Higiene (los distintos dispensarios antivenéreo, antituberculoso y antipalúdico, así como la sección de vacunaciones) y se crearon secciones de estadística y epidemiología. Al mismo tiempo se implantó una organización de centros periféricos (numerosos centros primarios, coordinados por centros comarcales o secundarios).

La por entonces denominada *International Health Division* (IHD) de la Fundación Rockefeller vio con pesimismo la apuesta del gobierno republicano-socialista por un cambio de régimen y una simultánea reforma sanitaria, procesos que consideraba incompatibles, por lo que se mantuvo expectante y negó inversiones de importancia para fortalecer el aparato central sanitario. Curiosamente, en 1939 sus enviados defendieron la posición opuesta, indicando que el cambio de régimen era la ocasión ideal para realizar profundos cambios en la sanidad. Durante los primeros tres años republicanos dieron una ayuda menor para instalar las secciones de higiene infantil y de higiene social (antivenérea) que no se hizo efectiva esperando la elecciones de 1933. A continuación, sólo apoyaron el servicio de estadística sanitaria, donde volvió Pascua al cesar de Director General, gracias al respeto profesional que les merecía el trabajo experto de este. En el caso de la lucha antipalúdica, se dieron ayudas para la asistencia de sanitarios españoles a cursos de formación en el Instituto de

Navalmoral hasta 1934 y se financió en su integridad un proyecto experimental para comprobar la disminución del consumo de quinina a través de la intervención con larvicias, realizado en Campo Lugar y Madrigalejo de 1931 hasta el momento de la guerra y dirigido directamente por Rolla B. Hill, nuevo enviado de la IHD. Si bien se mantuvo el apoyo pactado a la intervención sanitaria provincial en Cáceres, que acabó en 1932, cuando el gobierno español ponía 300.000 Ptas. frente a las 19.250 que dotaba la IHD, se negó a prolongar su vinculación con este proyecto. A continuación se inició otro parecido en Albacete, entre mediados de 1932 y 1935, siendo ambos programas reputados como de resultado satisfactorio en los *Annual Reports* de 1934 y 1935 de la Fundación matriz. En este último se afirmaba que, finalizado el periodo de colaboración, el Instituto Provincial de Higiene de Albacete se había convertido en un ejemplo que prometía extenderse a otras provincias.

La aportación más novedosa de la IHD durante la República fue el apoyo al laboratorio de virología montado por Eduardo Gallardo en el Instituto Nacional de Higiene para producir vacuna antivariólica, entre 1934 y 1936. Gallardo, que se especializó junto a Thomas Rivers en Nueva York con una beca de la IHD entre 1933 y 1934, fue el introductor de la virología experimental en España, desgraciadamente olvidado, tras su depuración al acabar la guerra como «premio» a su tarea de mantener un nivel adecuado de producción de vacuna antivariólica en la zona republicana. En su laboratorio, montado con financiación norteamericana, se probaban diversas formas de obtención y mantenimiento de cultivos asépticos de virus vacunal, la manera de producir las mayores cantidades de cultivos eficaces y las formas de distribuirla, garantizando su no contaminación bacteriana y el mantenimiento de su poder inmunizador. Estuvo tan bien considerado por la IHD que lo emplearon como matriz para montar uno similar en Austria en 1935. El laboratorio siguió activo durante la guerra, enviando a provincias más de 8.000 dosis de vacuna desecada pese al traslado obligado de sus instalaciones con motivo del asedio de Madrid. La guerra motivó la suspensión de todo envío de dinero e incluyó el rechazo de toda iniciativa humanitaria, como el envío de medicamentos antipalúdicos solicitados en 1937 por el Ministerio de Sanidad republicano y el *Medical Bureau and North American Committee to Aid Spanish Democracy*, organización entre cuyos patrocinadores estaban Albert Einstein, el historiador de la medicina Henry Sigerist, el fisiólogo Walter Cannon y los salubristas Charles Winslow o William Park, entre otras personalidades.

La intervención norteamericana, pues, resultó decisiva para configurar los aspectos más destacados del modelo sanitario que implantó 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, el establecimiento del servicio de Estadística como columna vertebral de la DGS, la organización sanitaria interior según el modelo sectorizado de centros de higiene ensayado en Cáceres 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 con los que conectarán los propósitos reformistas de los años setenta, tras el largo sueño a que los sometió el franquismo.

3.2.2. Problemas de salud

La práctica totalidad de los problemas señalados para el primer cuarto de siglo continuaron existiendo, si bien sometidos a una intervención médica y preventiva creciente, en particular a través de las campañas sanitarias.

Es representativo, en este sentido el devenir de la lucha antituberculosa. Bajo la dictadura de Primo de Rivera se había producido una fusión de la multiplicidad de juntas y patronatos nacidos como sostén benéfico privado de la red de dispensarios y sanatorio antituberculosos, en forma de Real Patronato de Lucha Antituberculosa, creado por R.D. de 4 de julio de 1924. La República, a través de su primera Dirección General de Sanidad, incorporó esa tarea y organización a las de la Sanidad oficial, creando un servicio especializado y disponiendo el funcionamiento de la red bajo los mismos parámetros de mérito y capacidad para la concesión de puestos de trabajo, igualdad en el acceso para los ciudadanos y sostén financiero por parte de la administración. Esta racionalización estatalizadora se cobró numerosas víctimas en el campo médico y generó agravios antirrepublicanos muy profundos, al perderse de pronto importantes redes clientelares por los patronos de dichas instituciones y sustituirse el nombramiento por amistad o capricho por el concurso-oposición. Tras la Guerra Civil, el franquismo volvió a la idea tradicional, reimplantando un Patronato Nacional Antituberculoso (PNA) con cierto grado de autonomía formal.

El estudio de la tuberculosis fue una prioridad científica y médica una vez establecida su etiología microbiana en 1882 (Molero Mesa, 1990). Durante los siguientes 30 años aparecieron multitud de propuestas de vacunación, en Alemania, Italia, Francia e incluso en España, aquí de la mano de nuestro primer inmunólogo, Jaime Ferrán. Su vacuna antialfa, por estar dirigida contra la forma primitiva o «alfa», precursora del bacilo de Koch según la interpretación del tortosino, se utilizó a partir de 1919 en España e Iberoamérica, de manera que para 1927 se contabilizaban más de un millón de vacunados. El «partido ferranista» se componía de un sector dirigente de los médicos de la lucha antituberculosa, dignatarios oficiales de raigambre liberal y médicos nacionalistas. En julio de 1927 se recomendó por el gobierno la inoculación de esta vacuna en los centros de beneficencia infantiles. Para ese momento ya existía otra, la procedente del bacilo Calmette-Guérin (BCG) producida y estudiada en Francia desde 1921, con buenos resultados, vacuna que había sido introducida en España en 1924 por Luis Sayé (1888-1975) desde su puesto de responsable del *Servei d'Assistència Social dels Tuberculosos* de Cataluña. La polémica por la vacuna más idónea fue zanjada a la muerte de Ferrán (1929) con ayuda de la comunidad internacional: la Conferencia Internacional de la BCG en París (1928), la VII Conferencia Mundial de la Tuberculosis en Oslo (1930) y la Comisión de la BCG de la Academia de Medicina de París (1931) se pronunciaron en favor de la francesa, como también la 2^a Asamblea de la Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa española (1931). El gobierno republicano se decidió también por esta, envió un delegado a aprender su elaboración e inició su inoculación voluntaria entre los recién nacidos en 1933.

La lucha antipalúdica resulta, asimismo, ejemplar por su enfoque sobre el medio rural y por sus directrices funcionales (Clemente Fuentes, 1992; Bernabeu Mestre, 1997; Perdiguer, 2003; Rodríguez Ocaña, Ballester Añón, Perdiguer, Medina Doménech, Molero, 2003). La conveniencia de una intervención pública contra el paludismo siguió al enunciado de una nueva teoría etiológica, anofelico-parasitaria, forjada a través de las destacadas aportaciones de Laveran, Ross y Grassi entre 1880 y 1900. En España, si bien se aportaron evidencias en el mismo sentido en los primeros años del siglo XX, a través de Macdonald, Huertas y Mendoza y Pittaluga, especialmente, las intervenciones a gran escala no comenzaron hasta 1915, en el ámbito de la Mancomunidad de Cataluña, y, a partir de 1920, para los restantes

territorios peninsulares. Los datos del Instituto Geográfico muestran, no obstante, una disminución no regular pero sostenida en la letalidad de la endemia; así, en el primer quinquenio del siglo XX se padecieron tasas de mortalidad por paludismo superiores al 20 por 100.000 en 14 provincias y al 40 por 100.000 en siete de ellas, mientras que para 1915-1919 sólo nueve provincias presentaban tasas por encima de 20 y sólo una por encima de 40 por 100.000. Cálculos posteriores de Marcelino Pascua mostraron que la mortalidad palúdica en el conjunto de provincias sin capitales (la mortalidad más rural) era alrededor de tres veces superior a la de las capitales de provincia.

La organización antipalúdica estatal nació como un ente autónomo denominado Comisión para el Saneamiento de Comarcas Palúdicas entre agosto de 1920 y junio de 1924. A partir de 1924, ahora llamado Comisión Central de Trabajos Antipalúdicos, se fue integrando en la administración sanitaria, hasta culminar en 1934 con la creación del Servicio Técnico de Paludismo dentro de la Dirección General de Sanidad. Sin embargo, su base técnica y de gestión se mantuvo eminentemente provincial y local, bajo una dirección profesional centralizada. El personal de la campaña consistió en un pequeño núcleo de técnicos relacionados con el INH, «médicos antipalúdicos centrales», que creció mediante concursos y oposiciones, algunos técnicos superiores de los institutos provinciales de higiene, también funcionarios, y la extensa red de médicos titulares. Es importante advertir que no se habilitó a nadie para el trabajo dentro de la campaña sin proporcionarle una formación específica, mediante cursillos en el respectivo Instituto de Higiene, en el centro de Navalmoral, lugar de dirección de la campaña, que recibió una media de 60 alumnos por año entre 1931 y 1935, o en otros países, como Italia, Francia, Yugoslavia o Estados Unidos, mediante becas de la Fundación Rockefeller.

El eje de actuación fue el consultorio-laboratorio, el llamado por Sadí de Buen *observatorio antipalúdico*, manejado por dicho personal entrenado, dedicado a la asistencia y tratamiento gratuitos de la población y a impulsar o poner en marcha otras medidas de intervención ambiental. Estos dependieron, hasta 1927, exclusivamente de la Comisión Central, estableciéndose una treintena de ellos; en adelante se contó con la colaboración de los institutos provinciales y mancomunidades, en especial

desde 1929, cuando su número alcanzó más de 140, que fueron más de 250 en 1935. La campaña propiamente dicha consistió en la combinación del servicio de consulta diagnóstica, la aplicación diaria y vigilada de quinina, el estudio de la biología de los mosquitos de la zona, la captura y destrucción de larvas e individuos adultos, así como la dirección de campañas de profilaxis en centros de trabajo cercanos (minas, obras públicas o fincas agrícolas), al menos durante los seis meses más cálidos del año. Cada uno de los enfermos era «fichado y sometido a un rápido interrogatorio, a una exploración de bazo y al análisis de sangre», antes de proceder al suministro del tratamiento farmacológico.

La labor antipalúdica significó, en muchas partes de España, la primera muestra de preocupación estatal por la vida campesina, aparte de la Guardia Civil, y desempeñó un papel de estímulo a la ampliación de las intervenciones sanitarias, como se puso de ejemplo en la Huerta de Murcia. El Inspector Provincial de Higiene advirtió el aumento de la mortalidad específica por paludismo en la zona de 11,5 por 100.000 en 1925 a 21,1 en 1927, mientras que la mortalidad general disminuía y los índices esplénicos alcanzaban valores alarmantes, como el 35,25% en Puente Tocinos. Alertada la Dirección General de Sanidad, se envió a la zona a un médico central antipalúdico, Laureano Albaladejo, quien previa impartición de un cursillo teórico-práctico a los inspectores municipales de sanidad de los ocho distritos más afectados, estableció un dispensario en julio en la casa del inspector de La Ñora y comenzó una actividad larvícida empleando verde París comprado por el Ayuntamiento de Murcia. El servicio se mantuvo en años sucesivos, con distinto personal médico, y en 1929 se unió a otra intervención, cofinanciada por la Fundación Rockefeller, contra la anquilostomiasis, formando una *oficina sanitaria polivalente*, que incluía como funciones el estudio de las enfermedades transmisibles (con especial atención al tracoma, anquilostomiasis y paludismo), la inspección médica de la infancia y medidas de educación sanitaria y pequeño saneamiento, incluyendo la construcción de retretes con cargo al presupuesto sanitario. Retirado el apoyo municipal y el norteamericano en el segundo semestre de 1931, la actuación se mantuvo gracias a la colaboración entre la DGS y el Instituto Provincial de Higiene, de manera que en 1932 se mantuvieron dos dispensarios (Albatalia y Zarandona) y una estación de vigilancia (La Raya). En 1935 existían seis dispensarios.

3.2.3. Legislación y administración sanitarias

El Reglamento de Sanidad Provincial de 20 de octubre de 1925 dispuso la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial preexistentes en un único Instituto de Higiene, bajo la dependencia funcional y administrativa del Inspector provincial. Las obligaciones de la nueva entidad reunían las tareas de epidemiología y desinfección, análisis clínicos, higiénicos y químicos, vacunaciones, propaganda sanitaria e estadística, así como funciones docentes. Entre estas últimas entraba el proporcionar la capacitación básica como higienistas a los inspectores municipales de sanidad. Esta innovación dotó a los sanitarios provinciales de auténticas competencias, si bien su entrada real en vigor fue dilatada en el tiempo y estuvo sujeta a la rigidez burocrática de la administración, a la falta de prioridad política del problema de la salud y a la diversa motivación de los responsables provinciales. La financiación de los institutos resultaba responsabilidad de las diputaciones, a través de una fórmula de corresponsabilidad municipal.

Por su parte, el Reglamento de Sanidad Municipal de 1926 creó el Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad, al que se accedía por oposición nacional, lo que les confería cierta autonomía de los poderes locales, y dispuso la instalación de unas «oficinas municipales de higiene». Sin embargo, apenas se había conseguido instalar un puñado de ellas para 1934.

En 1927 se creó el Cuerpo Unificado de Funcionarios de Sanidad Nacional, fusionando los escalafones preexistentes de las distintas inspecciones de sanidad, exterior e interior, y de instituciones sanitarias. Al cuerpo de sanidad nacional se añadieron los funcionarios procedentes de las instituciones sanitarias centrales en mayo de 1935.

Las pulsiones estatalizadoras conspiraban en contra del protagonismo de los poderes locales, tanto desde la perspectiva corporativa (quejas de las diversas asociaciones médicas sobre las condiciones de trabajo de los médicos empleados por los municipios) como por el ascenso de ideologías políticas que insistían en dotar al Estado de la mayor capacidad de intervención en la vida social. Así, la República inició el proceso de extensión verdaderamente nacional del nuevo aparato sanitario,

generalizando los centros de higiene según una estructura en tres escalones, y en los que concentraron las diversas actividades verticales existentes hasta entonces, para configurar un modelo de trabajo integral.

La rápida sucesión de gobiernos y de líneas políticas hegemónicas se acompañó de cambios organizativos de los servicios centrales muy acusado. Los primeros gobiernos republicano-socialistas, mantuvieron la estructura de 1922, generando nuevas secciones de trabajo en la DGS, como la higiene infantil y la de propaganda sanitaria. Una vez traspasadas al Ministerio de Trabajo las responsabilidades de la gestión sanitaria (Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión creado el 25 de diciembre de 1933), al encargarse los radicales del gobierno, se modificó la estructura del órgano consultivo (Consejo Nacional de Sanidad y Asistencia Pública), se creó el Instituto Nacional de Sanidad (INS), integrando distintas instituciones centrales preexistentes (Instituto Nacional de Higiene, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Farmacobiología, Comisión de Investigaciones Sanitarias). Bajo la Confederación Española de Derechas Autonómicas (CEDA), en mayo de 1935 la Dirección General de Sanidad se reestructuró en forma de tres subdirecciones (ejecutiva, inspectora y de enseñanza e investigación), con la peculiaridad de que sus responsables tenían la posibilidad de tramitar directamente con la Subsecretaría de Sanidad, lo que les confería una autonomía importante respecto de la DGS. Al triunfar el Frente Popular, en febrero de 1936 se volvió a la estructura clásica de inspecciones generales (sanidad exterior, sanidad interior, instituciones sanitarias, servicios y administración). La superficialidad de los cambios administrativos no hacía sino transformar las jefaturas y responsabilidades superiores, al amparo de los cambios de gobierno.

La Dirección General de Sanidad creó un Servicio Epidemiológico Central, a cargo de Antonio Ortiz de Landázuri, por insistencia de la IHB/IHD, en 1929, dos años después de legislado, que no funcionó. En consecuencia, los norteamericanos presionaron para que se nombrara a Marcelino Pascua Martínez (1897-1977), tras dos años de estudios en Baltimore, con Pearl y Frost, y Londres, con Greenwood, y otros dos de colaboración con el Instituto Antipalúdico de Navalmoral, responsable de un servicio central de Estadística sanitaria (1930) —si bien Pascua no obtendría el puesto por concurso oposición hasta noviembre de 1933 (Bernabeu, 1992)—. Este

generó el primer sistema español de información sanitaria al establecer: 1) el circuito de información desde los municipios hasta la DGS; 2) la semana como unidad temporal de información; 3) la retroalimentación, mediante el *Boletín* semanal; 4) el conjunto mínimo de datos necesarios para la identificación de problemas: localidad, nacidos vivos, nacidos muertos, defunciones por todas las causas, fallecidos menores de 1 año de edad, número de casos declarados y defunciones registradas por EDO (Martínez Navarro, 1994).

La figura que marcó el devenir de la sanidad durante la República fue, sin duda, Marcelino Pascua, el médico especializado en estadística con beca de la Fundación Rockefeller, que fue también diputado socialista, embajador de la República española, exiliado tras la Guerra Civil y jefe de la sección estadística de la OMS (1948-1957). Pascua fue el primer Director General de Sanidad republicano y el que más tiempo estuvo en el cargo (de abril 1931 hasta abril 1933). Se ha calificado su empeño de «utopía sanitaria» (Bernabeu Mestre, 2000) pues se propuso una reforma en profundidad del medio rural dando prioridad a la introducción de la higiene pública y la medicina preventiva –lo que le indispuso con las agrupaciones médicas, en particular la Asociación de Médicos Titulares, que pedían ser las dianas beneficiadas por la acción del gobierno. El progreso de la «medicina curativa» lo entendía por la vía de la implantación de un SOE, mientras que la extensión de la prevención dependería de la acción del Estado. Pascua determinó la estructura moderna de la DGS, al incorporar distintos servicios técnicos, como Psiquiatría e Higiene Mental; Ingeniería y Arquitectura Sanitarias; Higiene Infantil; Higiene Social y Propaganda, todas antes de acabar 1931; y, más adelante, la de Higiene Alimentaria. Impulsó la actividad investigadora a través de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias, creada en octubre 1931, como encargada de financiar proyectos originales en función de las conveniencias epidemiológicas nacionales. Incorporó la Cruz Roja, la lucha antituberculosa, el Instituto Nacional del Cáncer y la Leprosería de Fontilles a la sanidad estatal e implantó el modelo de centros de higiene rurales según el experimento probado en Cáceres.

La República dio impulso al programa de la previsión social como forma preferente de enfrentar los problemas de la atención médica. De hecho, el Ministerio de Trabajo había cambiado su nombre a Trabajo y Previsión en noviembre de 1928. Y es que la

extensión de los servicios médicos municipales no pudo ocultar el fracaso de la beneficencia como mecanismo de integración social y como vía de solución de los problemas que generaban las enfermedades en la mayor parte de los niveles sociales. En la coyuntura crítica de 1917-19, donde se sumaron los desarreglos sociopolíticos con los sanitarios producidos con motivo de una nueva pandemia gripe, el fracaso técnico de la medicina y el colapso organizativo de los servicios asistenciales encontraron una respuesta ideológico-política en la postulación de un nuevo modelo de integración social, el SOE, cuya necesidad fue calando a través de distintos foros, como la Conferencia de Seguros Sociales de Madrid, en 1917, y la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, celebrada en Barcelona en 1922, y cuyo modo de organización se fue discutiendo por los técnicos del Instituto Nacional de Previsión hasta abocar en la Ley de Unificación de Seguros Sociales que el inicio de la Guerra Civil impidió. La República dio carta de naturaleza al Seguro Obligatorio de Maternidad para madres trabajadoras (1931) e inició su dotación de consultorios y clínicas y reformó el Seguro de Accidentes del Trabajo (1932), en el que creó los mecanismos para hacer realidad todas las indemnizaciones devengadas por los accidentados, estableciendo la primera Clínica del Trabajo (1933) en Madrid, bajo la dirección de Antonio Oller Martínez (1887-1937).

