

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

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

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

Dicho período se caracteriza porque supuso la forja de una voluntad de modernización de la vida española, en particular de la Administración del Estado, que partía de la conciencia de vivir un grave atraso; en nuestro caso, una situación sanitaria calificada de "desastre", "vergüenza" o "deshonra". Dicha voluntad fue tomando cuerpo mediante la creación de una nueva legislación y administración sanitarias (en 1899 se creó, aunque efímeramente, la Dirección General de Sanidad) que, a nuestro entender, alcanzaron su definitivo asentamiento tras la reinstalación de dicha Dirección General de Sanidad (1922) y la promulgación del Reglamento de Sanidad Provincial de 1925, que creó los Institutos provinciales de Higiene como centros técnicos competentes y dotados de la administración sanitaria periférica.

**I. EL ATRASO SANITARIO
DE ESPAÑA**

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

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

No puede extrañarnos que esta aspiración tuviera un señalado componente sanitario, por cuanto la comparación con dichos países denotaba importantes deficiencias del lado español, tales como los pésimos servicios de suministro de agua y alcantarillado urbanos, la ausencia de servicios organizados de estadística sanitaria², una más eleva-

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

² Véanse los trabajos presentados al I Encuentro Marcelino Pascua.

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

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

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

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

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

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

³ Martín Salazar, Manuel. La Sanidad en España. En: Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina en la recepción pública del Ilmo. Sr. Doctor... el día 8 de junio de 1913. Madrid, Impr. Colegio Nacional de Sordomudos y Ciego, 1913.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. LA SITUACION EN EUROPA. LEGISLACION Y ADMINISTRACION SANITARIA

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

¹⁰ Martín Salazar (1913). *op. cit.*, p. 90.

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

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

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

¹⁴ *op. cit.*, pp. 105-107.

¹⁵ Martín Salazar (1913), *op. cit.*, p. 66.

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

A nivel internacional, a estas novedades se plasmaron en la sucesión de Convenios Sanitarios Internacionales firmados por las principales naciones, entre ellas España, en beneficio de la salud pública y del comercio internacional, a partir del de Venecia (1892). Dichos convenios condujeron, en 1903 y 1908, a la instauración de sendos organismos permanente, la oficina Sanitaria Panamericana y la Oficina Internacional de Higiene Pública¹⁷. Esta última, con sede en París, fue el primer organismo sanitario con competencias universales hasta el fin de la 2.ª Guerra Mundial. Los nuevos Convenios internacionales supusieron un cambio de sentido de la lucha contra la transmisión de enfermedades, pasando de la preocupación por la procedencia (estado sanitario del puerto de origen, por ejemplo) al examen del estado de salud de los viajeros o incidencias sanitarias del viaje; en definitiva, cambiar una estrategia de defensa en todas direcciones por la detección de los casos sospechosos¹⁸. En función de estos acuerdos, que obligaban a la notificación de brotes epidémicos, a la actuación preventiva en origen sobre pasajeros y mercancías o a la incorporación de medios de desinfección permanentes a bordo de los barcos, se generaron pautas internacionales de comportamiento respecto a peste y cólera (1903), fiebre amarilla (1912) o, viruela y tífus exantemático (1926). Al mismo tiempo, las regulaciones sanitarias internas debieron ajustarse a los acuerdos internacionales, por lo que la reforma de la Sanidad marítima y de fronteras (lo que competía a Sanidad Exterior en

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

Ese nuevo poder de que se dotaba la medicina, las prácticas individuales higiénicas, la intervención de la Sanidad pública y la filantropía, no obstante, como advirtió en 1915 Giuseppe Sanarelli (1864-1940), habían sido incapaces de desterrar todos los males; al contrario, no se disminuían las la-cras heredadas del siglo anterior (tuberculosis, venéreas, alcoholismo, neurosis), aparecían nuevas enfermedades sociales y el medio urbano suministraba las mayores cotas de deformes e incapaces para el servicio de armas¹⁹. Este higienista de laboratorio, discípulo de Pettenkofer y de Pasteur y catedrático en Roma desde 1915, se hacía eco en Italia de las propuestas de Higiene Social promovidas en Alemania desde comienzos de siglo por, entre otros, Alfred Grotjahn (1869-1931). La preocupación de esta que aspiraba a ser una nueva especialidad, recaía, en lo fundamental, en resaltar los aspectos propiamente humanos del medio ambiente (la cultura, las relaciones familiares y sociales, las desigualdades económicas), sin despreciar por ello los condicionantes físico-químicos y biológicos, que debían subordinarse a los primeros. A una metodología que hacía hincapié en el empleo de las ciencias sociales, incluyendo la Estadística, correspondió una práctica preocupada por la salud de las comunidades, la atención a los sectores en riesgo (estadísticamente definidos) y la mezcla de intervenciones médicas y socioeconómicas. La promoción de campañas contra las grandes calamidades habituales de las sociedades urbanas industriales, como la mortalidad infantil y la tuberculosis (o el paludismo rural en Italia) fue una primera plasmación práctica de los principios de la Higiene social²⁰.

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

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

¹⁸ Carvais (1986) *op. cit.*, p. 328, nota 220.

¹⁹ Pogliano, p. 629.

²⁰ Rodríguez Ocaña, E.; Molero Mesa, J. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: L. Montiel (ed.) La Salud en el Estado del Bienestar. Madrid: Editorial Complutense, 1993: 133-148.

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

2.1. Inglaterra

Inglaterra alcanzó en el último tercio del siglo XIX una posición de liderazgo en estas materias, ante los sanitarios de otros países. Fue el primer Estado donde los sanitarios poseyeron autoridad, es decir capacidad de influenciar la vida ciudadana, como quedó refrendado en la *Public Health Act* de 1875. La ley, en tal caso, fue eficaz merced a esa autoridad ganada por los higienistas, quienes convencieron a la opinión pública y a los poderes del Estado para que confiaran en sus recomendaciones periciales. Este proceso, cuyas diversas estrategias profesionales han sido recientemente analizadas por Hamlin²¹, ha sido comparado al triunfo de una confesión religiosa, toda vez que, en ambos casos, se trata de un dominio sobre un mundo invisible: en el caso de la Salud Pública, tóxicos, miasmas, microbios, sólo revelables ante precisas manipulaciones de laboratorio.

La mencionada Ley de Sanidad o Código de Higiene Pública²² incluía disposiciones acerca de la vigilancia y mantenimiento de la

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

La administración sanitaria inglesa nacía en el *Local Government Board* (organismo compuesto por un presidente y un secretario, ambos parlamentarios, elegidos por el Rey, y un secretario ejecutivo, puesto ocupado por un técnico), que tenía a su servicio distintos inspectores médicos, ingenieros sanitarios y otros profesionales. Sus funciones eran la vigilancia del estado sanitario; el control sobre los municipios poco cuidadosos, verificado según el comportamiento de sus tasas de mortalidad; la confección de estadísticas y el estudio y combate de las enfermedades epidémicas. A este organismo central se subordinaban los *Local Boards of Health*, Servicios sanitarios de distrito²³, dotados de agentes técnicos (inspectores médicos —*Medical Officers of Health*—, cuya existencia se remontaba a 1848, inspectores de limpieza —*Inspectors of nuisance*—, de alimentación —*Surveyor*— y analistas —*Analyst*—). A estos agentes técnicos de la administración, en particular a los *MOH*.

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

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

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

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

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

²⁴ Arnould, J. *Nouveaux éléments d'hygiène*, 4eme. ed., Paris: Libr. J.B. Baillière et Fils, 1902: 1.003.

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

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

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

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

antes de poder aspirar a tales plazas²⁶, así como en la higiene colonial y militar²⁷.