Otra decisiva contribución republicana fue la intervención en el medio rural, impulsando la integración de los servicios sanitarios según el modelo internacionalmente más avanzado. La fórmula de centros de higiene, locales y de distrito era de origen norteamericano y fue incorporada con importantes matices por países tan diversos como Dinamarca, Polonia o Yugoslavia, avalado por la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones y discutido en dos grandes conferencias internacionales sobre sanidad rural: de ámbito europeo, en Ginebra, 1931 y de ámbito asiático en Bandung, 1937; sin que llegara a celebrarse la tercera, prevista para América en 1939 (Barona, 2005). La implantación iniciada en 1932, de este modelo de centros en España (de los que sus organizadores republicanos pensaron abrir entre 180 y 200 en seis a ocho años) fue inevitablemente lenta, por los problemas de personal y de financiación, así como por los vaivenes políticos de la República: los planes y actuaciones del primer bienio se vieron paralizados o muy restringidos, para volver a tomar aliento durante la breve etapa frentepopulista. En el bienio conservador, la Ley de 1934 ya advirtió que la extensión de los

centros secundarios de higiene se adecuaría a las posibilidades económicas de cada Mancomunidad provincial. De los servicios puericultores, adscritos desde el principio a centros secundarios y primarios, se reclamó su segregación en 1935 por los médicos puericultores, a la vez que se suprimían los dispensarios antivenéreos en las poblaciones no capitales de provincia para asimilar sus competencias a los centros secundarios; incluso se postuló la integración de servicios de higiene mental en el nivel terciario, con ocasión del Primer Congreso Nacional de Sanidad de 1934. En febrero de 1936 se dispuso oficialmente la integración de todos los servicios sanitarios estatales. En esos momentos se tenía conciencia de la dificultad de compaginar una organización integral de salud pública, con su característica fusión de acercamientos preventivos y asistenciales, con el mantenimiento de un mercado libre de servicios sanitarios.

La fórmula de las Mancomunidades sanitarias como responsables del sostén económico del trabajo sanitario se consolidó por la Ley de Régimen Sanitario de 11 de julio de 1934. Se reafirmó en ella la consideración de la sanidad como función pública dirigida por el Estado, si bien ejercida mediante la colaboración entre municipios, provincias y la propia administración central. Con este sistema provincial, cuya Junta Directora estaba presidida por el Delegado de Hacienda, se reforzaban las garantías para el cobro de los haberes de todos los funcionarios sanitarios y para el sostén económico de los institutos de higiene.

La estructura interna de los institutos provinciales se adecuó a la de la Dirección General de Sanidad, configurándose en diversas secciones técnicas (comunes a todas: epidemiología y estadística, análisis, tuberculosis, higiene infantil; venéreas y lepra, particulares; según los casos: paludismo, tracoma, higiene mental, ingeniería sanitaria, higiene del trabajo, higiene de la alimentación). Quedaban fuera los servicios de sanidad exterior y la administración de hospitales, pero dentro todas las actividades de las «campañas sanitarias», de manera que su personal se integró también en los escalafones de sanidad nacional. A resaltar la desaparición de la desinfección y su sustitución por estadística, en consonancia con el cambio similar que se registró primero en la DGS; se trata de superar la vieja epidemiología, centrada en el laboratorio y especializada en la intervención desinfectora, por la nueva, vertebrada por el análisis de la información poblacional (vigilancia epidemiológica).

3.2.4. Comienzo de la formación reglada de especialistas

3.2.4.1. La Escuela Nacional de Sanidad

Con anterioridad a 1925, los puestos de la sanidad estatal se conseguían previo concurso u oposición libre, para la que no había ofertas regladas de preparación específica. Sólo en algunos momentos el Instituto Nacional de Higiene ofreció «cursos de ampliación», por ejemplo en bacteriología y parasitología. En 1924 se decretó la creación de la Escuela Nacional de Sanidad, sobre la suma del Instituto Nacional de Higiene y del Hospital del Rey para enfermedades infecciosas (Bernabeu Mestre, 1994). De ambos se obtendrían los medios humanos y materiales indispensables para una formación básica en las materias centrales (bacteriología, inmunología, desinfección, estadística, legislación sanitaria, etc.) materias a las que se debían unir otras más «modernas», en opinión de Francisco Murillo, entonces Director General de Sanidad, como la higiene industrial, escolar y social. Inicialmente se restringió el acceso a los ya funcionarios estatales, admitiéndose 10 sanitarios en la primera promoción (1926-27) y 12 un año después. Pero su actividad no se regularizó hasta la aprobación de su Reglamento por R.D. de 12 abril de 1930 y el nombramiento como Director de Gustavo Pittaluga, por entonces ya miembro activo del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, donde alternaba con relevantes sanitarios de todo el mundo y donde asistía a reuniones con directores de escuelas de sanidad de Europa y América.

El proyecto Pittaluga se caracterizó por defender para la ENS una idea básica de organismo autónomo, capaz de colaborar con universidades y servicios sanitarios y de gran plasticidad funcional. Proponía el establecimiento de cursos para formación de los aspirantes a las plazas de funcionario sanitario, que conferirían el título de «oficial sanitario» necesario para presentarse a las oposiciones, así como otros para perfeccionamiento de funcionarios, médicos, farmacéuticos y veterinarios, pero también para profesionales como ingenieros y arquitectos, y el personal subalterno necesario en las instituciones sanitarias, además de formar enfermeras de salud pública. Las tareas docentes, que incluirían necesariamente estudios prácticos y trabajos de campo, en instalaciones como las del Instituto Alfonso XIII, Hospital del Rey, la red de centros antituberculosos, el Instituto de Navalmoral de la Mata y los dispensarios antipalúdicos, el laboratorio parasito-

lógico de Linares o los institutos provinciales de higiene, debían completarse con investigación propia y publicaciones. Buena parte del material pedagógico se suministró desde Estados Unidos.

El Gobierno republicano modificó el reglamento en 1932, acabando con esa concepción autónoma e imbricando directamente la administración y dirección de la Escuela a la DGS. También dio prioridad en la aceptación de matrícula de los aspirantes a los resultados del examen de ingreso sobre los méritos y modificó la forma de contratar al profesorado no titular. El profesorado numerario, desde 1930, se reclutaba mediante concurso. En 1934, la ENS pasó a integrarse en la sección de Estudios Sanitarios del nuevo Instituto Nacional de Sanidad, el cual presidió Pittaluga.

3.2.4.2. La creación de la Enfermería de salud pública

Con el primer proyecto de crear un centro nacional de formación especializada sanitaria, en 1924 se pensó en dotar un cuerpo de enfermeras sanitarias, lo que no se llevó a cabo hasta la República (Bernabeu Mestre, Gascón Pérez, 1999). Al hacerse cargo de la Dirección de la ENS, en 1930, Gustavo Pittaluga alentó este proyecto y comprometió la participación de la Fundación Rockefeller en la financiación de un centro específico para ello y en la preparación en Estados Unidos del profesorado de la futura escuela. El proyecto de construcción del que se denominó Centro de Salud de Vallecas se completó en 1936, sin llegar a entrar en funcionamiento a causa de la guerra. Las ayudas de estudios se hicieron realidad para 14 enfermeras tituladas, que entre 1931 y 1936 estudiaron y practicaron en la *Western University* de Cleveland y en el *East Harlem Nursing and Health Service* de Nueva York durante dos años.

Las necesidades de la expansión de los servicios sanitarios no pudieron esperar a que acabara dicho proceso, de modo que entre febrero de 1933 y julio de 1935 se convocaron, bajo las directrices de la ENS, hasta cuatro cursos dirigidos a la preparación de enfermeras visitadoras con destino a servicios de higiene infantil, dispensarios antituberculosos y centros secundarios de higiene rural, de los que saldrían cerca de 130 diplomadas. En todos estos casos, se trataba de enfermeras tituladas,

que obtenían una formación especializada, formada por conocimientos de higiene general, higiene escolar, higiene del trabajo, higiene de la alimentación, estadística y demografía sanitaria, fichas epidemiológicas, propaganda, ficha y hoja clínica, administración y legislación sanitarias y medicina social.

En 1934 se inició la planificación del futuro centro, conocido como Escuela de Instructoras de Sanidad, bajo la dirección, como Inspector-Secretaria, de Mercedes Milá Nolla. Como muestra de la ambición de la propuesta no se iba a exigir a las candidatas previa titulación sanitaria. Tras la Guerra Civil, el centro se inauguró en 1941 como Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, pero recuperando los planteamientos docentes iniciales, ya puestos en duda por numerosos sanitarios desde mediados de los años treinta, críticas reiteradas por uno de sus directores, Carlos Rico Avelló, en 1962.



4

La salud pública española bajo el franquismo

Este fue un periodo político y social centrado en un poder personal, con restricciones de las libertades públicas (partido único), sindicales (nacional-sindicalismo) e individuales y con una política social basada en el socialcristianismo y en el nacionalismo económico. Sin embargo, no debemos verla como una fase uniforme de nuestra historia, sino como un periodo rico en diferentes experiencias, producidas por los cambios a los que se vio obligado el Régimen, tanto debido a la situación internacional como a la falta de viabilidad de los planteamientos económicos iniciales. Desde esta perspectiva ideológica se justificó una determinada forma de apropiación y acumulación de riqueza y es por ello una de las formas históricas del desarrollo del capitalismo español que, evidentemente, fue el primer beneficiado. Se pueden identificar dos grandes etapas en el devenir del Régimen. La primera, periodo de la autarquía, que dura desde la finalización de la Guerra Civil hasta la entrada en el Gobierno de la burguesía urbana e industrial, lo que posibilitó el Plan de Estabilización económica del año 1959. La segunda, o periodo del desarrollismo, que se inicia entonces y llega hasta la muerte del dictador, caracterizándose por el importante desarrollo económico, basado en la industrialización, con cambios estructurales, espaciales y de las condiciones generales de vida.

Ya hemos advertido que, desde la perspectiva de la historia de la salud, la etapa franquista participa del periodo de consolidación de la salud pública

española, en el tiempo que, aproximadamente, coincide con la etapa autárquica, mientras que durante los años restantes lo que se vive es un retramiento o difuminación de aquella.

Jiménez Lucena (1998) ha advertido la existencia de un territorio de consenso entre las distintas ideologías políticas en cuanto a objetivos intermedios en la conquista de la salud. Históricamente este consenso aparece vinculado a la intervención profesional, en particular la visión de la educación sanitaria como prescriptora de conductas. Así, durante la Segunda República, las diferencias entre las propuestas de derechas e izquierdas aparecerían sólo al profundizar en los fines de las intervenciones sanitarias y en las razones últimas de los graves desajustes que todos aceptaban: frente al fortalecimiento de la raza (nación; horizonte de la preocupación más conservadora), cuanto más a la izquierda nos desplazáramos en el espectro político más relevancia cobraba el objetivo de igualdad y, en paralelo, mayor trascendencia revolucionaria se concedía al trabajo médico. Este sustrato profesional hizo posible el desarrollo de la medicina social en el franquismo. La intervención masiva más constante fue la mantenida por las distintas campañas contra enfermedades sociales pertrechadas de las novedades que iban proporcionando la inmunología, la farmacología experimental y la influencia internacional.

Rasgos propios de esta etapa son el repunte epidémico de posguerra, en los años cuarenta, en que todos los indicadores sanitarios se desplomaron, como consecuencia de la penuria y la desorganización efecto de la Guerra Civil así como la difícil coyuntura internacional producto de la Guerra Mundial y el posterior aislamiento político de España. La sanidad franquista gozó de gran apoyo institucional, al menos formalmente, en estos momentos; los primeros discursos de fin de año de Franco hicieron referencia a los retos sanitarios que se oponían a la estrategia poblacionista del Régimen que pretendía alcanzar los 40 millones de habitantes, como soporte material indispensable para esas ínfusas de Imperio propias del discurso político del momento. Su ordenación legal siguió las líneas generales trazadas por la República, con ciertos matices. En los años siguientes la realidad nosológica cambió profundamente, la mortalidad general se situó por debajo de 10 por 1.000 en 1952 y la mortalidad por infecciones dejó de ser la principal causa de muerte en la segunda mitad de la década iniciada en 1940.

Desde la perspectiva de la intervención pública, cobró relevancia la acción previsora, pues el desarrollo de los seguros sociales representó una vía de legitimación del nuevo Régimen. A la vez que estos crecían, se vivió una difuminación de la salud pública, que, pese a su preeminencia legislativa, quedó rezagada en la consideración estatal ante la potencia económica del seguro, sus mayores beneficios políticos inmediatos y el cambio en los riesgos y causas de muerte. Por otro lado, la pérdida de protagonismo de la acción benéfica en beneficio de la acción previsora ayudó a acentuar la relevancia del Estado central respecto de los dispositivos periféricos, en particular los municipales, de tan larga tradición.

De este modo, si bien durante los 10-15 primeros años del Régimen dictatorial se mantuvo una inercia de trabajo y compromiso en nada expresamente crítico con el Régimen, por supuesto a través de un personal básicamente formado en la etapa anterior, los cambios indicados llevan a la difuminación de la salud pública, con una disminución de la calidad de la oferta de formación, la intervención y la investigación, que se hace rutinaria y falta de objetivos a la vez que se consuma la transición epidemiológica. La novedad importante es el ascenso de la virología, de nuevo ligada a procedimientos de vacunación, con motivo de la epidemia de poliomielitis, y la constitución de un polo de trabajo experimental de laboratorio en las instalaciones de Majadahonda, inauguradas en 1974.

4.1. Problemas de salud

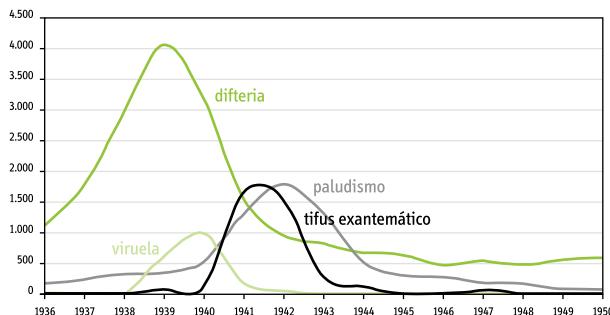
4.1.1. La crisis de posguerra

Al finalizar la Guerra Civil el patrón epidemiológico estaba dominado por las enfermedades infectocontagiosas, tanto en la morbilidad como en la mortalidad, distinguiendo una situación coyuntural y otra estructural.

Lo coyuntural fue, en primer lugar, la reemergencia del paludismo, la viruela, la difteria, el tifus exantemático, el incremento de la mortalidad infantil, la tuberculosis o la fiebre tifoidea, en relación con el deterioro de las condiciones de vida, que afectó

especialmente a las clases trabajadoras y que se manifestó por carencias alimenticias (Barona, Perdigero, 2008) y déficit de la vivienda. O la elevada mortalidad por causas externas, que presentó una evidente curva epidémica de larga duración (prácticamente 10 años) relacionada con la Guerra Civil y cuyo impacto inmediato se reflejó en la pérdida de la esperanza de vida para el grupo de 15 a 45 años.

**Gráfico 1. Reemergencia epidémica de posguerra (defunciones).
España, 1936-1950**



Fuente: INE. Movimiento natural de la población. [base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2007 [acceso 30 de abril 2007]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>

La guerra, para empezar, desorganizó todo lo preexistente, produjo grandes movimientos de población civil es decir el flujo de refugiados durante la guerra hacia las zonas republicanas, y militar, comenzando por el paso a la Península de contingentes de tropas marroquíes y siguiendo por las concentraciones derivadas de las operaciones de guerra. Asimismo, produjo una escasez de bienes junto a una disminución del poder adquisitivo de los salarios y un incremento del coste de los alimentos que fue superior al incremento del coste de la vida (Tuñón de Lara, 1965). Se produjo un retorno al medio rural, que presentó un incremento de 700.000 personas, mientras descendió la población activa industrial, y disminuyó el peso de la renta salarial dentro de la renta nacional. La crisis de subsistencias incidió sobre una población con escasa capacidad de consumo, especialmente en los barrios obreros de las grandes ciudades, donde las condiciones de vida ya se habían deteriorado gravemente por

el impacto bélico directo. Así lo reveló el estudio sobre nutrición emprendido con ayuda de la Fundación Rockefeller en Madrid (Del Cura, Huertas, 2007). El hambre producto de la guerra se acompañó de la extensión de la pelagra, con decenas de miles de casos, si bien las mayores consecuencias de la deficiencia alimenticia no radicaron en avitamínosis, una consecuencia benigna del hambre, sino en su relación con la tuberculosis, según estudios demográficos (Huertas, 2006). En 1941 el equipo organizado por Francisco Grande Covián realizó una encuesta antropométrica, clínica y radiológica, sobre un conjunto de 255 niños, de 5 a 14 años, encontrando que existía un bajo valor calórico de la dieta, escasa ingestión de proteínas animales, déficit acentuado de calcio y relativo de diversas vitaminas; una situación que mejoró cuantitativamente, que no cualitativamente, en 1942, por el mayor consumo de pan y aceite. En 1948 se estudiaron 81 familias (429 personas), con un salario medio de 25 pesetas/día/familia, presentando una dieta pobre en calorías; con ingestión proteica moderada, intenso déficit en calcio, y menos acusado en riboflavina, resultado de una alimentación con poco consumo de pan y leche, exiguo consumo de carne y huevos y gran consumo de pescado, que es considerado, por los autores, como el responsable del aporte proteico «gracias a cuya abundancia se evita la carencia proteica y se suministra buena parte de las grasas». En algunas provincias se produjeron brotes de latirismo producto de la monotonía dietética a base de harina de almertas.

Los aspectos estructurales se refieren al dominio que lo rural tenía sobre la sociedad española. No sólo en términos ideológicos, donde existió un canto a los valores morales de la vida rural, sino al hecho objetivo de que la estructura urbana y económica del país correspondía a una sociedad de base rural con una economía agraria atrasada, con escasa implantación de un verdadero capitalismo agrario y un modesto desarrollo industrial, por otra parte muy localizado geográficamente.

Así pues, el patrón epidemiológico se caracterizaba por una esperanza de vida al nacer indicativa de la elevada mortalidad infecciosa, especialmente infantil y temprana, y una morbilidad infecciosa relacionada con la transmisión hídrica, relacionada con la precaria situación urbana. La mortalidad infecciosa alcanzó en 1941, su tasa más elevada y su tendencia decreciente se retrasó, de manera que no fue hasta el segundo quinquenio de los años cuarenta cuando la mortalidad por enfermedades cardiovasculares la superó.

Desde agosto de 1939 a diciembre de 1941, la Fundación Rockefeller volvió a colaborar con el gobierno de España, sin hacerle ascos a su naturaleza política, en tanto que un país al que veían como un «vasto laboratorio para el estudio de las enfermedades asociadas a la guerra». La cooperación, que se centró en trabajos experimentales para obtener una vacuna contra el tifus exantemático y en estudios sobre las carencias nutritivas de la población, acabaron abruptamente con la entrada de Estados Unidos en guerra contra Alemania, entonces principal aliada de España.