2.2. Francia

En Francia, la organización sanitaria se había modificado por Decreto de 5 de enero de 1889, que remitió a Interior lo que era, desde 1848, competencia del Ministerio de Comercio. Creó una Dirección de Asistencia e Higiene Pública, adscrita al M.^o del Interior, asistida por un Consejo Consultivo de Higiene Pública (que existía desde 1848-1850) y dotada con dos Inspectores generales (para Sanidad exterior e interior). La línea jerárquica era la gubernativa, del Ministro a los Prefectos y a los Ayuntamientos, existiendo a cada nivel Consejos de asesoramiento. En 1882-84 estaban instalados en tres cuartas partes de los Departamentos franceses, pero sólo existían 185 Consejos municipales²⁸. De estos organismos se decía, en 1892, que carecían de toda iniciativa, incluso de la capacidad de reunirse²⁹, lo que confirman estudios actuales, donde se señala la abundancia de informes producidos por los mismos, reconociendo situaciones insalubres, frente a la escasa capacidad de conseguir actuaciones por parte de las autoridades para remediarlas. Parecía, según una fuente de la época, que estas se interesaban por los problemas de salud pública nada más que cuando se veían amenazados los intereses comerciales.³⁰

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

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

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

²⁹ Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 374.

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

Por ley de 30 de noviembre de 1892 se estipuló la declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas —o su sospecha— (cuya lista se concretó en noviembre de 1893)³¹. Luego de la fundación del Instituto Pasteur (centro privado), en París, en 1885, los laboratorios sanitarios se extendieron, de modo que, para finales de siglo, existían en 29 ciudades³². Pero la incorporación de los nuevos supuestos de intervención higiénica no se produjo en serio hasta la Ley de Sanidad de 1902 y la inmediata sobre control de productos alimenticios de 1905.

La ley de Sanidad francesa de 15 de febrero de 1902³³ ratificaba el predominio gubernativo sobre la sanidad, cuyas máximas autoridades ejecutivas eran los alcaldes y prefectos en los municipios y provincias, respectivamente, aunque el primero debía ejercer su autoridad de acuerdo con un Reglamento sanitario municipal y los segundos asesorados por un Consejo departamental. Se prescribía la vacunación antivariólica obligatoria, se reafirmaba la obligatoriedad de declarar ciertos padecimientos³⁴, para los cuales eran de aplicación medidas de desinfección y se incorporaba, parcialmente, la norma inglesa, según la cual en caso de superar durante tres años la media de mortalidad un determinado distrito, se exigía la realiza-

ción de una investigación departamental y, de forma no del todo clara por motivos económicos, se presionaba a los ayuntamientos para que realizaran las mejoras recomendadas. También se detallaba la vigilancia de las viviendas, distinguiendo entre las de nueva construcción y las reformables, por haber sido declaradas insalubres; para ello se concedían ventajas fiscales y administrativas³⁵.

En los municipios de más de 20.000 habitantes, se debían instalar oficinas de Higiene (o Servicios de Higiene, según la traducción de B. Avilés, 1892), *Bureaux d'Hygiène*, instituidos con anterioridad en ciertas ciudades (Havre, Nancy, Reims, Niza, Grenoble, Lyon, St. Etienne) a semejanza del de Bruselas³⁶; sus cometidos concretos dependerían del respectivo Reglamento de higiene municipal, pero siempre incluirían los servicios de desinfección. Los Consejos de Higiene departamentales, encargados expresamente de supervisar las cuestiones de suministro de aguas, estadística y geografía médica y reglamentos sanitarios municipales, podían contar con Inspectores. En los pequeños municipios, existían unas figuras, "médicos de epidemias", creadas desde 1805, cuyo servicio, en opinión de un autor francés de finales del siglo diecinueve era irregular y muy poco eficaz.³⁷

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

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

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

³² Hildreth (1987) *op. cit.*, p. 133.

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

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

³⁵ Carvais, *op. cit.*, p. 288.

³⁶ Arnould (1902) *op. cit.*, p. 971.

³⁷ Arnould (1902), *op. cit.*, p. 973.

vedoso de la definición sanitaria de alimento, que excluyó de modo expreso tanto su corrupción como su toxicidad³⁸. Para ello se estableció una red de laboratorios ligados al Ministerio de Agricultura.

La penetración de las nuevas técnicas se hizo, no obstante, con cierta lentitud. Así, en 1919, se señalaba que, de 87 departamentos, 7 poseían laboratorios importantes y 42 poco importantes, incluyendo en el recuento las distintas pertenencias administrativas, municipales, universitarias, hospitalares y particulares o privados³⁹. La instalación de los servicios de desinfección municipal era contemplada con sorna por algunos observadores, dada la escasa preocupación advertida en la mayoría de los ayuntamientos. Buena parte de culpa tuvo la fuerte oposición que mostraron frente a la Ley de 1902, una vez aprobada, los propietarios, la resistencia pasiva de medios municipales y el desagrado de las Uniones o sindicatos médicos. Estos últimos, aún defendiendo los avances de la ciencia, que los legitimaban en su ejercicio profesional, rechazaban todo intento de interferir con la naturaleza comercial de los actos médicos. De esta forma, se oponían tanto a la gratuidad de la vacuna como a la obligación de declarar determinadas enfermedades, así como a todo intento de crear un cuerpo estatal de sanitarios.⁴⁰

2.3. Italia

Antes de la unificación, la Sanidad corría a cargo de funcionarios civiles, con técnicos sólo como funciones consultivas dentro de las Juntas o Comisiones de Sanidad⁴¹. Una vez formado el Reino de Italia, el Gobierno Crispi creó una Oficina de Sanidad en el Mi-

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

Inmediatamente, se promulgó una Ley de Sanidad (1888, en vigor desde 1890). Por ella, la anterior oficina pasaba a ser Dirección general de Sanidad Pública, a la que se unieron un Laboratorio y una Oficina de Vacunación. Sobre ellos se creó la Escuela de Perfeccionamiento en Higiene Pública, para atender la docencia especializada y la actualización profesional (mediante cursos de seis meses de duración⁴³). Así mismo, se creaban el Consejo Superior de Sanidad y los provinciales. Estableció “dos jerarquías completas y coaligadas entre sí”, según un historiador italiano admirador de la política fascista (Castiglioni), o fuertemente centralizadas y sometidas a la línea política, según un higienista francés de finales de siglo (Arnould); se trataba de una administración en tres niveles, central, provincial y municipal, donde la secuencia Ministro del Interior —Prefecto o gobernador— Comuna, se doblaba en Director General de Sanidad, Médico Provincial y oficina sanitaria local, con laboratorio en las ciudades de más de 20.000 habitantes. Es un rasgo característico de la experiencia italiana el que las competencias docentes fueran reclamadas (y obtenidas en exclusiva) por los Institutos universitarios, en 1896⁴⁴, hasta que en 1934 se abrió el gran Instituto de Sanidad Pública (en Roma), dependencia del Ministerio del Interior, con siete grandes laboratorios y misiones de adiestramiento e investigación⁴⁵.

El Reglamento general sanitario de 1901 estableció las enfermedades de declaración

³⁸ Carvais, *op. cit.*, pp. 290-293.

³⁹ Carvais, *op. cit.*, citado en n. 153, p. 324.

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

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

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

⁴³ POGLIANO, *op. cit.*, p. 608.

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

⁴⁵ Castiglioni, *op. cit.*, p. 827-828.

obligatoria, con tres escalones: las que debían serlo siempre, las de declaración facultativa y las que eran obligatorias en las escuelas o en ciertos trabajos⁴⁶. A partir de 1902, las plazas de Médico y Veterinario Provincial se concedieron por concurso⁴⁷. A nivel municipal, existían los Oficiales sanitarios, cabeza, en su caso de la oficina sanitaria o, en poblaciones más pequeñas, médicos titulares. Sus funciones eran asistir al Alcalde en tutelar la higiene y salubridad públicas, la recepción de las notificaciones de enfermedad infectocontagiosa, que debía comprobar y transmitir y disponer el aislamiento y la desinfección pertinentes, así como la compilación de estadísticas. El preceptivo Reglamento de Higiene local debía incluir la regulación de la asistencia médico-quirúrgica a los pobres, además de las cuestiones estrictas de Salud Pública.⁴⁸

2.4. Alemania

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

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

Desde la Unificación⁴⁹, se estableció un Comité consultivo, la Oficina Sanitaria Imperial, *Kaiserliches Gesundheitsamt*, dentro del Ministerio del Interior, cuyas obligaciones eran: ejercer la suprema inspección sobre las cuestiones sanitarias, tanto del interior como del extranjero, preparar la legislación sanitaria y unificar las estadísticas. La mayor parte de su personal se nombraba de entre médicos militares.⁵⁰

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

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

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

⁴⁷ Filippini (1923), *op. cit.*, p. 369.