La crisis sanitaria de posguerra no fue bien estudiada en la época, ni fue abordada hasta después de varios años. Las epidemias tíficas, por ejemplo, se iniciaron en 1939, pero no crearon alarma hasta abril de 1941, si bien los primeros brotes ciudadanos de Granada, Sevilla y Madrid fueron ocultados (Jiménez Lucena, 1994). Entre diciembre de 1942 y marzo de 1943 se produjeron las primeras reuniones sanitarias, no divulgadas, para tratar el asunto. La opinión oficial sanitaria estaba en sintonía con la ideología autoritaria vencedora, ya que consideraron la situación básicamente como problema «de orden público sanitario», en palabras del Ministro de Gobernación, Blas Pérez. La incidencia epidémica se justificó como herencia del bando perdedor, identificando groseramente la limpieza, tan escasa entre las masas desfavorecidas, con la pureza ideológica; incluso se quiso cambiar el nombre popular de «piojo verde» por el de «piojo rojo». Estudios sobre la epidemia de tifus de Málaga muestran la resistencia pasiva que opuso la población: el 13,5% de los hogares ya visitados no abrían la puerta en la segunda visita, y el 47,7% en la tercera vez. En Madrid, la investigación sobre nutrición ya mencionada sólo pudo conseguir al 36% de las 2.000 visitas domiciliarias previstas, y en el informe final, impreso en 1944, su director afirmaba que «la actitud general de las familias era de desconfianza» (Jiménez Díaz, 1978).

En marzo de 1941 se ordenó la vacunación antidiftérica de todos los nacidos en los cuatro años anteriores, a través de Sanidad y de la Sección Femenina del partido único fascista, si bien faltaron dosis a nivel nacional para completar la primera tanda del necesario ciclo de dos. La Ley de Bases de Sanidad de 1944 hizo obligatorias esta vacuna y la antivariólica, así como, en caso de brote, las vacunas contra la fiebre tifoidea y paratifoidea. Todas ellas, junto con la BCG y la antirrábica se produjeron en las instituciones centrales y en muchas de las periféricas.

4.1.2. Mejora de la situación de salud: erradicación del paludismo y mejora de la salud infantil

Una vez acabada la Guerra Mundial y a lo largo de la siguiente década, España disfrutó de mejoras notorias en los indicadores básicos de salud. Se recuperó la tendencia descendente que con carácter general presentaba la mortalidad. En el segundo quinquenio de los años 40 la mortalidad cardiovascular superó a la infecciosa, apreciándose que las tendencias decrecientes correspondían a las enfermedades infecciosas de transmisión aérea y fecaloral, grupos en los que la disminución de un punto en la mortalidad general produjo el descenso del 39 y 15 %, respectivamente. En el período siguiente, 1960-75, ese impacto corresponde a la transmisión aérea y a las enfermedades mal definidas, lo que sugiere mejoras tanto en la cumplimentación del certificado de defunción como en el diagnóstico. Al contrario, las enfermedades no infecciosas, como cáncer y cardiovasculares, especialmente la enfermedad isquémica, presentan tendencias crecientes, con un impacto en la mortalidad general. Al desaparecer el impacto de la mortalidad epidémica sobre la mortalidad general, a pesar de las elevadas mortalidades con que se inició el decenio, la ganancia en años de vida, entre 1940 y 1960, fue la más alta del siglo para todos los grupos de edad, superando al período 1920 -30 (ver tabla 2).

Dos ejemplos destacados en cuanto a esta mejora fueron la erradicación del paludismo y la disminución de la mortalidad infantil. Episodios de signo contrario, sin embargo, fueron la extensión epidémica de la poliomielitis a partir de 1952 y las epidemias de brucelosis y meningocócica, indicativas de las contradicciones en las que se desarrolló la conformación de nuevos espacios urbanos y su impacto sobre el medio rural. Y una historia de contornos nada precisos es la de la tuberculosis, cuya incidencia y prevalencia disminuyó, así como su letalidad, sin desaparecer, acentuándose sus rasgos de enfermedad crónica (hasta su repunte en la década de 1970).

La campaña antipalúdica, bajo la dirección de Gerardo Clavero del Campo (1895-1972), responsable de la ENS, siguió las mismas pautas que en el periodo republicano, salvo por el cambio en la cúpula dirigente y las lógicas penurias de los años de la década de 1940, aliviadas tras la retirada alemana del Norte de África que permitió adquirir, a cambio de aceite de hígado de bacalao, las reser-

vas estratégicas de la *Wehrmacht* en antipalúdicos de síntesis (Rodríguez Ocaña, Ballester Añón, Perdigero, Medina Doménech, Molero, 2003). A la finalización de la Guerra Mundial se introdujeron los medicamentos producidos en los países anglosajones y los insecticidas clorados como larvicias, rápidamente reorientados hacia la destrucción de los insectos adultos, una estrategia consagrada en la editorial de julio de 1948 de la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* y en la O.M. de 15 de julio de 1949. A partir de 1950, la lucha frente al mosquito adulto y la intervención clínica amparada en los antipalúdicos de síntesis fueron las dos medidas más importantes llevadas a cabo en España para controlar el paludismo. Entre 1950 y 1957 se realizaron dos impregnaciones de insecticidas por año, después sólo una, en función de la presencia de paludismo en las distintas provincias, que se hizo residual.

La campaña lanzada por la VIII Asamblea Mundial de la Salud (1955) sobre erradicación del paludismo fue bien recibida en España, que firmó su respectivo convenio con la OMS en noviembre del año 1959. Un programa piloto, básicamente consistente en la vigilancia activa para la detección de casos y su tratamiento, junto con desinsectaciones selectivas, fue verificado en 1959 en tres comarcas: de abril a septiembre, en Navalmoral de la Mata (Cáceres) y de abril a octubre en Moraleja (Cáceres) y Arcos de la Frontera (Cádiz). Tras las visitas efectuadas por paludólogos de la Oficina Europea de la OMS en diciembre de 1960 y 1961, se acordó extender esta «vigilancia activa» a todas las zonas históricamente endémicas del país, esto es, las provincias de Cáceres, Badajoz, Cádiz, Huelva, Sevilla, Jaén, Murcia y Alicante, con lo que se pretendía eliminar los focos residuales de infección que pudieran subsistir. Conseguida la consolidación, se pasó a la fase de mantenimiento, en la que lo esencial era una vigilancia pasiva con la implicación efectiva de todos los dispositivos sanitarios del país para impedir el rebrote de la enfermedad. (La erradicación se certificó oficialmente en 1965, tras dos años sin casos autóctonos, habiéndose vivido los últimos en dos comarcas cacereñas.)

La campaña de prevención de la mortalidad infantil (tabla 4; Rodríguez Ocaña, 2001c), iniciada en España con las primeras Gotas de Leche a partir de 1902, encontró una expresión profesional, como una especialidad sanitaria, a través de la Escuela Nacional de Puericultura (establecida en 1923 y abierta en 1926). En sus inicios

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

la Puericultura fue una ocupación médica, hasta que en 1958 desapareció de las competencias médicas dentro del seguro de enfermedad, quedando limitada su existencia al campo preventivo (médicos de la sanidad nacional). A la vez, se incorporó a los cometidos de ciertas enfermeras y matronas e incluso personal no sanitario como maestras y divulgadoras de la Sección Femenina. Entre 1940 y 1958 se mantuvo la misma dinámica de intervención de la República en el medio campesino a cargo de la sanidad estatal; aunque las cifras son de difícil verificación, se contó hacia mediados de la década de 1950 con unos 500 centros dependientes de la Dirección General de Sanidad en toda España, que trabajaron con el apoyo de la Sección Femenina, mientras que en el mundo urbano se consolidaron los seguros sociales sanitarios. En esta etapa, la Puericultura es la única actuación preventiva que se ejecuta de forma regular dentro del seguro (de Maternidad, hasta 1948; Seguro de Enfermedad en adelante). La acción benéfica siguió siendo relevante, mas, debido a la pérdida de autonomía política municipal que siguió a la contienda, lo fue a través de una nueva organización centralizada, la Obra Nacional de Auxilio Social, también organización del Movimiento, que en 1962 se integró en la administración del Estado. Hasta finales de la década de 1960 dispuso de más de 160 centros de alimentación infantil, además de hogares para huérfanos y otras instituciones, siendo el principal vehículo de reparto, junto con el sistema escolar, de la ayuda social americana (leche en polvo y queso) entre unos cuatro millones de beneficiarios menores de edad.

Tabla 4. Evolución de la mortalidad infantil* en algunos países europeos

PAÍSES	AÑOS					
	1930-34	1940-44	1950	1960	1970	1980
Gran Bretaña	65,5	54,8	31,4	22,5	18,4	12,1
Francia	80,1	77,7	52	27,4	15,1	10
Austria	100,2	76,7	66,1	37,5	25,9	14,3
Italia	105,6	109,7	63,8	43,8	29,2	14,3
España	120,1	114,6	69,8	45,8	28	12,3

* Fallecidos menores de un año por mil nacidos vivos.

Fuente: Gómez Redondo (1992).

En el medio rural fue más importante la colaboración de la Sección Femenina, que organizó un cuerpo de voluntarias dotadas de instrucción sumaria en maternología y puericultura, que actuaron como agentes volantes en la campaña contra los trastornos nutritivos, programada por la Dirección General de Sanidad, entre 1941 y 1946. Los cursos de instrucción se multiplicaron mediante cátedras ambulantes y se crearon puestos de divulgadoras en cada municipio rural. En la década de 1940 se calcula que prestaron más de siete millones de visitas.

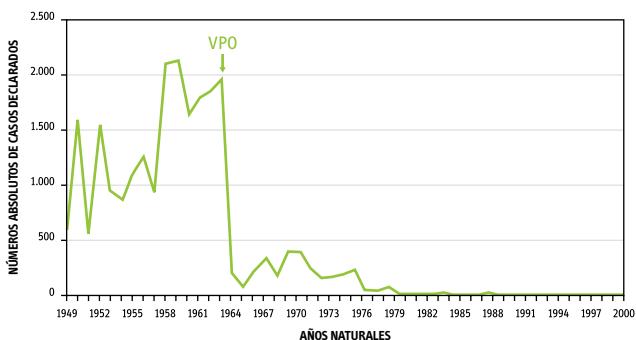
Durante la siguiente etapa, hasta el fin del franquismo, la Puericultura restringe a los ámbitos de la sanidad gubernamental y de la beneficencia pública sus cometidos, que se concentran en la capacitación de personal femenino con distintos niveles de profesionalización, desde las enfermeras y matronas puericultoras a las cursillistas del Servicio Social obligatorio, que existía en paralelo con el servicio militar para los varones, sin dejar de admitir médicos. En 1963 existían 16 Escuelas Provinciales de Puericultura frente a las 13 de 1947.

4.1.3. Pérdida de importancia de la patología infecciosa y algunos problemas nuevos

Se apreció, asimismo, el incremento progresivo de la poliomielitis, a partir de 1950, cuya valoración en las *Memorias* anuales de la Dirección General de Sanidad siempre se hizo en términos de gravedad epidemiológica, pero considerando su valor como indicador de desarrollo urbano y económico. Este es uno de los ejemplos en los que una carga objetivamente productora de muerte, dolor y discapacidad, se reconoce, paradójicamente, como signo de progreso. La extensión de la polio dio pie a campañas masivas de vacunación, a partir de 1955 con la vacuna de tipo Salk (desde 1963 en adelante con la Sabin) más efectiva. El recurso masivo a la vacunación se convirtió en el instrumento predilecto de la intervención sanitaria preventiva. En el caso de la polio produjo como fruto colateral la incorporación de un laboratorio de virología, a través de Florencio Pérez Gallardo (1917-2006), responsable del programa vacunal con Sabin. Este dio lugar, a lo largo del decenio de 1970, al que sería el Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología sanitarias, que desarrolló los programas más atractivos en el campo de la investigación de laboratorio,

a la vez que concentró los esfuerzos en materia de vigilancia epidemiológica, una cuestión que se revelará clave en la etapa siguiente (Nájera Morondo, 2006).

Gráfico 2. Incidencia de la poliomielitis. España, 1949-2000



Fuente: Centro Nacional Epidemiología y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Otro problema de salud pública relevante fue el de la tuberculosis. Su exacerbación dentro de la crisis de posguerra permite verificar empíricamente la tesis de que se trataba de una enfermedad ligada con la mala alimentación y la degradación de las condiciones de vida, puesto que su contribución a la mortalidad se incrementó de forma absoluta y relativa en el primer decenio (Molero Mesa, 1994 y 2001). El nuevo Patronato Nacional Antituberculoso, montado de urgencia en diciembre de 1936, volvió a incorporar a personalidades distinguidas por su celo filantrópico, confirmado por la Ley de Bases del PNA de 5 de agosto de 1939. Sin embargo, pese a subrayar su carácter de organización propia, quedaba fuertemente subordinado a la DGS en su organización central y a los jefes provinciales de sanidad en la periférica. Su razón de ser más importante parecía ser la construcción de sanatorios, conforme a lo cual por Ley de 23 de noviembre de 1940 se le autorizó a invertir 179 millones y medio de pesetas para poner en servicio 20.000 plazas, que no se alcanzaron. Todavía en 1950 la tuberculosis era la segunda causa de defunción y suponía casi un 10% del total de las muertes en España. Durante el periodo 1950-56 se produjo un rápido descenso en la incidencia (tasa de morbilidad pasó de 89,31 a 38,43)

y en la mortalidad específica por tuberculosis pulmonar (tasas de 93,2 en 1949 a 27,47 en 1956), que se achaca al efecto de la irrupción de los quimioantibióticos (Sánchez Buenaventura, Mustieles Blasco, 1983). La morbilidad siguió un curso descendente hasta 1975, de modo que, finalmente, muchas de esas camas sanatoriales resultaron superfluas para cuando estuvieron construidas. La vacunación por BCG se convirtió, entretanto, en el principal recurso profiláctico.

En efecto, un nuevo congreso internacional sobre BCG en 1948 universalizó la preocupación por el repunte tuberculoso con motivo de los acontecimientos bélicos y consagró esta vacuna como el arma fundamental para combatir la enfermedad. España, que había participado oficialmente en dicha reunión, creó una Comisión Nacional de Vacunación Antituberculosa con BCG que en 1953 se transformó en Servicio Nacional de Vacunación, dirigido por Justiniano Pérez Pardo, encargado de extender la vacunación voluntaria a través de una gran campaña propagandística (Molero Mesa, 1990). A finales de 1958 se transformó el PNA añadiéndole «y de las enfermedades del tórax», incorporando el estudio, investigación, diagnóstico y prevención de las enfermedades del aparato circulatorio y cardíacas (Ley de 26 de diciembre de 1958). En esos momentos se transformó su organización interna, dando mayor protagonismo a los elementos técnicos y desapareciendo los benefactores, reemplazados por dos «directores de empresas industriales o comerciales».

Ante el enlentecimiento del descenso de la incidencia tuberculosa, en 1965 el PNA y la DGS impulsaron un Plan de Erradicación de la Tuberculosis que abordó la vacunación obligatoria de los recién nacidos con BCG, la investigación en escolares (empleó equipos móviles para reconocer en cinco años al 80% de los menores de entre 5 y 14 años, combinando tuberculina y radiología, tratamiento profiláctico para los hiperérgicos y vacunación) y la lucha contra la tuberculosis bovina. En los siguientes cinco años se redujo a la mitad la tasa de morbilidad, sin conseguir alcanzar el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad por debajo de 5 para 1973. No se consiguió (la tasa de ese año, por TBC respiratoria, fue del 7,47) y, de hecho, la enfermedad ha vuelto a incrementar su presencia a partir de 1975 de manera preocupante.

El patrón de mortalidad de los años sesenta y setenta mantuvo la tendencia apuntada en la década anterior, con una mayor pérdida de importancia de las enferme-

dades infecciosas, especialmente en los últimos años considerados, debido concretamente a la disminución de las enfermedades de transmisión hídrica, mientras se apreció el incremento de las enfermedades cancerosas, la enfermedad isquémica y los accidentes. Sin embargo, fueron tres las grandes epidemias que nos afectaron: brucelosis, enfermedad meningocócica y cólera.

La epidemia de brucelosis (gráfico 3) apareció en dos ondas bien diferenciadas, 1943-1959 y 1960-1977 (y una posterior, mucho más leve, 1978-1990) en relación con las transformaciones de la estructura ganadera ovina al pasar de una ganadería relacionada con la producción de lana a una polivalente como consecuencia de la liberación de la importación de lana en el año 1962 (Martínez Navarro, 1974; Martínez Navarro, 1978; Sánchez-Serrano, 1999).

Gráfico 3. Epidemia de brucelosis en Castilla y León, 1944-1998 (casos notificados)

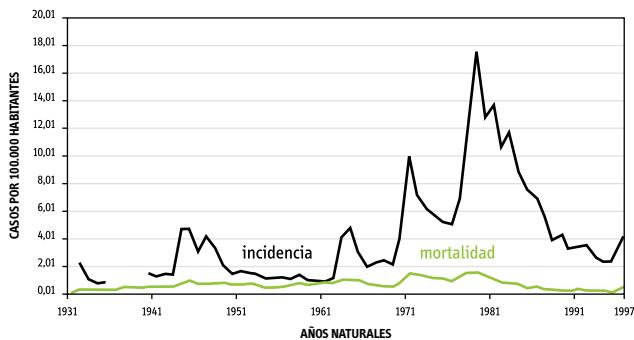


Fuente: Centro Nacional Epidemiología y Ministerio de Sanidad y Consumo.

La epidemia de enfermedad meningocócica (Moreno Civantos, Díaz Jiménez, Domínguez Berjón, 2000) está relacionada con el proceso de consolidación del sistema urbano español y sus aceleradas transformaciones a partir de 1960 (gráfico 4). Desde 1964 la enfermedad meningocócica en España ha presentado un patrón con ondas epidémicas de duración e intensidad variable en ciclos, de los cuales el

más importante por duración e intensidad presentó su acmé en la temporada 1978-79 (18,3 casos por 100.000 habitantes). Los otros dos alcanzaron su máximo en las temporadas 1970-71 y 1996-97 (10,1 y 5,6 casos por 100.000, respectivamente). La temporada con menor número de casos fue la de 1965-66 (2 casos por 100.000).

Gráfico 4. Enfermedad Meningocócica. España, 1931-1997



Fuente: Datos de incidencia: Boletín Epidemiológico y Centro Nacional de Epidemiología; datos de mortalidad: Movimiento Natural de la Población.

Por último, y como anacronismo, se sufrieron las epidemias de cólera de los años 1971 (Aragón, Cataluña y País Valenciano), 1975 (Galicia) y 1979 (Málaga) relacionada con los vertidos no controlados de las aguas residuales de las grandes ciudades y vehiculadas por verduras, marisco y peces de playa, respectivamente.

4.2. Legislación y administración sanitarias

Después de la Guerra Civil, la organización de salud pública existente en la República se mantuvo si bien inició un lento pero progresivo declive, cuyos principales impactos fueron: a) la crisis de la ENS, cuya actividad docente no respondió a la modernización conceptual y práctica de la salud pública, lo que conllevo el progresivo deterioro de los recursos humanos conforme se agotaban las promociones formadas

durante la República; b) el envejecimiento de los servicios médicopreventivos, cuya orientación antiinfecciosa no fue eficiente ante los problemas no infecciosos, sobre los que había una demanda creciente por parte de la población; c) la escasez de recursos materiales, humanos y presupuestarios cuya financiación pública era compleja, ya que los ingresos se obtenían en gran parte, por la prestación de servicios y por fuentes variadas, como presupuestos generales, mancomunidad de municipios, tasas, organismos autónomos, etc., que en conjunto presentaban unos presupuestos bajos y proporcionalmente estancados (Marsé, Sáez, Martínez, 1995).

La guerra generó, igualmente, grandes carencias en equipos de investigación, destruyó el Instituto Nacional de Higiene (en primera línea del frente durante el asedio de Madrid), produjo la muerte y el exilio a un determinado número de profesionales, mientras que unos vieron truncadas, y otros espoleadas, sus carreras de forma inesperada. Se calcula que el proceso de depuración política afectó a un 25% del personal sanitario funcionario (Barona, Bernabeu-Mestre, 2008).