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

⁴⁹ Arnould (1902) *op. cit.*, pp. 995-1003.

⁵⁰ Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 486.

⁵¹ Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 498-99.

ción científica para la medicina, mientras que sus gobiernos provinciales contaban con un Consejo técnico consultivo. La aplicación de los principios de la Policía médica había conducido, desde comienzos del siglo XIX en países de la Europa continental, al nombramiento de médicos (como los *Bezirkärzte, Kreisärzte o Kreisphysici* germanos) con funciones de vigilancia sanitaria, control de intrusos y medicina legal⁵². A sus funciones tradicionales se les fueron añadiendo las derivadas del desarrollo de la legislación protectora, como la producida sobre alimentos y bebidas (1879) o el combate contra las enfermedades contagiosas tras la ley de 1900. Aparte, se encargaban de organizar la asistencia médica a los pobres. Para cubrir estas plazas, era preciso superar un examen riguroso, que incluía contenidos de Higiene⁵³.

La ley de 1900 establecía la declaración obligatoria de seis enfermedades transmisibles⁵⁴, aunque desde 1881, estaban los médicos obligados a establecer una estadística de enfermedades infecciosas, con mención semanal del número de casos registrados y del número de fallecidos por distintas causas, algunas comprendidas en la nueva disposición, pero otras no⁵⁵. Desde 1896, el gobierno prusiano, en particular, había intentado dotar de laboratorios higiénicos a cada provincia, campaña frustrada por la oposición de los presidentes de distrito. Hizo falta la campaña desarrollada por Robert Koch (1843-1910) contra la fiebre tifoidea en las provincias del suroeste, a comienzos del siglo, para conseguir que, desde 1905, dichos centros de diagnóstico y profilaxis se hicie-

ran realidad, en muchos casos ligados a las Universidades⁵⁶.

Por orden del Consejo Federal de 22 de febrero de 1894 se estipuló la creación de Centros de inspección de alimentos⁵⁷, con lo que se hicieron realidad las previsiones de una ley muy anterior (1879). Dicha orden creó un examen específico para los *Nahrungsmittelchemiker*, analistas de alimentos⁵⁸. En general en los distintos Estados alemanes, la vigilancia de la salubridad de los alimentos era una responsabilidad policial, a la que colaboran como expertos médicos, analistas, veterinarios, entre otros profesionales, que se vieron reunidos y organizados en torno a estos Centros. En cambio, los servicios de Medicina Escolar se organizaron en los distintos Estados dependiendo de los municipios, en su mayor parte⁵⁹.

El aspecto más destacado por los observadores contemporáneos de la legislación alemana en materia de salud era la atención a la previsión y seguridad de los trabajadores. Entre otros motivos, por el impacto que había supuesto la aportación de medios económicos para combatir el considerado como principal azote morboso del momento, la tuberculosis, mediante la construcción de Sanatorios populares⁶⁰.

III. EL PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

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

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

⁵³ Palmberg (1892) *op. cit.*, p. 488.

⁵⁴ Lepra, Cólera, Tifus exantemático, Fiebre amarilla, Peste bubónica y Viruela.

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

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

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

⁵⁸ Abel, R. (ed.) *Handbuch der praktischen Hygiene*, 2 vols., Jena, G. Fischer. vol. I, p. 455.

⁵⁹ Flüggé (1916) *op. cit.*, vol. I, 1993 p. 444.

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

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

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

Como organismo central, a la Dirección General de Sanidad le fueron adscritas las competencias sobre el Instituto de Vacunación (fundado en 1871) y el Instituto Nacional (o Laboratorio central) de Bacteriología e Higiene (1894), que fusionó en un único Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología "Alfonso XIII", cuya denominación se simplificó en Instituto Nacional de Higiene en 1914. Dicho laboratorio, que tuvo una vida presumiblemente corta como entidad independiente⁶¹, fue la primera muestra por parte de la administración central de reconocimiento explícito de las nuevas aportaciones científicas en ese campo. Con anterioridad, Barcelona había creado un Laboratorio microbiológico (en activo desde 1887) con la pretensión básica de incorporar el tratamiento antirrábico de Pasteur⁶² y Valencia