El Régimen franquista se hizo con todo el poder en 1939, si bien la situación organizativa en el terreno sanitario no quedó decidida hasta 1943-1944, con el nombramiento del nuevo Consejo Nacional de Sanidad –en metáfora militar, tan propia del momento, «el Estado Mayor con el que restaurar el Orden Público sanitario»– y la promulgación de una Ley de Bases de Sanidad. El retraso en afrontar una reorganización permanente de la sanidad tenía su raíz en la divergencia profunda en las entrañas del Régimen entre varias «familias», en particular entre el grupo falangista y el católico-militar, que finalmente se resolvió con el reparto de centros de poder: los primeros se quedaron con el Ministerio de Trabajo y el Instituto Nacional de Previsión, desde el que se continuó el programa de seguros sociales preparado durante la República. Si bien huérfanos de participación obrera real, se aprobaron el Seguro de Enfermedad, en 1942; el de vejez e invalidez, en 1947, y el de desempleo, en 1961, los cuales se unificaron en un sistema de seguridad social en 1963. El resultado resultó tosco, por sus múltiples desajustes internos y la multiplicidad de órganos gestores. La familia católica-militar se aposentó en el Ministerio de la Gobernación, incluyendo la Dirección General de Sanidad. Muestra de continuidad en el terreno de la política sanitaria fue la designación como Director General de Sanidad de José Alberto Palanca y Martínez-Fortún (1888-1973), catedrático de

Higiene, diputado por la CEDA, militar en activo, que ya lo había sido en la última fase de la dictadura de Primo de Rivera, poco después de haber cumplido una estancia de estudio en Estados Unidos, financiada por la Fundación Rockefeller, y que había ejercido la jefatura de la sanidad franquista durante la guerra. El eje de esta administración radicaba en las jefaturas provinciales de higiene, encomendadas desde el 30 de septiembre de 1939 a jefes de sanidad nacional.

El primer efecto de la toma del poder por las fuerzas insurrectas fue la supresión de hecho de los márgenes de funcionamiento autónomo propios de los distintos niveles de la administración, sumergiendo al país en un opresivo centralismo. Se restauró el régimen provincial para toda España, suprimiendo las instituciones autonómicas regionales, salvo la foralidad en Álava y Navarra, y los gobiernos civiles y las delegaciones ministeriales provinciales (como las ahora llamadas Jefaturas Provinciales de Sanidad) ejercieron sus competencias con todo rigor.

Un enviado de la IHD, John H. Janney Jr., realizó una gira de visita en octubre de 1940 que le llevó a 18 capitales de provincia. Lo que encontró fue, ni más ni menos, que habían vuelto a aflorar los mismos rasgos descritos en el informe secreto de Bailey de 1926: las aspiraciones de las autoridades se centraban en edificios y equipamientos, los sanitarios trabajaban a tiempo parcial y faltaban dirección técnica central, servicios comarciales de sanidad, enfermeras cualificadas y planes de trabajo para el futuro inmediato, todo ello agravado por la antigüedad de los escalafones. Desde el punto de vista de la metodología científica encontraba a faltar la guía epidemiológica, en el sentido del trabajo de registro y análisis de casos; según él: «los epidemiólogos se refugian en los laboratorios de bacteriología».

Las tensiones entre las tendencias vertical, de una organización por cada objetivo, y horizontal, una sola organización para todos los problemas de salud, en la administración sanitaria se saldaron en la posguerra inmediata a favor de la primera, en lo funcional y burocrático (escalafones propios), pero matizada por la rigidez de la autocracia política, que imponía sus directrices. Así, la Ley de Sanidad Infantil y Maternal de 12 de julio de 1941, concediendo prioridad a la lucha contra la mortalidad infantil dentro de la atención preventiva, vino a subrayar la prioridad de su área profesional. La ley se justificó a partir de la conciencia del problema demográfico

que suponía la elevada mortalidad infantil. Partiendo de la necesidad de atajar «la derrota demográfica» que las altas cifras de mortalidad indicaban, se proponía la coordinación, por el Ministerio de Gobernación, de todas las medidas y actuaciones en ese terreno, en particular las de Auxilio Social, Protección de Menores y Sección Femenina. Esta ley disponía la vigilancia sistemática de toda la población infantil y juvenil, hasta los 15 años, mediante una cartilla sanitaria personal, la instauración del Servicio de Medicina Escolar, la instalación de Dispensarios de Maternología y Puericultura (clínicas de urgencia) en poblaciones de menos de 2.000 habitantes, Escuelas de Puericultura en todas las ciudades mayores de 100.000 habitantes, con obligación de asistencia de las maestras y extensión de la enseñanza obligatoria a las Normales y niñas de las Escuelas Nacionales e instalación de Hospitales infantiles anejos a todas las Facultades de Medicina.

La Ley de Bases de Sanidad de 25 de noviembre de 1944 mantuvo las líneas generales de la organización sanitaria anterior, con ciertos retoques; por ejemplo, suprimió el Instituto Nacional de Sanidad, absorbido por la Escuela Nacional de Sanidad, que se independizaba, pasando a ser una institución autónoma regida por un Patronato donde participaban Gobernación y Educación Nacional. La nueva ENS recogía las funciones del anterior INS republicano, de enseñanza, investigación y producción en lo que no supusiera competencia con la industria, sumándole la de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, la ley quedó en una mera formulación de bases que no se desarrolló, excepto para disposiciones menores como pudo ser el Reglamento de Lucha contra las Enfermedades Infecciosas.

La estructura interior de la DGS cambió de nuevo, estructurándose en seis servicios, separándose funcionalmente la Lucha antituberculosa de acuerdo con los avatares ya narrados, pero no el resto de las luchas asumidas por la República como estatales, cuyas misiones se llevarían a cabo, en lo fundamental, a través de la organización periférica, mediante dispensarios propios de cada una —contra el tracoma, enfermedades sexuales, paludismo, etc.

Se mantuvo, en cambio, el modelo republicano de estructura territorial y jerarquizada de los centros de higiene, primarios, comarcales y terciarios o institutos provinciales, con su dinámica médico-social, y las mancomunidades, presididas por los

delegados de hacienda, como elementos de sostén financiero hasta 1967, en que desaparecieron conjuntamente tanto las Mancomunidades como los institutos provinciales. Pero esto era sobre el papel. En la práctica se abrieron muy pocos centros secundarios, con graves problemas de dotación —recordemos que debían estar a cargo de médicos especializados, del Cuerpo de Sanidad Nacional— y los primarios fueron, en la práctica las «casas del médico», de manera que la única capacidad real de intervención preventiva se quedó en los institutos provinciales instalados en las capitales (los centros terciarios del modelo clásico), con clara desigualdad respecto a las poblaciones campesinas. Este problema fue claramente expuesto por José María Gasset, Jefe Provincial de Sanidad de Oviedo, ante la IV Reunión Nacional de Sanitarios, de abril de 1955 (Cuarto Reunión, 1955). Según ha documentado en su tesis doctoral Marín Martínez (1994), el Inspector General de Servicios de la DGS en 1959, Jesús Molinero, respondía al Jefe Provincial de Sanidad de Almería, Manuel Mezquita, que le pedía dinero para dotar un nuevo Centro Comarcal de Higiene: «Están agotados desde hace bastante tiempo las consignaciones para personal de los centros secundarios y existen muchos de ellos que no tienen plantilla».

El marco social en el que se actuaba era de predominio rural, tanto demográfico como económico —las rentas agrarias fueron el principal sector de acumulación de capital durante los primeros años del franquismo y, fueron posteriormente base de la industrialización— lo cual fue utilizado como valor cultural por el franquismo temprano, que enmascaró así un discurso verdaderamente reaccionario. La formulación de la política sanitaria del Nuevo Estado se centró en la atención preferente a los problemas rurales, como medida de apoyo esencial para el bien de España. Según el Ministro de Gobernación Pérez González, en su discurso de clausura de la Primera reunión del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, hacía falta una redistribución de recursos «justo entre la ciudad y el campo, ese campo que congrega más del 70% de nuestra congregación. Ese campo necesita de vuestro auxilio para de esta manera defender la unidad y la grandeza de España, a base de la floración de su población, de su economía, de su trabajo».

Esta necesidad histórica de compensar al campo la repitió en el discurso con motivo de la presentación de la Ley de Bases de Sanidad ante las Cortes: «La ley persigue algo tan interesante como es poder compensar una injusticia notoria, la que

se ha cometido con la sanidad rural, dando demasiada preferencia a la ciudad». Realmente, lo que llama la atención en este neoagrario es su componente ideológico, como ha quedado expresado, no el descubrimiento de la realidad rural española, y la grave contradicción que supuso a continuación el reparto desigual de las dotaciones y servicios, como acabamos de explicar.

Tanto a nivel central como provincial, la Ley de Bases de Sanidad otorgó gran relevancia a los organismos consultivos (consejos nacional y provincial de sanidad, respectivamente), sobre la base de lo existente en la República, aparentemente pensando en contar con centros de expertos interesados capaces de generar trabajos y propuestas originales, que se limitaron en la práctica a una escasa actividad administrativa (tabla 5). Por ejemplo, según dicha ley, los consejos provinciales de sanidad, como órganos directivos y de coordinación en asuntos relativos a la salud, debían reunirse mensualmente; sin embargo, su devenir fue un total fiasco, en consonancia con lo que estamos señalando: en una provincia cualquiera, como Almería, durante los 17 años en que estuvo en vigor, se convocó 7 veces de las 204 reglamentarias. De modo que la presencia pública de la sanidad se desvaneció en la España de los años sesenta y setenta.

**Tabla 5. Consejo Nacional de Sanidad.
Tipos de asuntos tratados entre 1943 y 1960**

ASUNTOS	1943	1945	1950	1955	1960
TOTAL¹	93	175	252	235	184
Gestión administrativa y Personal ²	87,1	94,9	82,9	76,2	92,4
Programas sanitarios y Epidemiología ²	1,1	1,7	1,6	2,5	7,6
Otros temas ²	11,8	3,4	15,5	21,3	-

(1) Números absolutos. (2) Porcentaje sobre 1.
Fuente: *Memorias de la Dirección General de Sanidad*.

Tanto esta legislación como la de 1941 pretendió subordinar la actuación de la medicina del Seguro de Enfermedad a los planes, consignas, órganos y aun a los funcionarios de la Sanidad Nacional. Incluso estaba recogido en la ley fundadora

de aquél la superioridad jerárquica de los servicios de la DGS y la necesaria colaboración con ellos de los centros del seguro. Fue notoria la polémica entre Palanca y Alfonso de la Fuente Chaos (1908-1988) —Jefe Nacional de Sanidad de Falange, Director de la Obra Sindical 18 de Julio, la mutualidad falangista que gozó de prioridad en la dotación del Seguro, Presidente de la Federación Española de Fútbol, 1956, presidente del Consejo General de Colegios Médicos, 1963— sobre quién debía tener la dirección en estos asuntos, incluso sobre la intervención antituberculosa (que prestaba el PNA y cobraba a los asegurados, en su caso) (Molero Mesa, 1994). Los tisiólogos del PNA y los puericultores de sanidad se convirtieron en los primeros especialistas de pulmón/corazón y de enfermedades de la infancia de la nueva institución, respectivamente. La Ley de Bases de 1944 no se cumplió porque el Ministerio de Trabajo la ignoró en lo que hacía referencia a la coordinación. El modelo allí diseñado no funcionó, se abandonó sin que mediara estrategia explícita conocida, conforme se produjo el asentamiento del SOE. Las comunicaciones a la ponencia *Sanidad, asistencia y seguridad social* de la IV Reunión nacional de sanitarios, celebrada en abril de 1955, obra de autores que, en su mayoría, eran responsables sanitarios provinciales, advirtieron de la «crisis» de sus servicios ante la competencia del seguro y reclamaron unánimemente mayor coordinación, incluso pidieron la creación de un Ministerio de Sanidad. El retrato de «la situación actual en España —según la conclusión primera de dicha ponencia— por lo que respecta al funcionamiento de las distintas actividades relacionadas directamente con la salud es: *dispersa, insuficiente, inadecuada y antieconómica*» (Cuarto Reunión, 1955). El Jefe Provincial de Tarragona, Fernando Martín Rueda, resumió los problemas sanitarios del crecimiento del seguro (y del auge de nuevos servicios benéficos «carentes de cualquier valor sanitario y social») en los siguientes puntos: disminución en un 40-50% en la asistencia a los servicios dispensariales y de laboratorio, pérdida de control de las inmunizaciones, dificultad en el seguimiento de tuberculosos, luéticos, toxicómanos y lactantes, falta de formación en salud pública del personal asistencial, olvido de obras de saneamiento y urbanización en las ciudades en proceso de expansión y «desgana generalizada» en materia de prevención que afectaba incluso a los servicios municipales (Cuarto Reunión, 1955).

Con la extensión del seguro de enfermedad a los trabajadores agrícolas a partir de 1957, incluso los médicos de APD se convirtieron en médicos del SOE, obteniendo

de este modo una importante fuente de ingresos, superior a la benéfica, lo que acentuó la prioridad de sus obligaciones clínicas en detrimento de sus funciones inspectoras de la salubridad, muy sometidas, por otra parte a las autoridades políticas, como se mostró con los conflictos que aparecieron en los años últimos del franquismo cuando algunos jóvenes pretendieron ejercerlas de verdad (Fajardo Alcántara, 2007).

La opción triunfal, pues, fue la del Seguro de Enfermedad, amparado por su formidable maquinaria recaudadora, de modo que, junto con la dulcificación de la situación epidémica en la década de 1950, supuso el eclipse del modelo de medicina social levantado en las tres décadas anteriores (Rodríguez Ocaña, 2001b).

La primera *Memoria de la Dirección General de Sanidad* que firmó Jesús García Orcoyen (la correspondiente a 1957-58, publicada en 1959) lo expresa con claridad. El modelo de campañas resultaba obsoleto, en parte por los buenos resultados conseguidos. La higiene de la infancia se reorientó desde la puericultura del lactante hacia la prevención de la prematuridad, una responsabilidad que recayó en los obstetras, en sus consultas del seguro o desde los centros de atención especial a prematuros que se inauguran con apoyo de la Unicef a partir de 1958, centros que proliferaron en los hospitales maternales de las nuevas ciudades sanitarias de seguridad social a partir de 1965, y se proyectó la sustitución de la lucha antituberculosa como gestión de dispensarios y hospitales por un servicio de diagnóstico precoz en escolares mediante fotorradioscopia y Mantoux. En la década siguiente se inició un proceso de desarrollo legal y normativo para dar respuesta a los cambios estructurales, alejados ya de la situación rural y su correspondiente patrón epidemiológico infeccioso. Ante la evidencia de que el déficit de nuestras infraestructuras asistenciales, sanitarias y del saneamiento urbano, limitaban el desarrollo económico, la industrialización, la reproducción de la fuerza de trabajo y el incipiente desarrollo turístico y urbano, se produjo un cambio en la orientación de las luchas: campañas de vacunación, enfermedades no transmisibles, toxicomanías –especialmente alcoholismo–, medicina del trabajo y sanidad ambiental.

En esos momentos, especialmente a partir de 1959, al igual que en otros ámbitos de la función pública, la sanidad fue campo de confrontación de las tendencias

existentes en el interior de la administración franquista: una línea racionalizadora, asentada en aquellos servicios en los que dominaba una actividad técnica de apoyo a los municipios y a las diputaciones, como era el caso del urbanismo, la educación o la sanidad; y, una línea política, representada por los intereses del Movimiento Nacional que controlaba básicamente el Ministerio de Trabajo, y que diseñó toda la política social del Régimen, a través de las políticas de vivienda, asistencia médica y social y formación profesional, en conflicto con las anteriores de urbanismo, sanidad y educación.

La actividad legislativa reflejó, también, esa transición de una sociedad rural a una industrial, al orientarla hacia aspectos normativos del desarrollo de los servicios sanitarios, la asistencia hospitalaria, con la Ley 37/1962, de coordinación hospitalaria, la hemodonación y la asistencia psiquiátrica (creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica) como parte de la política de reproducción de la fuerza de trabajo necesaria para la industrialización del país asegurándose la capacidad de la intervención del Estado, así como el acceso de los trabajadores a la asistencia médica a través del SOE. Mas el crecimiento del seguro se produjo al margen del dispositivo sanitario preexistente, sin incluir, lo que determinó la desaparición funcional de los servicios preexistentes de la sanidad municipal, pues estos no podían garantizar base poblacional en la mayoría de los casos ya que más del 60% de los municipios españoles contaban con menos de 1.000 habitantes (Manzanera et al., 1996). El auge de la industria y los cambios económicos y sociales convertían en obsoletos los supuestos de actuación de la sanidad preventiva a nivel municipal; por ejemplo, con la existencia de cadenas de distribución alimentaria a escala pluriprovincial y aun internacional (Martínez Navarro, 1992). Y es más, el predominio de la línea asistencial hizo que las jefaturas provinciales de sanidad asumieran actividades inicialmente no atendidas por el SOE, como fueron la rehabilitación, la salud mental a través de los centros de orientación y diagnóstico terapéutico, y otros si bien con recursos escasos, y una débil estructura organizativa, poco operativa y siempre subsidiaria del seguro.

Esta etapa conoció la recuperación de los contactos internacionales cercenados por la guerra; sin embargo, como punto negativo, hemos de advertir que los acuerdos internacionales tuvieron una aplicación mucho más premiosa que en ningún otro

momento anterior, salvo si hacía referencia a tareas cercanas a la clínica. Ya hemos comentado la inmediata aplicación de un convenio con la Unicef para instalar centros de prematuros en las maternidades, negociado en 1956 y ejecutado a partir de 1958; en cambio, el acuerdo conseguido con la OMS en 1969 para instalar bajo su tutela un Centro de Demostración y Formación de Personal Sanitario, sustituto del Centro Modelo de Vallecas que debía haber funcionado en 1936, no se hizo realidad en Talavera de la Reina hasta 1977. La proyección hacia la clínica facilitó la aparición en los grandes hospitales del SOE de Servicios de Medicina Preventiva Hospitalaria, con un ámbito de actuación restringido sobre el propio personal de la institución, lo cual condujo a la dotación de plazas MIR desde 1979 para cumplimentar la formación en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Lo cierto es que durante el franquismo la sanidad asumió los contenidos de los principios sanitarios de los años veinte y treinta, como son la organización de los servicios sanitarios, la relativa autonomía de los servicios provinciales a través de las mancomunidades sanitarias, la organización de las luchas sanitarias y otros elementos propios de la higiene pública, en un marco de creciente debilidad, determinada por la escasa relevancia que se le dio a la salud pública, que nunca fue considerada como «una función esencial del Estado», a pesar de las retóricas declaraciones con las que era definida políticamente, cuando dominaban realmente las políticas asistenciales frente a las poblacionales. El corporativismo se hizo carne de forma ejemplar en los escalafones sanitarios, donde los cuerpos se segregaron en parcelas de actividad definidas por las titulaciones requeridas, lo que confirió una rigidez extrema a una organización que debía adaptarse a nuevas tareas, agravado por la falta de la necesaria actualización en los procesos formativos. A diferencia de los países europeos, en España no se introdujo a lo largo de este periodo la formación para la gestión sanitaria, lo que ajó definitivamente el estado de la profesión. La pérdida de la capacidad crítica consecutiva a la irresponsabilidad administrativa inherente al Estado franquista, donde, recordemos, el Dictador sólo había de «rendir cuentas ante Dios y ante la Historia», se tradujo también en la perversión de finalidades que acompañó a muchos de los actos ordinarios sanitarios, transformados en meras incidencias recaudatorias: la inspección de establecimientos, por ejemplo, que se incrementó exponencialmente con el desarrollismo y el auge turístico.

4.3. La formación de especialistas

4.3.1. Escuela Nacional de Instructoras

Tras la Guerra Civil, el centro planeado por la República se inauguró en 1941 como Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, recuperando los planteamientos docentes iniciales, de cuando comenzó dentro de la ENS, principios ya puestos en duda por numerosos sanitarios desde mediados de los años treinta en críticas reiteradas por uno de sus directores, Carlos Rico Avelló, en 1962.

La vida de la Escuela fue láguida, con un número decreciente de matriculadas, por la dureza de la especialización y la competencia en su desempeño. Se exigía el título previo de enfermera o matrona, que costaba un mínimo de tres años de internado, una oposición para ingresar y otros nueve meses de internado, y al titularse, se ganaba menos que en cualquier otro empleo de enfermería. Existía la competencia de otros cuerpos atípicos, como la Enfermería de Auxilio Social y las enfermeras visitadoras sociales de la Sección Femenina, y las de algunas ramas de la sanidad oficial, como las enfermeras de higiene escolar. La aparición del Seguro de Enfermedad, que generó una enorme demanda de personal de enfermería con cometidos asistenciales, y la nueva titulación de Ayudante Técnico Sanitario (1953) proporcionaron la puntilla a la enfermería de salud pública. La debilitación de la especialidad es una muestra de ese proceso de difuminación de la salud pública que se corresponde con la mayor parte de la época franquista.

4.3.2. Escuela Nacional de Sanidad

A pesar de las dificultades en que se desarrolló la formación en salud pública, limitada a las cátedras de higiene y sanidad de las facultades de medicina, la Escuela Nacional de Sanidad llevó a cabo una modesta actividad docente, si bien continua da, y representativa de los grupos profesionales que la dirigían, luego de un prolongado periodo de suspensión de sus tareas en la inmediata posguerra. Las áreas de conocimiento fueron principalmente la microbiología y parasitología, incorporando de forma progresiva, a través de la Obra de Perfeccionamiento Sanitario, cursos de

medicina preventiva orientados a los médicos titulares. A destacar en este marco formativo los cursos de diplomados en sanidad, concebidos como formación básica en salud pública orientados a los médicos titulares. Su contenido incluía la higiene de la alimentación, microbiología, serología y parasitología sanitarias; técnicas físicas y químicas aplicadas; administración y legislación sanitaria; epidemiología antiinfectiosa; estadística sanitaria y demografía; higiene general (*Memoria de la Dirección General de Sanidad*, 1950). Más adelante se incorporó el curso para oficiales sanitarios, que habían constituido durante el periodo anterior los cursos paradigmáticos de especialización en higiene pública, de nueve meses de duración, con contenidos de bromatología; física y química aplicadas; higiene de la alimentación; medicina asistencial (seguros sociales, administración sanitaria), higiene prenatal, infantil, escolar y mental; luchas sanitarias; saneamiento e ingeniería sanitaria; organización sanitaria y otras materias (*Memoria de la Dirección General de Sanidad*, 1959).

Para el desarrollo de los mismos se creó la estructura virtual de las llamadas Escuelas Departamentales, ubicadas en las jefaturas provinciales de sanidad, que impartían los cursos de diplomados de sanidad y otros cursos de promoción interna para los médicos titulares de diferentes escalas. Esta estructura quedó completada con las Escuelas Departamentales de Puericultura y la realización de cursos específicos, como apoyo a las campañas y luchas sanitarias tales como lepra, cólera, tuberculosis, etc. Se trata en conjunto de una actividad limitada, orientada a la formación de los sanitarios locales o de los funcionarios recién incorporados, con una programación esporádica, centralizada en la Escuela, con la participación de las jefaturas provinciales de sanidad, que gestionaban localmente los cursos.

En el mundo académico, la Microbiología se convirtió en disciplina autónoma en Medicina en 1928. A ella se unió la Parasitología, en 1944, que desde 1911 figuraba en el campo de asignaturas de doctorado de la Universidad Central como «Parasitología y Patología Tropical». Aunque nacidas dentro del campo de la higiene, se produjo una inversión de la relación entre las disciplinas, de manera que en bastantes facultades la Cátedra de Higiene o Medicina Preventiva y Social estaba vacía, y sus contenidos adscritos a la de Microbiología, o, en caso contrario, los contenidos de su enseñanza y de su actividad investigadora se vinculaban estrechamente a los programas de trabajo de laboratorio de bacteriólogos, virólogos y parasitólogos.

4.4. Producción científica

Durante el periodo de nacimiento de la salud pública, la producción científica propia se recogió en monografías y en publicaciones periódicas procedentes de algunos de los centros destacados en las distintas luchas especializadas, a la vez que se editaron las primeras revistas profesionales: *Medicina Social* (Barcelona, 1908; 1911-1919), órgano de expresión de los higienistas catalanes, bajo el patrocinio de la sección estadística del Instituto de Higiene Urbana; y *La Medicina Social Española* (Madrid, 1917-20), que representaba a los sanitarios oficiales, esto es a inspectores provinciales y de sanidad exterior. La etapa de consolidación de la salud pública española queda marcada por el comienzo de la publicación del *Boletín técnico de la Dirección General de Sanidad* en 1926, que unos años después cambió su nombre por el de *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (mantenido hasta 1995, en que ha pasado a llamarse *Revista Española de Salud Pública* (RESP); se trata del órgano de expresión periódico profesional en este campo que se ha mantenido hasta la actualidad, y único hasta los años 80, y del que contamos con un análisis descriptivo bastante exhaustivo hasta 1975). Así, la tabla 6 muestra una primera aproximación, que nos indica el número de artículos publicados y la proporción de los que presentaban bibliografía como una medida grosera de la rigurosidad de la metodología científica aplicada en ellos.

Tabla 6. Número de artículos publicados en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* y porcentaje de los que presentan bibliografía, por decenios (hasta 1975) y en 1975

PERÍODO	TOTAL ARTÍCULOS	% BIBLIOGRAFÍA
1926-35 ¹	233	34,7
1936-45 ¹	392	32,9
1946-55 ¹	304	48
1956-65 ¹	220	46,3
1966-75 ¹	395	58,7
1975	27	74

Fuente: (1) Parra Hidalgo (1983). (Resto) Elaboración propia.

La distribución del número total de artículos manifiesta su máximo relativo decenal en el periodo del primer franquismo y el agotamiento paulatino de esa etapa creadora a continuación, de tal manera que entre 1956 y 1965 la media de 22 artículos publicados por año es incluso inferior a la del decenio fundacional. La observación sobre la presencia de bibliografía en los artículos, como medida grosera de una escritura científica, nos muestra una secuencia ligeramente distinta, pues si bien se puede apreciar una tendencia a aumentar con el tiempo, claramente asentada hacia el final de periodo, como muestra la comparación entre lo que ocurrió en 1975 respecto a la serie decenal dentro de la que se contabiliza primero, sufren dos retrocesos, en 1936-45 y 1956-65. El primero de ellos se puede explicar por los problemas derivados de la situación de guerra, civil e internacional, mientras que el segundo bache refuerza la impresión de que en el paso del ecuador de la centuria se relajaron los requisitos científicos en la comunidad sanitaria, cuya relativa recuperación posterior, y en producción total, tiene que ver con la adopción del modelo académico o universitario de profesión.

Esta secuencia reitera la hipótesis que sustentamos acerca de la difuminación de la salud pública española bajo el franquismo, una vez agotado el impulso proporcionado por los cuadros formados en las etapas precedentes. Sin embargo, no se trata de un fenómeno exclusivo, sino que coexiste con una indefinición general en el panorama internacional. El ascenso de la medicina social, como forma de atención preventiva, que tiene lugar en la época de entreguerras en la Europa continental, en Norteamérica y hasta los años 40 en Gran Bretaña, vinculado con el predominio de la morbilidad por enfermedades infectocontagiosas y que perseguió el objetivo de transformar toda la asistencia médica, hacerla accesible al conjunto de la población, entra en colisión en todas partes con los cambios en la estructura de las causas de muerte y la aparición de nuevos riesgos, y con el despegue autónomo de los sistemas asistenciales médicos, apoyados en un continuo desarrollo tecnológico y químico-terapéutico, que abocan al triunfo del modelo hospitalocéntrico y a conseguir la confianza masiva del público. Las que habían sido competencias sanitarias se convierten en competencias médicas, con lo que triunfó el enfoque individual de los problemas de salud. Ashton ha plasmado gráficamente este reflujo con su teoría de «las tres olas».

Si analizamos los contenidos de los artículos (tabla 7) podemos observar los grandes cambios temporales. Las enfermedades infectocontagiosas ocupan el lugar preferente en la preocupación sanitaria durante todo el franquismo, si bien se hacen relativamente menos presentes en el último decenio, donde los temas ambientales mantienen la relevancia ganada en la década inmediata anterior. Aparece una preocupación por asuntos de administración sanitaria (gestión, organización, economía sanitaria, etc.) y débilmente la epidemiología (vigilancia, información, mortalidad, etc.).

**Tabla 7. Distribución de los temas más tratados en
la Revista de Sanidad e Higiene Pública (1926-1975)**

MATERIAS CON MÁS DEL 5%*	1926-35	1936-45	1946-55	1956-65	1966-75
Enfermedades trasmisibles	55,3	48,4	65,7	38,6	24
Sanidad ambiental	14,1	10,2	8,5	23,6	21,2
Métodos de laboratorio	9	9,2	5,6	3,6	-
Higiene materno-infantil	4,7	7,9	3,9	4	-
Administración sanitaria	-	-	-	-	9,3
Epidemiología	-	-	-	-	2,2

* Porcentaje de artículos que tratan sobre el asunto específico en relación con el total de artículos temáticos.
Fuente: Parra Hidalgo (1983).



5

Renacimiento de la salud pública en la España democrática

El contexto internacional de la década de 1970 es el de un nuevo entusiasmo por la salud pública. En el mundo occidental, la presencia del punto de vista sanitario (preocupado por la salud), que había sido dejado de lado durante los dos primeros decenios de la segunda mitad del siglo XX, se vio espoleada por la crítica a las consecuencias nocivas del modelo médico, centrado en la enfermedad, y a la tecnocracia en general, en tanto que se entendía como pérdida de libertades individuales. De forma paralela, se desarrollaba la epidemiología, como estudio de los fenómenos masivos de salud/enfermedad/atención (Greenwood, Macmahon, Morris, etc.), que proporcionó a la salud pública una metodología separada del laboratorio. A consecuencia de todo ello, y en el marco de la crisis económica de la década de 1970, se producen una serie de pronunciamientos internacionales (Informe Lalonde, 1974; Conferencia OMS en Alma-Ata, 1977; Carta de Ottawa, 1986) que alumbran lo que algunos autores han denominado «Nueva salud pública».

El hecho que marca el comienzo del renacimiento de la salud pública en España es el comienzo de las transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas en cumplimiento del mandato constitucional, empezando por Cataluña, a mediados de 1981. En esa primera remesa se incluyeron, en este como en los restantes casos, las competencias de salud pública, siendo un proceso más lento el de las transferencias en materia de atención médica, que han durado hasta principios de 2002.

Esta descentralización permitió que se llevara a cabo una modernización estructural y de contenidos sanitarios, a través de la mejora de la cualificación profesional, la renovación generacional y el esfuerzo por la integración de servicios, con mayor desarrollo académico de la salud pública, pero con ciertos desfases entre la práctica académica y la profesional. Igualmente, el multicentrismo administrativo ha permitido la recuperación de la tradición sanitaria municipalista en determinados puntos, el más conspicuo de los cuales es, sin duda, Barcelona. Como contrapunto, esa misma multiplicidad de experiencias no ha sido aprovechada para una puesta en común y la homogeneización de las mismas.

Los elementos centrales en esta recuperación son los siguientes:

- Los sucesivos gobiernos socialistas, a partir de 1983, llevaron a cabo la Reforma Sanitaria partiendo de la insostenibilidad política y económica del sistema vigente, que adecuaron a la Constitución y cuyo eje normativo es la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986.
- Los dos aspectos centrales de la Reforma, la descentralización autonómica y la puesta en marcha de la atención primaria de salud, obedecen a una estrategia teórica de fortalecimiento de la salud pública, bien que su desarrollo ha creado nuevas incertidumbres no previstas.
- La reprofesionalización, a partir de la implantación del sistema MIR para la especialidad y la apertura de las nuevas escuelas de salud pública.
- El auge de una nueva vida societaria, con la aparición de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), desde 1979, y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), desde 1987, entre otras, que mantienen una actividad periódica de reuniones científicas y de publicaciones.

5.1. Legislación y administración sanitarias

En España, la transición democrática se realizó en un contexto social de gran entusiasmo popular por los cambios, uno de cuyos emblemas fue la reforma sanitaria, plasmada finalmente en la Ley General de Sanidad de 1986. Como ha explicado

Elola (1991), la fragmentación del sistema, el centralismo y la falta de democratización en la gestión, junto a las deficiencias en la atención sanitaria, en particular la extrahospitalaria, acentuaron en España la crisis que afectaba a todos los sistemas sanitarios occidentales y alentaron la introducción de reformas.

El gobierno Arias, ya en 1974, elaboró diversas propuestas de reforma, jamás desarrolladas, pasando por alto los elementos políticos del debate. La reunión de Talavera del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional (Conclusiones, 1978) solicitó, en línea con las aspiraciones de la amplia vanguardia política antifranquista, el establecimiento de un Servicio de Salud socializado y descentralizado, articulado en torno a la atención primaria de salud, el incremento de la dedicación de los servidores públicos, con aplicación de un régimen de incompatibilidades, la incorporación del trabajo multidisciplinar y la mejora de la formación especializada. Sus conclusiones apuntaban a la existencia de cuatro grandes defectos: desigualdad de las prestaciones sanitarias, mala utilización de los recursos, ineficiencia del sistema asistencial e insuficiencia del control epidemiológico y de la prevención medioambiental. Su declaración compartía, y defendía técnicamente, los supuestos centrales de los programas políticos de los partidos de izquierda, como universalidad, equidad, solidaridad y participación comunitaria.

El primer gobierno posfranquista, de UCD, creó el Ministerio de Sanidad, al que se asignaron las competencias de salud pública, en forma de Dirección General, cuyo primer ocupante, entre 1978 y 1980, fue Emilio Zapatero Villalonga (1936-2000). Desde aquella Dirección General no se gestionaban los Centros Nacionales de Diagnóstico e Investigación de Majadahonda. El gobierno también desmontó la estructura del INP, cuyos componentes de atención médica heredó el Insalud, incorporando al Ministerio de Sanidad, en una segunda etapa, 1980, la Seguridad Social. En cumplimiento del mandato constitucional, dio comienzo el proceso de transferencias de competencias sanitarias a las CC. AA. (Cataluña, 1981; Andalucía, 1984; País Vasco y Comunidad Valenciana, 1988; Galicia y Navarra, 1991; Canarias, 1994) si bien no consiguió llevar adelante ningún proyecto de reforma, pese al mandato parlamentario aprobado en mayo de 1980. Entre las competencias con que iniciaron su andadura las nuevas administraciones autonómicas, la sanitaria se convirtió en la de mayor volumen económico y de gestión, con un alcance de entre el 30% y el 40% del presupuesto total autonómico (Bohigas, 2003).

Un análisis general sugerente de la política sanitaria es el que ofrece Pérez Giménez (2000); desde la perspectiva de la salud como derecho ciudadano, estudia los efectos de esas políticas en términos de igualdad, teniendo en cuenta las tendencias gestoras, el modelo de financiación, los intereses corporativos y la intervención de las organizaciones de usuarios. Señala dos condicionantes generales, los problemas de financiación, en parte consecuencia del Tratado de Maastricht, y el desplazamiento programático sufrido o cambio en los objetivos rectores de la misma. En efecto, se ha pasado de estar centrados en la consecución del derecho a la salud, a la preocupación por su gestión, en correspondencia con el ascenso del neoliberalismo. Este análisis establece cuatro periodos: 1) diseño del Sistema Nacional de Salud (SNS), 1982-1986; 2) desarrollo de la Ley General de Sanidad (LGS), 1987-1991; 3) reforma de la Reforma 1992-96 y aumento de la gestión y provisión privadas; 4) 1996-2000, que podemos asumir en nuestra discusión, si bien desde la perspectiva de la Administración la última etapa se corresponde con las medidas de refuerzo de la cooperación entre las CC.AA. y el Estado. En términos políticos, estos períodos coinciden, respectivamente, con: 1) último gobierno de UCD y gobierno de Felipe González (PSOE) con Ernest Lluch (1982-2000) en el Ministerio de Sanidad; 2) sucesivos gobiernos del PSOE con Julián García Vargas (1986-89 y 1989-91) como Ministro; 3) últimas dos legislaturas de gobierno PSOE con José Antonio Griñán (1991-93) y Ángeles Amador (1993-96) como Ministros de Sanidad y Consumo; 4) primer gobierno de José María Aznar, PP, con José Manuel Romay Beccaría (1996-2000) al frente de las competencias sanitarias. La siguiente legislatura fue la de la mayoría absoluta del PP, con Celia Villalobos (2000-02) y Ana María Pastor (2002-04) como ministras.

No obstante los cambios administrativos señalados, la etapa de UCD no aportó soluciones a la crisis sanitaria. En 1983, Ortún y Segura denunciaban la pervivencia de las mayores lacras del sistema anterior, hablando de la «falta de liderazgo del Insalud», que permitía un desarrollo inercial de los servicios sanitarios, donde se producía la parasitación de sector público por el privado, a la vez que señalaban la existencia de una «ideología medicalizada» arraigada en la población, que hacía difícil popularizar las propuestas de los sanitarios del tipo de las que se habían enunciado en las Jornadas de 1978 o se estaban haciendo desde la nueva Sociedad Española de Epidemiología (Nájera, 1981).

La reforma sanitaria propiamente dicha comienza a partir del triunfo electoral del PSOE en 1982, con el diseño del SNS. El gobierno socialista reorganizó la atención médica, a través del R.D. 137/1984 sobre estructuras básicas de salud, dejándose en el tintero dos de los puntos clave de su programa electoral: la participación comunitaria y el liderazgo de los municipios (sustituidos por las comunidades autónomas, germen de un nuevo centralismo). La tardanza en aprobar la LGS, que no se logró hasta abril de 1986, habla del difícil establecimiento de consenso, incluso dentro del propio campo de la izquierda hasta entonces abonado sin fisuras a la consigna del «Servicio Nacional de Salud», que la LGS transformó, por mor de la estructura autonómica del Estado, en Sistema Nacional de Salud. El año anterior se había promulgado la Ley de Incompatibilidades, otro medio de racionalizar las administraciones públicas, cuyos antecedentes contemporáneos hay que buscar, como ya hemos expuesto, en las propuestas modernizadoras tomadas de la Fundación Rockefeller con anterioridad a la Guerra Civil. A la vez que la LGS, se aprobaba la ley orgánica de medidas especiales en materia de salud pública (Ley 3/86 de 14 de abril) –en tanto que competencia descentralizada– con solo cuatro artículos y de la que nunca se hizo un reglamento de aplicación. Se autorizaba en ella, «por razón de urgencia o necesidad», a intervenir sobre personas y bienes en caso de peligro para la salud de la población y a garantizar el abastecimiento de fármacos.

Una peculiaridad del contexto hispánico de la reforma fue la oposición frontal que recibió de los colegios de médicos. Dado que el modelo de organización sanitaria definía la forma y los límites del mercado de salud, las características de la práctica profesional, el control sobre la organización del trabajo profesional y el estatus profesional, la reforma fue considerada como un ataque a la profesión misma (Rodríguez, 1992).

El proceso impulsado por los socialistas se vio sometido a la tensión entre objetivos sanitarios, estrategias políticas y necesidades económicas, lo que acentuó su pragmatismo. La LGS se articuló sobre tres principios teóricos básicos, a saber, reorganización del sector primario, participación comunitaria e intervención en salud mediante políticas intersectoriales. Entre sus consecuencias destaca el haber hecho realidad la universalización de la cobertura, que en 1995 era del 98,5% de la población, producir la reorganización del sector primario con la creación de la

especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y realizado la unificación administrativa de la red asistencial, la cual, una vez lograda por absorción o cierre de varias redes preexistentes, de ministerios, diputaciones, Cruz Roja, etc., ha reforzado mediante la jerarquización y la territorialización. Sin embargo, se mantuvieron entidades especiales como Muface o ISFAS, y el objetivo de la participación comunitaria no terminó de plasmarse en estructuras y prácticas viables y acabó por desaparecer del discurso oficial. Su empleo posterior se reduce a la calificación de organismos consultores en las cúpulas administrativas del sistema, tanto estatal como autonómicas.

Y es que los propios gestores ministeriales, en esta etapa de desarrollo de la LGS, no tenían muy claro cómo llevar a la práctica los principios rectores de su política sanitaria. Por ejemplo, el asesor ministerial Pedro Pablo Mansilla afirmaba que si bien «la promoción de la salud» era el concepto que vertebraba la alternativa socialista, por lo que estaba muy presente en los textos programáticos, su traducción práctica era difícil por ser «una idea nueva» (Mansilla Izquierdo, 1986). A ese tipo de dificultades entre el programa de cambios y la voluntad política puede deberse el rápido paso de Enrique Nájera Morrondo (1934-1994), la personalidad clave en el resurgir de la salud pública española en el periodo democrático, como impulsor de la epidemiología, por la Dirección General de Salud Pública (apenas año y medio, 1983-1985). Un trabajo de este autor, publicado en 1989, confronta las novedades contenidas en la reforma socialista con los postulados sanitarios reconocidos, subrayando como aspectos más novedosos la reorganización del sector primario, la participación comunitaria y la intervención en salud mediante políticas intersectoriales. Al mismo tiempo, indicaba su relativa insuficiencia y lo achacaba a las resistencias encontradas en su puesta en marcha (Nájera Morrondo, Cortés, García Gil, 1989). Desde la práctica de la reforma, dos altos cargos sanitarios de los gobiernos autónomos de Navarra y el País Vasco comprobaron la existencia de un problema muy grave al intentar reorientar estratégicamente los supuestos del sistema de atención médica (Elorrieta Pérez de Diego, García Herrera, 1991); la estructura heredada exigía unos objetivos propios, de mejora de la atención, mientras que el nuevo discurso de prioridades planteaba un concepto de salud integral, con el acento puesto en las políticas horizontales o intersectoriales. Según dichos actores, el «sistema médico» se autopercibe en

contra del «sistema sanitario», lo que conlleva la tendencia a la desaparición de los objetivos de salud pública de base organizativa mucho menos poderosa. En este contexto, surge, como hipótesis significativa, la vieja idea tecnocrática de la «dictadura sanitaria», bajo la forma de una agencia que supondría un organismo de control de toda la política pública.

La etapa de «reforma de la Reforma» (1992-96) convirtió esta en un estado de crisis permanente, puesto que se volvían a reabrir discusiones sobre los mismos objetivos, principios y valores de dos décadas atrás (Irigoyen, 1996). El contexto internacional era el de la ofensiva neoliberal (Maestro, Huertas, 1991), surgida de los gobiernos de Margaret Thatcher en Gran Bretaña y Ronald Reagan en Estados Unidos, encaminada a la demolición del suministro estatal de servicios para introducir el mercado en todos los terrenos de lo público, justificada por la inefficiencia, rigidez y burocracia que los caracterizaba. En materia sanitaria y en el caso español, se unió a las tensiones de financiación ocasionadas por el elevado déficit público que siguió a las cortapisas puestas por la negociación con la Comunidad Europea y al disparo del gasto farmacéutico y de pensiones, que hicieron que García Vargas estuviera dispuesto a retocar el modelo del SNS. Con tal ocasión, el Consejo Interterritorial del SNS decidió en 1990 crear una «Comisión de expertos para el estudio del SNS y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro», después conocida como Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, o Comisión Abril, por su presidente, el ex ministro de UCD Fernando Abril Martorell (1936-1998) (Barrientos, s.a.). La Comisión compuesta por nueve titulares trabajó a partir de los informes requeridos de unos 140 expertos acerca de la estructura, organización y funcionamiento del SNS en relación con la calidad, equidad y eficiencia, tres grandes grupos de actividades: gestión y financiación del sistema, servicios asistenciales y salud pública. También se reunieron con los consejeros de sanidad autonómicos y se encargaron dictámenes a expertos extranjeros, incluyendo una encuesta sobre la satisfacción de los usuarios del SNS español en comparación con los de otros diez países industrializados. Entre sus recomendaciones finales figuran la implantación de cofinanciación por los usuarios, el establecimiento de un catálogo básico de prestaciones común para todos y la generación de un mercado interno en la provisión de servicios sanitarios, extendiendo la cultura del contrato-programa (Pérez Giménez, 2000).

El meollo de las discusiones públicas se centró en el copago y en las modificaciones de la gestión. Los economistas llaman *cuaismercado* a esa pretensión de introducir los supuestos del mercado libre en la gestión de un servicio público, mediante la creación de condiciones de autonomía patrimonial y financiera de los centros, generar competencia entre los proveedores y aumentar la capacidad de elección de los consumidores. Para ello se hacía necesario regular nuevas formas de gestión, tendentes a la separación entre la garantía del derecho –financiación pública– y su provisión –distintos servicios públicos, privados o concertados, incluso fundaciones públicas– que se toparon con fuertes resistencias desde la izquierda y los sindicatos de clase, principalmente.

Este nuevo modelo fue introducido en España por la Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Cataluña creadora del *Servei Catalá de Salut*, mientras que a nivel estatal hubo que esperar al R.D. 10/1996, convertido después en la Ley 15/1997 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS. Distintos gobiernos autonómicos, sin menoscabo de su filiación política, han aplicado los mismos principios y estrategias.

Hay que advertir que la LGS no modificó «la realidad» de la salud pública (Manzanera, Villalbí, Navarro, Armengol, 1996; Resumen, 1996). La integración de salud pública dentro del sistema de salud, pedida por los sanitarios (Conclusiones, 1983), despertó el miedo de que se perdieran sus perfiles profesionales específicos: «la idea de que los servicios asistenciales podían asumir directamente funciones de salud pública ha llevado, en cierta medida, a una pérdida de identidad de la propia salud pública» (Otero, Ausín, McKee, Brandt, 1997). Es un proceso que se agudizó en España por la convivencia con la nueva especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, portadora de los cambios estratégicos en atención primaria. Creada al mismo tiempo que la especialidad de Medicina Preventiva y de Salud Pública, por la Ley de Especialidades de 1978, no sólo encontró resistencias entre los anteriores médicos generalistas, también despertó sentimientos encontrados en el área salubrista. Había quienes preferirían mantener separadas las competencias de tipo poblacional, esto es, las de gestión, planificación y evaluación de base epidemiológica propias de la salud pública, de las de asistencia médica, por más integral que sea, a la que no se oponían y recomendaron que incluyeran conocimientos de salud pública (Portella, Berraondo, 1986).

Las contradicciones del proceso de reformas impulsado por los socialistas, a partir de la tensión indicada entre objetivos sanitarios, estrategias políticas y necesidades económicas, que se evidencian en la desaparición de la Dirección General de Salud Pública bajo el mandato del ministro García Vargas y su sustitución por una Dirección General de Planificación Sanitaria, son responsables de que este renacimiento de la salud pública en España deba ser calificado de problemático. El *leitmotiv* del cambio o reforma administrativa abordada por los gobiernos del PSOE se encontraba en la introducción de «la racionalidad económica»; racionalización que resultaba doblemente conveniente en la situación de crisis económica: por exigencia gerencial y por exigencia política, para sacar mayor provecho del dinero público (Mansilla Izquierdo, 1986). En efecto, análisis posteriores confirman la impresión testimonial de los que vivimos ese devenir en el sentido de que el cambio ha tenido un cariz marcadamente gerencialista, en cuyo transcurso se han esfumado objetivos como el de la participación comunitaria y el fomento de la visión multisectorial de la política de salud, sin que la descentralización autonómica haya servido para aunar experiencias; antes bien, exigía un esfuerzo de coordinación que no ha llegado a producirse del todo.

Los gobiernos del Partido Popular (de 1996 a 2004) han profundizado la senda anunciada por el Informe Abril, así como han abordado las nuevas necesidades de coordinación.

En este tiempo se detecta un aumento de la gestión y provisión privadas y un incremento de medidas «liberalizadoras» que se simbolizan por la extensión de las fundaciones, en tanto que fórmulas de privatización de la gestión con las que abaratar costes (mediante precarización de las relaciones contractuales, según Pérez Giménez, 2000). Las Jornadas SESPAS de Santiago de Compostela (1996) dieron su espaldarazo a las nuevas fórmulas de gestión, apreciando en la separación de funciones entre financiación y provisión una oportunidad para mejorar, siempre que los productos ofertados sean escogidos por su valor añadido en salud y no sólo en términos económicos (Resumen, 1997; coincidencia con lo propuesto por el influyente grupo del Instituto Municipal de la Salud barcelonés, Manzanera, Villabí, Navarro, Armengol, 1996). No obstante hay quien discute estos objetivos, para empezar porque se incumplen; es más, el triunfo de una orientación puramente económica de las decisiones sanitarias oscurece el primer plano que las políticas sociales debieran

ocupar en el Estado del Bienestar (Rey del Castillo, 1998). Se aduce, dentro de esta crítica, la ausencia de «evidencias contrastadas» de que por su aplicación mejoren ni la eficiencia ni la equidad de los servicios sanitarios. La Fundación de Estudios Sindicales y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, en unas jornadas celebradas en febrero de 2007, se han vuelto a posicionar en contra de la gestión privada de los centros públicos.

Junto al debate público/privado, se instaura una nueva preocupación: la de las posibles desigualdades que puede generar la dispersión autonómica. En 1997, por Ley 6/1997 y RR.DD. 617/1997 y 1330/1997, desapareció la estructura de delegaciones ministeriales provinciales, por lo que las competencias estatales aparecen, como Unidades Periféricas de Sanidad, bajo la doble dependencia orgánica del Ministerio de Administraciones Públicas y funcional del de Sanidad. Desde la perspectiva de la salud pública, la atomización de competencias consecutivas a las transferencias autonómicas iría en detrimento de la fortaleza de los poderes públicos frente a sus interlocutores empresariales, nacionales o transnacionales –industrias químicas, alimenticias, etc.– y, por supuesto, las firmas proveedoras farmacéuticas y tecnosanitarias (Rey del Castillo, 1998). O bien significaría una debilitación general del propio sistema (Oñorbe, 1997), que haría más difícil la exigencia de garantizar el cumplimiento de la legislación europea y la sanidad fronteriza (Martín Moreno, 2002). Incluso defensores del modelo autonómico excluyen, en todo caso, la salud pública de las áreas beneficiadas por la descentralización (López-Casasnovas, Rico, 2003).

La estructura autonómica exige, pues, una transformación de la función estatal de coordinación y armonización de las políticas sanitarias, que desde la LGS pasa a ser establecida por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Este organismo colegiado, inaugurado en 1987, está formado por 34 miembros, con una composición paritaria entre la administración general del Estado y las Comunidades Autónomas, y se estructura en pleno, comisión delegada, comisiones técnicas y grupos de trabajo, con sus correspondientes niveles técnico y político, lo que le ha convertido en el verdadero órgano de decisión de las políticas sanitarias. Sus resoluciones se alcanzan mediante acuerdos y recomendaciones de los que el 37% son de funcionamiento interno. En cuanto a las materias tratadas (tabla 8) corresponden principalmente a la salud pública, si bien el criterio de clasificación de las materias es poco específico.

Tabla 8. Acuerdos y recomendaciones aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, según materia, 1998-2004

TEMAS	ACUERDOS	
	NÚMERO	%
Salud Pública	113	33,2
Farmacia	51	15
Ordenación profesional y RR.HH.	51	15
Política y evaluación sanitaria	26	7,6
Planificación/asistencia	20	5,9
Unión Europea	16	4,7
Trasplantes	13	3,8
Planes de salud	12	3,5
Ordenación de prestaciones	9	2,6
Atención especializada	8	2,4
Prestaciones	6	1,8
Salud mental	5	1,5
Inspección sanitaria	4	1,2
Otros	6	1,8
TOTAL	340	100

El penúltimo gobierno socialista aprobó, en diciembre de 1995, la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en el marco de la adecuación de la legislación europea y como respuesta a las disfunciones aparecidas en la gestión de amenazas sanitarias (Real Decreto 2210/1995), que se hizo realidad a partir de 1997. Y, acabado el proceso de transferencia del Insalud en 2002, tras seis meses de negociaciones con las diez comunidades autonómicas de vía lenta, y acordado un modelo de financiación (Bohigas, 2003), el Parlamento aprobó por unanimidad una ambiciosa Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 2003. En ella se pretenden codificar los medios para conseguir un funcionamiento armónico de los distintos servicios sanitarios autonómicos, desde una perspectiva que defiende expresamente valores de equidad, calidad y participación ciudadana sobre la base de lo garantizado por la Constitución y la Ley General de Sanidad. La ley, además de regular con mayor precisión el pa-

pel coordinador del Consejo Interterritorial, define o redefine una serie de organismos estatales, como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, el Observatorio del SNS y el Consejo de Participación Social del SNS, encargados de cohesionar el sistema. Las «acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias» a que se refiere el texto legal tienen que ver con la totalidad de contenidos de la acción sanitaria pública: prestaciones, farmacia, profesiones, investigación, sistemas de información, calidad, planes integrales, salud pública y participación de ciudadanos y profesionales. Define las prestaciones de salud pública (art. 11) como «el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población», con mención expresa de actuaciones en información y vigilancia epidemiológica, tránsito internacional, sanidad ambiental, seguridad alimentaria y salud laboral, y la precisión de que estas prestaciones «se ejercerán con un carácter de integralidad» desde las estructuras propias de las administraciones y del sistema de atención primaria.

Si bien el Consejo Interterritorial es el instrumento coordinador de la política sanitaria, las Comunidades Autónomas son las instituciones que van a tener la mayor capacidad para la modernización de la salud pública, constituyéndose en su verdadero motor de transformación, especialmente aquellas que por su propia entidad o por la apuesta por perfiles alternativos al gobierno central, tenían mayor capacidad política para su renovación. Este proceso generaría diferentes modelos, expresados en términos de descentralización —Andalucía, Comunidad Valenciana, por ejemplo— o de centralización manteniendo la estructura provincial como unidad básica, tal como las dos Castillas (tabla 10, véase página 126). Las competencias correspondientes suelen estar adscritas a una Dirección General de Salud Pública, dependiente bien directamente de la Consejería, bien de la Viceconsejería u otra dependencia intermedia central, salvo en Canarias, donde se encuadra dentro del Servicio de Salud. La Dirección General, en los casos de Navarra y Madrid cuenta con un servicio técnico separado, a cargo de un Instituto de Salud y en Canarias y Comunidad Valenciana con un centro propio de formación. Esta última también posee centros de salud pública comarciales. En Andalucía la formación en salud pública se desarrolla en la EASP, organismo dependiente de la Consejería de Salud, con figura legal de empresa pública.

5.2. La profesión salubrista: itinerarios formativos y contenidos científicos

No será hasta finales de la dictadura y, especialmente, en la transición cuando se den las condiciones para modernizar la formación. A ello contribuyó la creación de la especialidad de Medicina Preventiva y la apertura de Escuelas autonómicas de salud pública. En el primer caso, especialmente, la obligación de realizar el curso de oficiales sanitarios que significó, desde su adscripción al Programa MIR, la vía abierta a la modernización de la formación en salud pública, en un proceso que fue simultáneo a la renovación de la disciplina en el ámbito universitario.

Una conclusión del trabajo ya citado de Parra (1983) era la tardanza de la salud pública hispana en alcanzar los rasgos formales de actividad científica moderna, medidos a través de indicadores bibliográficos simples como la presencia de bibliografía o la autoría múltiple, algo que en otras áreas se hizo realidad en la década de 1950. La tabla 6 nos mostraba la evolución en el tiempo del primero de esos rasgos, mientras que la tabla 9 nos muestra el comportamiento de la colaboración en la autoría de los artículos.

Tabla 9. La colaboración en la autoría de los artículos de la Revista de Sanidad e Higiene Pública

	1971-75 ¹	1975 ²	1985 ²	1991-2000 ³
Núm. de artículos	223	27	51	290
Núm. de autores	-	56	129	1.052
% FIRMAS				
% 1 firma	> 50	48,1	21,5	4,1
% 2 a 5 firmas	-	44,4	68,6	68
% 6 y más	-	7,4	9,8	37,9

Fuente: (1) Parra Hidalgo (1983). (2) Elaboración propia. (3) Pérez Andrés (2002), Estrada Lorenzo (2003).

Tabla 10. Organización administrativa de salud pública en España, 2007

COMUNIDAD	1º NIVEL DE GOBIERNO	2º NIVEL DE GOBIERNO	CENTRO DE FORMACIÓN
ANDALUCÍA	Consejería de Salud	D.G. de Salud Pública y Participación Deleg. Provinciales	Escuela Andaluza de Salud Pública (1985)
ARAGÓN	Departamento de Salud y Consumo	D.G. de Salud Pública Servicios Provinciales	
ASTURIAS	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios	D.G. de Salud Pública y Planificación	
BALEARES	Consejería de Salud y Consumo	D.G. de Salud Pública y Participación	
CANARIAS	Consejería de Sanidad	Servicio Canario de la Salud D.G. Salud Pública Direcciones de área en cada isla	Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (1993)
CANTABRIA	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales	D.G. de Salud Pública	
CASTILLA LA MANCHA	Consejería de Sanidad	D.G. de la Salud Pública y Participación Deleg. Provinciales	

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

CASTILLA Y LEÓN	Consejería de Sanidad D.G. de Salud Pública y Consumo Deleg. Provinciales	
CATALUÑA	Departamento de Salud [En proceso de reforma AGENCIA DE SALUD PÚBLICA]	
COMUNIDAD VALENCIANA	Consejería de Sanidad D.G. para la Salud Pública Direcciones territoriales Centros comarciales de salud pública	IVESP (1987-2001) Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (2001)
EXTREMADURA	Consejería de Sanidad y Consumo D.G. de Consumo y Salud Comunitaria	
GALICIA	Consejería de Sanidad D.G. de Salud Pública Deleg. Provinciales	
LA RIOJA	Consejería de Salud D.G. de Salud Pública	
MADRID	Consejería de Sanidad y Consumo D.G. de Salud Pública y Alimentación Instituto de Salud Pública Servicios de Salud Pública de Área	
MURCIA	Consejería de Sanidad D.G. de Salud Pública	
NAVARRA	Departamento de Salud D.G. de Salud Instituto de Salud Pública	
PAÍS VASCO	Departamento de Sanidad D.G. de Salud Pública Direcciones territoriales	

NUEVASALUDPÚBLICA | 1

Este rasgo muestra la rápida normalización, fruto de la estructura académica de la profesión; obsérvese que si todavía a la altura de 1975, la proporción de artículos de una sola firma era prácticamente la mitad de la producción publicada en este medio, diez años más tarde se ha disminuido a la mitad y queda reducida a un nivel testimonial en el decenio último, cuando sólo se han contabilizado los artículos de investigación. La tendencia hacia la colaboración múltiple se impone de manera indiscutible en los últimos veinte años y para el decenio final del siglo XX, el índice de colaboración (o cociente entre el número de firmas y de trabajos) es de 4,5. En la otra gran revista que comparte con esta el núcleo especializado en salud pública, *Gaceta Sanitaria*, la mediana de autores por trabajo era de 3 para los años 2004 y 2005, pero asciende también a 4,5 ó más si se consideran sólo las modalidades editoriales que ofrecen resultados originales de investigación (Fernández, 2005 y 2006). El análisis de las comunicaciones a los congresos nacionales de sanidad o salud pública, tal y como se observa en la tabla 11, refuerza esta imagen.

Tabla 11. Índice de colaboración en las comunicaciones presentadas a congresos de sanidad en España, 1934 a 1995

	Primer Congreso Sanidad, 1934	Congreso SESPAS, 1987	Congreso SESPAS, 1995
Núm. de comunicaciones	296	158	211
% 1 Firma	86,6	8,8	6,6
% 2 a 5 Firmas	13,4	69,7	75,5
% 6 y más	0	2,5	17,8

Tabla 12. Temáticas de estudio en salud pública

TIPO ESTUDIOS	RSHP 1975	RSHP 1985	RESP 1995	GAC. SAN. 1993-94
Descriptivos	57,1	69,1	48	40
Analíticos	32,0	17,2	44	44,5

Fuente: Rodríguez Artalejo (1995) y elaboración propia.

Si observamos los contenidos de los artículos publicados, encontramos una tendencia creciente hacia la mayor dedicación a estudios de corte analítico, en detrimento de los descriptivos, según la tipología expuesta por Rodríguez Artalejo (1995), como muestra la tabla 12.

La clasificación propuesta por Rodríguez Artalejo no ha sido mantenida, por desgracia, en los sucesivos balances que vienen publicando los equipos editoriales de *Gaceta Sanitaria*, ni tampoco fue recogida por el reciente estudio bibliométrico sobre Revista Española de salud pública, lo cual nos priva de un útil instrumento de comparación que pudiera guiarnos en una revisión a vista de pájaro de la producción científica en los últimos 20 años de la disciplina. Y es que la mencionada clasificación, con pretensión omnicomprendiva, comprende dos ejes, uno metodológico y otro temático, que relaciona entre sí con indudable lógica. El eje metodológico no se agota en la dicotomía descripción/análisis, sino que subdivide cada uno de sus apartados en otros tres. La metodología descriptiva se puede emplear para dimensionar problemas de salud, formular objetivos o monitorizar programas o intervenciones, mientras que la analítica, a su vez, sirve a la evaluación de programas o intervenciones, a la investigación etiológica o a la metodológica. Con estos criterios se puede afinar mejor esa deriva metodológica (tabla 13).

Tabla 13. Métodos de trabajo en los artículos de investigación originales de volúmenes escogidos de *Revista Española de Salud Pública* y *Gaceta Sanitaria*, 1975-1995, por porcentajes, según esquema de Rodríguez Artalejo

MÉTODOS		RHSP 1975 ¹	RHSP 1985 ¹	RESP 1995 ¹	GAC.SAN 1993-94 ²
ESTRATEGIA DESCRIPTIVA	Magnitud problemas	39,3	61,5	28	40
	Formulación objetivos	10,7	1,9	8	-
	Monitorización Progr./Interv.	17,9	5,7	12	-
ESTRATEGIA ANALÍTICA	Evaluación Progr./Interv.	7,1	3,8	20	19
	Investigación etiológica	-	13,4	8	7
	Investigación metodológica	7,1	-	16	18,5
OTROS		17,9	13,4	8	4,2

Fuentes: (1) Elaboración propia. (2) Rodríguez Artalejo, 1995.

De esta manera podemos observar que la creciente importancia de la metodología analítica se produce a expensas de los trabajos que evalúan intervenciones de salud o que realizan una discusión metodológica. El nivel descriptivo sigue siendo el más empleado como medio de cuantificación de los problemas de salud, mientras disminuye apreciablemente la investigación etiológica, lo cual pudiera explicarse por el retroceso del laboratorio en la práctica salubrista y/o bien porque estas subespecialidades han encontrado acomodo en otro grupo de revistas, distintas de las exploradas aquí como representativas de una salud pública generalista, si se me permite la expresión.

Para explorar los cambios en cuanto a los temas objetos de investigación en salud pública hemos construido la tabla 14 siguiendo, igualmente, las indicaciones de Rodríguez Artalejo (1995).

Tabla 14. Evolución temática de los artículos originales de investigación en volúmenes escogidos de *Revista Española de salud pública* y *Gaceta Sanitaria*, 1975-2005, según esquema de Rodríguez Artalejo

TEMAS DE INVESTIGACIÓN	RHSP 1975 ¹	RHSP 1985 ¹	RESP 1995 ¹	GAC.SAN 1993-94 ²	GAC.SAN 2005 ³
Probl. salud	35,7	61,5	44	40	40
Determ. biolog.	21,4	7,6	12	-	-
Determ. conduct.	10,7	1,9	-	10	15,4
Determ. ambient.	10,7	1,9	4	10	2,6
Servicios salud	3,6	13,4	28	35,7	17,9
Otros	17,9	13,4	8	4,2	23

Nota: Porcentajes por columnas.

Fuentes: (1) Elaboración propia. (2) Rodríguez Artalejo (1995). (3) Fernández (2006).

En ella observamos que, como no podía ser de otra manera, la primacía la tienen los trabajos cuyo objeto es el estudio de problemas concretos de salud, mientras que, en el otro extremo, destaca la notable disminución de aquellos centrados en el estudio de los determinantes biológicos, lo que refuerza lo señalado en el comentario a la tabla

13 sobre la menor presencia de trabajos sobre investigación etiológica. La otra característica destacable es el incremento del grado de reflexividad en la investigación salubrista, con una importante atención al desempeño de los servicios sanitarios, paralela al proceso de reformas estructurales y funcionales sanitarias y a la relevancia que han cobrado las cuestiones de la gestión eficiente. Esta tendencia queda confirmada por el examen de los contenidos de los dos últimos volúmenes de *Gaceta Sanitaria* (tabla 15), que además de confirmar la centralidad de los estudios epidemiológicos, muestran como materia más cultivada la de «Economía, gestión y servicios sanitarios».

Tabla 15. Clasificación por materias de los trabajos publicados en *Gaceta Sanitaria*, 2004 y 2005

MATERIA	ARTÍCULOS INVESTIG.	% TOTAL
Economía, gestión y servicios sanitarios	16	18,8
Epidemiología social	15	17,6
Epidemiología crónicas	13	15,2
Epidemiología infecciosas	12	14,1
Estilos de vida	10	11,7
Metodología y proceso editorial	9	10,5
Farmacoeconomía y farmacoepidemiología	7	8,2
Promoción de salud, protección y medio ambiente	3	3,5
TOTAL	85	100

Fuente: Fernández, 2005 y 2006.

Para verificarlo fehacientemente haría falta el estudio de la serie y no de volúmenes sueltos. Aunque contamos con un reciente abordaje bibliométrico de la década 1991-2000 de RESP, este resulta muy poco aclaratorio, pues emplea unos criterios clasificatorios distintos, que, además, no justifica desde la perspectiva de la comprensión de la actividad de la disciplina. Así, clasifica los artículos originales de investigación por una única materia, en una relación de conceptos cuyo enunciado no aclara el sentido en el que se desarrollan los respectivos trabajos (tabla 16).

Tabla 16. Clasificación por materias de los trabajos originales publicados en *Revista Española de Salud Pública*, 1991-2000

ORDEN DE CLASIFICACIÓN ASIGNANDO UNA SOLA MATERIA POR ARTÍCULO	TOTAL MATERIA PRINCIPAL	%	PALABRAS CLAVE EN ÍNDICE DE MATERIAS	%
TOTAL	290	-	428	-
1. Enf. infecciosas y parasitarias	86	29,6	89	20,8
2. Atención primaria de salud	34	11,7	47	11
3. Contaminación ambiental	21	7,2	37	8,6
4. Salud escolar	19	6,5	32	7,5
5. Tabaco	19	6,5	27	6,3
6. Sistema de registro e información	19	6,5	27	6,3
7. Hospitales	18	6,2	24	5,6
8. Mortalidad	13	4,4	37	8,6
9. Neoplasias	12	4,1	21	4,9
10. Ancianidad	11	3,8	12	2,8
11. Adolescencia*	9	3,1	24	5,6
12. Medicamentos	9	3,1	19	4,4
13. Accidentes	7	2,4	11	2,6
14. Enf. aparato circulatorio	6	2	21	4,9
15. Otros	7	2,4	-	-

(*) «Adolescentes» en el original.

Fuente: Pérez Andrés, Estrada Lorenzo, Villar Álvarez, Rebollo Rodríguez, 2002.

La clasificación así establecida (2^a y 3^a columnas de la tabla) asigna el primer lugar, con suficiencia, a las investigaciones cuyo objeto son las enfermedades infecciosas y parasitarias y el segundo a las que enfocan la atención primaria de salud. Entre el 10% y el 5% acumulan trabajos dedicados a contaminación ambiental, salud escolar, tabaco, sistemas de registro e información y hospitales. Exponiendo

en paralelo la clasificación así establecida con la distribución de dichas palabras clave en el índice temático total de RESP —donde cada trabajo puede ser descrito con más de una materia, columnas 4^a y 5^a— la comparación es bastante homogénea, aunque incrementan en mayor proporción su importancia como objeto de investigación los temas mortalidad y enfermedades del aparato circulatorio. Los autores del estudio entienden que esta distribución por materias es coherente («parece continuar») con la tradición histórica de la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, aunque su conclusión general es que RESP «ha evolucionado de acuerdo a la propia producción científica de la salud pública». Y, sin embargo, no han podido dejar de observar la contradicción que significa una baja presencia de la epidemiología de las enfermedades no infecciosas, que explican por la falta de idoneidad de la revista para este tipo de publicaciones. No hay posibilidad de conocer cuántos de estos trabajos están realizados dentro de un enfoque temático compatible con el de economía, gestión y servicios sanitarios, tan prominente en el análisis de *Gaceta Sanitaria* antes expuesto.

En cuanto a la procedencia de la investigación original en salud pública, se ha consolidado un polo universitario, junto al tradicional de la administración sanitaria y de la propia red asistencial. Así se muestra en la imagen que da de sí la RESP (tabla 16). El más detallado análisis de la última década de esta publicación indica que el principal núcleo de productores de trabajos asienta en los centros sanitarios, en particular en la rama de atención especializada (lo que sugiere el peso de las unidades de Medicina Preventiva hospitalarias) y que ha crecido a expensas de la reducción de la procedencia oficial de los trabajos. La Universidad, tras haber vivido, aparentemente una etapa de muy fuerte presencia (pico de 1985), ha vuelto a las cifras que eran habituales a finales del franquismo, con alrededor de la cuarta parte del total de los contribuyentes. Por el lado de las administraciones, y de acuerdo con la nueva distribución de competencias, las administraciones autonómicas son las que contribuyen en mayor proporción. Entre 1994 y 2000, la distribución de autores según sexo es de media ligeramente favorable a los varones (56,5%), oscilando la contribución femenina entre un 35,9 y un 53,4 —en 1996— con una mediana de 44% de presencia.

Tabla 17. Procedencia institucional de los autores de artículos de investigación en *Revista Española de Salud Pública*, 1991-2000

PROCEDENCIA	1975 ¹ % AUTORES	1985 ¹ % AUTORES	1991-2000 ² % AUTORES
Administración (id. autonómica)	58,3	37,5 (n.r.)	24,4 (16,4)
Atención sanitaria (id. especializada)	8,3	15,2 (8,8)	37,6 (20,2)
Docencia e investigación (Universidad)	25	44,4 (42,2)	32,4 (26,3)
Otros	8,3	2,2	4,1
No consta	-	-	1,4

(n.r.) no registrado

Fuentes: (1) Elaboración propia. (2) Estrada Lorenzo (2003).

El nuevo reparto entre instituciones de los profesionales de salud pública se puede observar también analizando la procedencia de los congresistas en las reuniones masivas de la especialidad (tabla 18).

Tabla 18. Asistentes a diversos congresos de salud pública en España, según institución de procedencia, en porcentajes, 1934-1994

INSTITUCIÓN	SANIDAD NACIONAL 1934 ¹	CONGR. SESPAS 1987	CONGR. SEE1994
Administración sanitaria	23,5	39,3	55
Universidad	7,5	14	13
Beneficencia/hospitales	3,5	12,6	11
Otros centros investig.	2,3	-	7
Centros higiene/APS	62,1	16	3
Otros	0,8	18	11

Fuentes: (1) Rodríguez Ocaña; Menéndez, 1986. (Resto) Elaboración propia.



Reflexión final

El periodo de renacimiento de la salud pública se ha basado en la creación de cuerpos autonómicos sanitarios, para cuya formación han jugado un papel central las nuevas Escuelas de salud pública, aparecidas a partir de la cesión de transferencias sanitarias en Andalucía (la Escuela Andaluza de Salud Pública se creó por acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía el 2 de mayo de 1985), Comunidad Valenciana y Canarias. Su aparición y estilo debe mucho a la normalización de las relaciones internacionales consecutivas al fin del Régimen autoritario, pues desde 1977 se extendió el hábito de asistir a cursos de formación de salud pública en el extranjero (centros de Londres, Lisboa, México, La Habana, entre otros destinos) para suplir los déficit formativos nacionales. El programa MIR en Medicina Preventiva y salud pública, por su parte, enriqueció sus contenidos de partida con la impartición en el Centro de Talavera, durante su tercer año y desde 1980, de un curso general asignado a la ENS, si bien nació muy fijado a la medicina preventiva hospitalaria. El programa nacional de la especialidad de 1986 ubicó dicho curso general de la ENS en el primer año, mientras que los dos siguientes se empleaban en adquirir una formación hospitalaria. Este Programa se revisó en 1996 para introducir capítulos cuya ausencia había sido reivindicada por los sanitarios –el cambio se argumentó en base a la delantera que «la realidad social» de la práctica había cobrado sobre la norma–, y a la realización de un curso superior de salud pública sumaba tres años más de rotaciones por cinco áreas. Esto debía permitir una formación básica en Epidemiología, Gestión y Administración, Medicina Preventiva Hospitalaria, Promoción y Educación de la

salud y Salud Medioambiental y Ocupacional (Gómez López, Sangrador Arenas, 1995), sin que resultara factible encontrar centros especializados. Para 2004, unos 700 profesionales se habían formado por esta vía MIR, desde sus inicios, si bien los puestos de trabajo especializados, creados preferentemente por las administraciones autonómicas, se habían ocupado en gran parte por médicos sin titulación específica que la han adquirido con posterioridad (unos mil titulados) por las vías previstas en la Ley de Especialidades (Gómez, Benavides, 2004). El acuerdo sobre definición de competencias alcanzado por las principales agrupaciones profesionales, SESPAS y SEE en 2003 (Benavides, 2006) ha servido de móvil para la última redefinición del itinerario formativo de la especialidad, consistente, según el Plan recientemente aprobado, de un curso superior de salud pública (mínimo, 80 créditos, de los que 20 dependerán de la realización de tesina), más rotaciones por un centro hospitalario (12 meses), un centro de atención primaria (6 meses), un centro de salud pública (12 meses) y un centro de investigación en salud pública (6 meses).

La peculiaridad actual de la salud pública, aparte su composición pluridisciplinar, que en el caso de España, aparece sometida a una presencia hegemónica de profesionales de la medicina, está ligada a su empeño en la promoción de la salud, lo que supone estimular la adopción de políticas intersectoriales. El problema que aquí se presenta, como no han dejado de reconocer sus propios protagonistas, es el lugar que la profesión de salud pública ocupa en el mundo social. Desde su creación como tal, los expertos en salud pública han ocupado puestos en distintos niveles de la administración del Estado. En los últimos tiempos hay trazas de una cierta percepción de asfixia en estas indispensables relaciones entre salubristas y poderes públicos, que ha venido reclamando como solución una mayor profesionalización, a través del refuerzo de los estándares formativos, la acreditación profesional y el apoyo en redes internacionales de expertos (Segura, 2002).

Pero la experiencia histórica nos muestra que «la salud» no es un valor universal, ni siquiera absoluto, en muchos casos se emplea como vehículo instrumental de determinados objetivos políticos o ideológicos. Sin embargo, pocos discutirán hoy que la salud aparece como requisito para el desarrollo humano tanto desde el punto de vista individual como social y universal y que nunca hemos estado tan

cerca de dotarlo, como objetivo, de perfiles tan universales. Mas la *troika* que ha presidido el desarrollo histórico de las políticas sanitarias, formada por la moral, la ciencia y el Estado, no parece haberse modificado en los momentos actuales, de modo que los cambios que ocurran en cualquiera de dichos dominios supondrán, inevitablemente, cambios en las políticas de salud, y retos y exigencias nuevos para los salubristas.



Bibliografía citada

- Armstrong D, Caldwell D. Origins of the concept of quality of life in health care: a rhetorical solution to a political problem. *Social Theory & Health*, 2004; 2: 361-371.
- Arrizabalaga J. Medicina basada en la evidencia. ¿Cambio de paradigma o nuevo etiquetado? En: Martínez Pérez J. et al., coords. *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha, 2004.
- Asensi Artiga V. *Murcia: sanidad municipal (1474-1504)*. Murcia: Universidad de Murcia, 1992.
- Astrain Gallart M. Barberos, cirujanos y gente de mar: la sanidad naval y la profesión quirúrgica en la España ilustrada. Madrid: Ministerio de Defensa, 1996.
- Barona JL. The European Conference of Rural Health (Geneva, 1931) and the Spanish administration. En: Barona JL, Cherry S, eds. *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 2005.
- Barona JL, Bernabeu-Mestre J. *La Salud y el Estado. La administración española y el movimiento sanitario internacional*. Valencia: PUV, 2008.
- Barona JL, Perdiguero E. Health and the war. Changing schemes and health conditions during the Spanish Civil War. *Dynamis*, 2008; 28: 83-107.
- Barrientos N. Décimo aniversario. El Informe Abril. La reforma truncada. [Revista en Internet]. Madrid: El Médico: Diario electrónico de la Sanidad. [acceso 18 de mayo 2007]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/informeabril.htm>
- Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*, 2003; 17 (2): 150-156.

NUEVASALUDPÚBLICA | 1

- Benavides FG. et al. Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gac Sanit*, 2006; 20 (3): 239-243.
- Bernabeu Mestre J. Marcelino Pascua, desde la perspectiva histórica. En: *Las Estadísticas demográfico-sanitarias. Primer Encuentro Marcelino Pascua*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1992.
- 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 Pub*, 1994; 68 (monograf.): 65-80.
- Bernabeu Mestre J. Cultura, ciencia y política. La lucha antipalúdica de la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925. *Medicina e Historia*, 1997; 73.
- Bernabeu Mestre, J. La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933. *Rev Esp Salud Pública*, 2000; 74 (monograf.): 1-13.
- Bernabeu-Mestre, J. Medio urbano y salud en el proceso de modernización: los trabajos de la Academia de Higiene de Cataluña, 1892-1922. En: Beascochea JM, González M, Novo PA, eds. *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad. Bilbao: Universidad del País Vasco*, 2006.
- Bernabeu Mestre J, Bujosa F, Vidal Hernández JM. Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut. Mahón: Institut Menorquí d'Estudis, 1999.
- Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977). Alicante: Universidad de Alicante, 1999.
- Bohigas L. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*, 2003; 17(4): 316-318.
- Blanco Esquivias B. ¡Agua va! La higiene urbana en Madrid (1561-1761). Madrid: Caja Madrid, 1998.
- Bornside GH. Jaime Ferran and preventive inoculation against cholera. *Bulletin of the History of Medicine*, 1981; 55: 516-532.
- Campos Marín R, coord. Dossier. La vacunación antivariólica en España durante el siglo XIX, Asclepio, 2004; 56 (1): 3-168.
- Campos Marín R. La sociedad enferma. Higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX. *Hispania*, 1995; 55: 1093-1112.
- Cardona A. La salud pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1823). Madrid: CSIC, 2005.

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

- Castejón Bolea R. Los médicos de la Higiene. Medicina y prostitución en la España contemporánea (1847-1918). *Bulletin d' Histoire Contemporaine de l'Espagne*, 1997; 25: 73-87.
- Castejón Bolea, Ramón. Moral sexual y enfermedad: la medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936). Granada, Universidad de Granada, 2001.
- Castejón Bolea, R. Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea. *Asclepio*, 2004 ; 56(2): 223-241.
- Clemente Fuentes L. El paludismo en la provincia de Cáceres. Cáceres: Institución Cultural «El Brocense», 1992.
- Cipolla CM. Public health and the medical profession in the Renaissance. Cambridge: Cambridge University Press, 1976.
- Conclusiones de las ponencias presentadas a las II Jornadas Técnicas del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. *Rev San Hig Pub*, 1983; 57: 113-116.
- Cuarta Reunión Nacional de Sanitarios. Madrid, abril de 1955. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1955.
- Cueto M, Zamora V. eds. Historia, salud y globalización. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2006.
- Davidovich N, Filc D. Reconstructing data: evidence-based medicine and evidence-based public health in context. *Dynamis*, 2006; 26: 287-306.
- Del Cura I, Huertas R. Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947. Madrid: CSIC, 2007.
- Dopico F, Reher DS. El declive de la mortalidad en España, 1860-1930. Zaragoza: ADEH, 1998.
- Echeverri Dávila B. La gripe española: la pandemia de 1918-1919. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1993.
- Elorrieta Pérez de Diego JI, García Herrera. El nuevo enfoque de la salud pública. Estrategias para su implementación. *Gac Sanit*, 1991; 5 (23): 93-97.
- Estrada Lorenzo JM, Villar Álvarez F, Pérez Andrés C, Rebollo Rodríguez MJ. Estudio bibliométrico de los artículos originales de la Revista Española de Salud Pública (1991-2000). Parte segunda: Productividad de los autores y procedencia institucional y geográfica. *Rev Esp Salud Pública*, 2003; 77 (3): 333-346.

- Fajardo Alcántara A. Las primeras experiencias contemporáneas de atención primaria de salud en España, 1976-1979. En: El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España: cambios profesionales en atención primaria en la década de 1980. [Tesis de Doctorado en Internet]. Granada: Universidad de Granada, 2007. [acceso 27 de abril 2007] Disponible en: http://adrastea.ugr.es/record=b1692550*spi
- Fernández E. Gaceta Sanitaria 2005: seguimos en la brecha. *Gac Sanit*, 2006; 20 (1): 9-15.
- Fernández E. Dónde estamos, hacia dónde vamos. *Gac Sanit*, 2005; 19 (1): 3-6.
- Fernández Polanco A. Urbanismo en Madrid durante la II República. *Política y ciudad*, 1931-1939. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas, 1999.
- Galiana ME, Bernabeu-Mestre J. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. *Asclepio*, 2006; 58 (2): 139-164.
- García Ballester L. Un reto para el galenismo: mejorar la salud. En: *Artifex factivus sanitatis. Saberes y ejercicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la Baja Edad Media*. Serie Collectanea, 2. Granada: Editorial Universidad de Granada 2004.
- Gómez L, Benavides FG. El nuevo programa de la especialidad en medicina preventiva y salud pública, una apuesta por mejorar la práctica profesional. *Gac Sanit*, 2004; 18(2): 79-80.
- Gómez López LI, Sangrador Arenas LA. Programa docente de la especialidad médica de Medicina Preventiva. *Rev San Hig Pub*, 1995; 69: 1-3.
- Gómez Redondo R. La mortalidad infantil española en el siglo XX. Madrid: Siglo XXI de España editores/CIS, 1992.
- Gorsky M. Public health in interwar England and Wales: did it fail? *Dynamis*, 2008; 28: 169-182.
- Hauser P. El siglo XIX considerado bajo el punto de vista médico-social. *Revista de España*, 1884; 101: 202-224; 333-358.
- Hauser P. *La Geografía médica de la Península Ibérica*. Vol. 2. Madrid: Impr. Arias, 1913.
- 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.
- Huertas R. Vivir y morir en Madrid: La vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923). *Asclepio*, 2000; 54 (2):253-276.

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

- Huertas R. Hambre, enfermedad y locura. La aportación de Bartolomé Llopis al conocimiento de la psicosis pelagrosa. *Fenia*, 2006; 6: 79-107.
- INE. Indicadores demográficos básicos [base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2007. [acceso 30 de abril 2007]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase2/leer.jsp?L=0&divi=IDB&his=0>
- Jiménez Díaz C. Memoria sobre el estado nutritivo de la población madrileña (1941-1943) [con prólogo de J. L. Peset]. *Estudios de Historia social*, 1978; nº 5: 401-465.
- Jiménez Lucena I. La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología. *Dynamis*, 1998; 18: 285-314.
- Jiménez Lucena I. La intervención del Estado en los servicios sanitarios: las expectativas de las fuerzas sociales durante la Segunda República. En: Castellanos Guerrero J, et al., eds. *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998.
- Jiménez Lucena I. El tifus exantemático en la postguerra española (1939-1943). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del Nuevo Estado. *Dynamis*, 1994; 14: 185-198.
- 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 (1): 193-216.
- Kearns G. *Tuberculosis and the Medicalisation of British Society, 1880-1920*, En: Woodward J, Jütte R, eds. *Coping with Sickness. Perspectives on Health Care Past and Present*. Sheffield: EAHMH Publications, 1995.
- López Casasnovas G, Rico A. La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución? *Gac Sanit*, 2003; 17 (4): 319-326.
- López Piñero JM, ed. *Los orígenes en España de los estudios sobre la salud pública*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- Maestro A, Huertas R, coord. *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*. Madrid: FIM, 1991.
- Mansilla Izquierdo PP. *Reforma sanitaria. Fundamentos para un análisis*. Madrid: MSYC, 1986.
- Mansilla Izquierdo PP, coord. *La Sanidad española 1982-1986. Crónica del cambio. 1ª etapa*. Madrid: MSYC, 1986.

NUEVASALUDPÚBLICA | 1

- Manzanera R, Villabí JR, Navarro A, Armengol R. La Salud Pública ante las reformas del sistema sanitario. *Gac Sanit*, 1996; 10 (57): 299-310.
- Marín Martínez P. La Jefatura Provincial de Sanidad de Almería (1940-1983). Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada, Facultad de Medicina, 1994.
- Marset Campos P, Sáez Gómez JM, Martínez Navarro F. La Salud Pública durante el franquismo. *Dynamis*, 1995; 15: 211 -250.
- Martín Moreno JM. Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la Salud Pública en España. *Rev Esp Salud Pública*, 2002; 76(6): 637-643.
- Martínez F. El modelo sanitario español, en *Primeras Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública*, Madrid: FADSP, 1982.
- Martínez Navarro JF. La Sanidad en España. *Rev San Hig Pub*, 1977; 51:777-817.
- Martínez Navarro JF. Estudio epidemiológico de la brucelosis en la provincia de Ávila. *Rev San Hig Pub*, 1974; 48: 885-906.
- Martínez Navarro JF, Fuentes Piaget L, Catalá Villanueva FJ, Rabadán Asensio A, Nájera Morrondo E. Estudio epidemiológico de la brucelosis en España. *Rev San Hig Pub*. 1978; 52 (9-10):1177-1230.
- Meier BM. Advancing health rights in a globalized world: responding to globalization through a collective human right to public health. *J Law Med Ethics*, 2007; 35(4):545-555.
- Memoria de la Dirección General de Sanidad, 1957-58. Madrid: Ministerio de Gobernación, 1959.
- Memoria de la Dirección General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Gobernación, 1950.
- Menéndez Navarro A. Un mundo sin sol. La salud de los trabajadores de las minas de Almadén, 1750-1900. Granada: Universidad de Granada, 1996.
- Millán FP. Depuración de las aguas por el cloro líquido. En: Asociación Española para el Progreso de las Ciencias. Reunión de Cádiz, 1927. Conferencias. Madrid: Est. Tip. Huelves y Cía, 1927.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Mortalidad por causa de muerte 1981-2004. España y comunidades autónomas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [acceso 30 de abril 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/est-Ministerio/mortalidad/seriesTablas.htm>
- Molero Mesa J, ed. Estudios médicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

- Molero Mesa J. La vacunación antituberculosa. *Historia* 16, 1990; 172: 81-88.
- 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.
- Molero-Mesa J. Health and Public Policy in Spain during the Early Francoist Regime (1936-1951): the Tuberculosis Problem. En: Löwy I, Krigge J, eds. *Images of Disease. Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
- Moreno Civantos A, Díaz Jiménez J, Domínguez Berjón MF. Vigilancia compartida: enfermedad meningocócica vs gripe. *Gac Sanit*, 2000; 14 (6): 422-428.
- Murard L. Atlantic crossings in the measurement of health. From US appraisals froms to the League of Nations' health indices. En: Berridge V, Loughlin K, eds. *Medicine, the market and the mass media. Producing health in the twentieth century*. London: Routledge; 2005.
- Nadal J. La población española, siglos XVI a XX. 3^a ed. Barcelona: Ariel, 1984.
- Nájera E. La Sociedad Española de Epidemiología. *Rev San Hig Pùb*, 1981; 55: 147-149.
- Nájera Morrondo E, Cortés M, García Gil C. La reorientación del sistema sanitario. Necesidad del enfoque epidemiológico. *Revisiones en Salud Pública*, 1989; 1: 15-30.
- Nájera Morrondo R. El Instituto de Salud Carlos III y la Sanidad española. Origen de la medicina de laboratorio, de los institutos de salud pública y de la investigación sanitaria. *Rev Esp Salud Pública*, 2006; 80: 585-604.
- Oñorbe M. Salud Pública hoy y mañana. *Rev Adm Sanit*, 1997; 1 (2): 185-189.
- Otero A, Ausín I, McKee M, Brand H. Aproximación a la organización y evolución de los servicios de salud pública en Europa. Contribución al debate sobre el futuro de la salud pública en España. *Rev Adm Sanit*, 1997; 1 (2): 241-258.
- Parés y Franqués J. Catástrofe morboso de las minas mercuriales de la villa de Almadén del Azogue (1778) [edición por Alfredo Menéndez Navarro]. Cuenca-Granada: Universidad de Castilla-La Mancha y Universidad de Granada, 1998.
- Parra Hidalgo P, et al. Cincuenta años de Revista de Sanidad e Higiene Pública (1926-1975). Análisis bibliométrico. *Rev San Hig Pùb*. 1983; 57: 969-1038.

NUEVASALUDPÚBLICA | 1

- Perdiguero E. La lluita antipalúdica en el Baix Segura durant el primer terç del segle XX. Quadernsde Migjorn. Revista d'estudis comarcals del sud del País Valencià, 2003; 4 (1998-2002), 173-182.
- Pérez Andrés C, Estrada Lorenzo JM, Villar Álvarez F, Rebollo Rodríguez MJ. Estudio bibliométrico de los artículos originales de la Revista Española de Salud Pública (1991-2000). Parte primera: Indicadores generales. Rev Esp Salud Pública, 2002; 76 (6): 659-672.
- Pérez Giménez R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En: Adelantado J. Cambios en el estado del bienestar: políticas sociales y desigualdades de España. Barcelona: Icaria, 2000.
- Peset M, Peset JL. Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera. Madrid: Seminarios y Ediciones, 1972.
- Porras Gallo MI. Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-19. Madrid: Comunidad de Madrid y Editorial Complutense, 1997.
- Portella E, Berraondo I. Medicina Preventiva y de Salud Pública y Medicina Familiar y Comunitaria (y II). Dos especialidades médicas ante la Reforma sanitaria. Gac Sanit, 1986; 5 (25): 11-14.
- Porter D. The History of Public Health and the Modern State. [Clio Medica, 26] Amsterdam: Rodopi, 1994.
- Resumen y conclusiones de la Jornada de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Santiago de Compostela, 1996. Rev Esp Salud Pública, 1997; 71: 41-42.
- Rey del Castillo J. Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del actual proceso de descentralización sanitario español. Rev Esp Salud Pública, 1998; 72 (1): 13-24.
- Roca Rosell A, ed. 1891-1991. Cent anys de Salut Pública a Barcelona, Barcelona, Ajuntament, 1991.
- Roca Rosell, A. Historia del Laboratori Municipal de Barcelona de Ferran a Turró. Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1988.
- Rodríguez JA. Struggle and revolt in the Spanish health policy process: the changing role of the medical profession. International Journal of Health Services, 1992; 22 (1): 19-44.
- Rodríguez Artalejo, F. Gaceta Sanitaria 1993-94: Balance y perspectivas. Gac Sanit 1995; 9 (48): 155-158.
- Rodríguez Ocaña E, ed. La constitución de la Medicina Social como disciplina en España, 1884-1923. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987a.

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

- Rodríguez Ocaña E. El concepto social de enfermedad. En: Albaracín A. Historia de la enfermedad. Madrid: Centro de Estudios Wellcome-España, 1987.
- Rodríguez Ocaña E. El resguardo de la salud. Administración sanitaria española en el siglo XVIII. *Dynamis*, 1988a; 7-8: 145-170.
- Rodríguez Ocaña E. La cuestión del lazareto marítimo permanente en la España del siglo XVIII. De Cádiz a Mahón. *Asclepio*, 1988b; 40 (1): 265-276.
- Rodríguez Ocaña E. Por la Salud de las Naciones. Higiene, Microbiología y Medicina Social. [Historia de la Ciencia y de la Técnica, nº 45] Madrid: Editorial Akal, 1992.
- Rodríguez Ocaña E. La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *Rev San Hig Pub*, 1994; 68 (monográfico): 11-28.
- Rodríguez Ocaña E. Medicina y epidemias. De la racionalización del mito al mito de la racionalización. En: Barona JL, ed. *Malaltia i cultura*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència [Trobades], 1995.
- Rodríguez Ocaña E. Una medicina para la infancia. En: Borrás Llop JM, dir. *Historia de la infancia en la España contemporánea, 1834-1936*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Fundación G. Sánchez Ruipérez, 1996.
- Rodríguez Ocaña E. El Informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller. *Cronos*, 2001a; 4: 63-79.
- Rodríguez Ocaña E. The Politics of Public Health in the State-Managed Scheme of Healthcare in Spain (1940-1990). En: Löwy Iand Krige J, eds. *Images of Disease: Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
- Rodríguez Ocaña E. La Higiene infantil. En: Atenza J, Martínez J, eds. *El Centro Secundario de Higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, 2001c.
- Rodríguez Ocaña E. Análisis histórico de la prevención y perspectivas actuales. En: García Sánchez I, Arlette Pinzón Pulido S, Rivadeneyra Sicilia A, eds. *Sida y mujer. Buenas prácticas en prevención*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002a.
- Rodríguez Ocaña E. Los servicios de salud pública en la España contemporánea. *Trabajo Social y Salud*, 2002b; nº 43: 91-116.

NUEVASALUDPÚBLICA | 1

- Rodríguez Ocaña E. Salud Pública en España: Ciencia profesión, política, siglos XVIII-XX. [Serie Collectánea Granada: Editorial Universidad de Granada, 2005.
- Rodríguez Ocaña E, Ballester Añón R, Perdigero E, Medina Doménech RM, Molero J. La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX. Madrid: CSIC, 2003.
- Rodriguez Ocaña E, Bernabeu J. Physicians and Statisticians. Two ways of creating the demographic health statistics in Spain, 1841-1936. *Continuity and Change*, 1997; 12 (2): 156-174.
- Rodriguez Ocaña E, Bernabeu Mestre J, Barona JL. La Fundación Rockefeller y España, 1914-1936. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria. En: García JL, Moreno JM, Ruiz G. *Estudios de historia de las técnicas, la arqueología industrial y las ciencias*. Vol. 2. Salamanca: C. de Cultura de la Junta de Castilla y León, 1998.
- Rodríguez Ocaña E, Menéndez Navarro A. Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto anti-intervencionista. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2005; 8: 58-63.
- Rodríguez Ocaña E, Menéndez Navarro A. El Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médica-social en España. *Rev San Hig Pub*, 1986; 60: 1095-1107.
- Rodríguez Ocaña E, Menéndez Navarro A. Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936). *Asclepio*, 2006; 58 (1): 219-248.
- Rodríguez Ocaña E, Molero Mesa J. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo veinte en la construcción de la cultura de la salud. En: Montiel L, coord. *La Salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Editorial Complutense, 1993.
- Sáez Gómez JM, Marset Campos P. La consolidación de la sanidad municipal en la España del siglo XVIII: la salud pública en Murcia. *Medicina e historia*, 1990; 32.
- Sánchez Buenaventura J, Mustieles Blanco ML. Estudio epidemiológico comparativo de la tuberculosis en España y en Valencia. *Rev San Hig Pub*, 1983; 57: 1175-1219.
- Sánchez Serrano LP, Mangas-Gallardo I, Martínez-Navarro JF, Cano-Portera R, Hernández-Pezzi G. Brucelosis en España: Estudio y valoración de brotes epidémicos. *Gac Sanit* 1999; 13 (90): 9226.
- Santamaría E, Dabrio ML. La Policía sanitaria mortuoria y su proceso de secularización en la Sevilla de la Ilustración (1750-1800). *Medicina e Historia*, 1993; 50.

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

- Salavert i Fabiani VLI, Navarro J. La sanitat municipal a València : (segles XIII-XX). Valencia: Alfons el Magnànim, 1992.
- Schipperges H. El jardín de la salud: Medicina en la Edad Media, Barcelona: Laia, 1987.
- Segura A. Salud pública, política y administración: ¿rehenes o cómplices?. Gac Sanit, 2002; 16(3): 205-208.
- Seoane M. Principios en que deben fundarse las medidas legislativas y administrativas en todo lo concerniente a Higiene Pública (1838). En: M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (edición de J. M. López Piñero). Madrid: MSYC, 1984.
- Tuñón de Lara M. Variaciones del nivel de vida en España. Madrid: Península, 1965.
- Vidal Hernández JM. El Llatzaret de Maó, una fortaleza sanitària. Mahón: Institut Menorquí d'Estudis, 2006.
- Weindling P. From Moral Exhortation to the New Public Health, 1918–45. En: Rodríguez Ocaña, E, ed. The Politics of the Healthy Life, an International Perspective. Sheffield: EAHMH Publications, 2002.
- Weindling P. Interwar morbidity surveys: communities as health experiments. En: Borowy I, Gruner WD, eds. Facing illness in troubled times. Health in Europe in the Interwar years 1918–1939. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2005.
- Winslow, Charles E. A. The untilled field of Public Health. Mod. Med., 1920; 2: 183-186.
- Winslow, C. E. A. The evolution and significance of the modern Public Health campaign. New Haven: Yale University Press, 1923.

Listado de siglas

APD	Asistencia pública domiciliaria
APS	Atención primaria de salud
BGC	Bacilo Calmette-Guérin
CEDA	Confederación Española de Derechas Autónomas
DGS	Dirección General de Sanidad
EDO	Enfermedades de declaración obligatoria
ENS	Escuela Nacional de Sanidad
IGS	Instrucción General de Sanidad
IHB	<i>International Health Board</i>
IHD	<i>International Health Division</i>
INH	Instituto Nacional de Higiene
INP	Instituto Nacional de Previsión
INS	Instituto Nacional de Sanidad
LGS	Ley General de Sanidad
MIR	Médico interno residente
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNA	Patronato Nacional Antituberculoso
RESP	Revista Española de Salud Pública
RSHP	Revista de Sanidad e Higiene Pública
SARS	<i>Severe acute respiratory syndrome</i>
SEE	Sociedad Española de Epidemiología
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
TBC	Tuberculosis
TM	Tasa de mortalidad
TMI	Tasa de mortalidad infantil
VPO	Vacuna de polio oral

Listado de tablas

- 50 Tabla 1. Medias quinquenales de las tasas de mortalidad general e infantil en España durante el siglo XX
- 51 Tabla 2. Esperanza media de vida al nacer en España, 1900-1990
- 53 Tabla 3. Mortalidad comparada por enfermedades infecciosas en varios países de Europa, sexenio 1900-1905 (tasas por 100.000 habitantes)
- 93 Tabla 4. Evolución de la mortalidad infantil en algunos países europeos
- 103 Tabla 5. Consejo Nacional de Sanidad. Tipos de asuntos tratados entre 1943 y 1960
- 110 Tabla 6. Número de artículos publicados en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* y porcentaje de los que presentan bibliografía, por decenios (hasta 1975) y en 1975
- 112 Tabla 7. Distribución de los temas más tratados en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (1926-1975)
- 125 Tabla 8. Acuerdos y recomendaciones aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, según materia, 1998-2004
- 127 Tabla 9. La colaboración en la autoría de los artículos de la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*
- 128 Tabla 10. Organización administrativa de salud pública en España, 2007
- 130 Tabla 11. Índice de colaboración en las comunicaciones presentadas a congresos de sanidad en España, 1934 a 1995
- 130 Tabla 12. Temáticas de estudio en salud pública

- 131 Tabla 13. Métodos de trabajo en los artículos de investigación originales de volúmenes escogidos de *Revista Española de Salud Pública y Gaceta Sanitaria*, 1975-1995, por porcentajes, según esquema de Rodríguez Artalejo
- 132 Tabla 14. Evolución temática de los artículos originales de investigación en volúmenes escogidos de *Revista Española de Salud Pública y Gaceta Sanitaria*, 1975-2005, según esquema de Rodríguez Artalejo
- 133 Tabla 15. Clasificación por materias de los trabajos publicados en *Gaceta Sanitaria*, 2004 y 2005
- 134 Tabla 16. Clasificación por materias de los trabajos originales publicados en *Revista Española de Salud Pública*, 1991-2000
- 136 Tabla 17. Procedencia institucional de los autores de artículos de investigación en *Revista Española de Salud Pública*, 1991-2000
- 136 Tabla 18. Asistentes a diversos congresos de salud pública en España, según institución de procedencia, en porcentajes, 1934-1994

Listado de gráficos

- 88 Gráfico 1. Reemergencia epidémica de posguerra (defunciones). España, 1936-1950
- 95 Gráfico 2. Incidencia de la poliomielitis. España, 1949-2000
- 97 Gráfico 3. Epidemia de brucelosis. Castilla y León, 1944-1998 (casos notificados)
- 98 Gráfico 4. Enfermedad meningocócica. España, 1931-1997



NUEVASALUDPÚBLICA | 1

Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI

La Serie **Nueva Salud Pública** es editada por la EASP con el objetivo de ofrecer ideas, reflexiones, análisis y métodos en el campo de la salud pública. Cada Monografía es una revisión sobre algún tema relevante y la autoría corre a cargo de una autoridad reconocida en la materia. La financiación es aportada por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Este primer volumen intenta suplir la carencia de una obra de referencia sobre la historia de la salud pública en España y pretende abarcar desde la creación de una tradición de práctica salubrista, hasta el nacimiento y desarrollo de un saber especializado.

Nueva Salud Pública está dirigida a los profesionales del Sistema Sanitario Público y aspira a ser un referente en la formación y especialización dentro del mundo sanitario.