abrió otro en 1894⁶³. En ambos casos, la noticia del tratamiento seroterápico de la difteria propuesto por Roux, conllevó las gestiones precisas para su empleo y producción a nivel local. Simultáneamente, el gobierno envió una comisión formada por Antonio Mendoza (jefe de bacteriología en el Hospital de San Juan de Dios de la capital) y Manuel Sanz a Francia y Alemania para estudiar dicha innovación. A su regreso, recomendaron, y así fue aceptado por el Real Consejo de Sanidad y por el Ministerio de Gobernación, que se permitiera dicha terapia y se autorizaran expresamente los laboratorios donde se produciría el suero. La verificación técnica de la bondad de dicho proceso de fabricación y sus productos recayó en el recién creado Instituto de Bacteriología, aunque, como quiera que todavía no estaba instalado, se concedió interinamente al servicio hospitalario dirigido por Mendoza⁶⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con los nuevos Inspectores se quería atender a la vigilancia y profilaxis de todas las enfermedades infectocontagiosas, a la salubridad urbana, a la higiene alimenticia y al control de vacunaciones, además de proveer al mantenimiento de la estadística sanitaria.

Sin embargo, la realidad de su aplicación fue decepcionante. Los Inspectores provinciales se nombraron en número escaso, aparte de revelarse como poco constantes los nombrados. En 1915 era un problema el alto número de puestos vacantes⁶⁶. Para conjurar ambos riesgos, se determinó, en junio de 1923, que los que aprobarán la oposición no podrían pedir la excedencia mientras existieran plazas sin cubrir⁶⁷. Sus remuneraciones eran un porcentaje de las multas impuestas y, luego de recibir una gratificación con cargo al Crédito extraordinario de Sanidad de 1909, los Presupuestos de 1910 les rebajaron el sueldo. Carecieron, durante decenios, de apoyo material por parte de los Gobiernos civiles y Diputaciones⁶⁸, de forma que su actividad se quedaba reducida al lugar de su residencia, la capital de provincia. Todo ello no contribuyó precisamente a proporcionarles autoridad.

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

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

⁶⁷ Inspectores provinciales de Sanidad. *Los Progresos de la Clínica*, 25 (1923), V.

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

Algo similar puede decirse de los Inspectores Municipales de Sanidad, de los que es dudoso que antes de los años treinta desempeñaran algún papel significativo. En las grandes ciudades, como Madrid, Barcelona, Valencia y otras, existían servicios municipales de desinfección, laboratorios químicos (para análisis de aguas y alimentos) y laboratorios microbiológicos desde finales del siglo anterior, como entidades separadas, que, posteriormente, se fusionaron en forma de Institutos de Higiene Urbana. Por ejemplo, el barcelonés nació del laboratorio micrográfico, fundado en 1864, y los servicios de desinfección y del laboratorio microbiológico iniciados en 1885 y 1887, todos ellos reformados en 1891, que, tras diversos avatares, entre los que merece reseñarse la obligatoriedad de establecer servicios gratuitos de vacunación antivariólica desde 1908, se reunieron como Instituto de Higiene Municipal⁶⁹. En estos puntos, la presencia de los Inspectores añadía poco; pero no podemos olvidar que, pese a lo reflejado en la ley, fueron una minoría las capitales donde se organizaron estos servicios.

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

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

panorama que trazaron resulta bastante desolador:

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

La Sanidad Exterior estaba dotada de personal y medios propios, correspondientes a los "servicios de puertos" que se habían organizado codificados por la Ley de Sanidad de 1855. Su adaptación al Convenio internacional de 1903 y siguientes, no se afrontó con decisión hasta 1909, en que se promulgó un Reglamento provisional para dicho servicio el 14 de enero⁷¹. En su virtud se crearon tres niveles de estaciones sanitarias (llamadas, inicialmente Inspecciones) en las fronteras terrestres y se mejoraron las estaciones sanitarias marítimas, sitas en dependencias portuarias, incluyendo los antiguos lazaretos de San Simón (Vigo) y Mahón, como los dos que correspondían a nuestro país por su ubicación geográfica. Se empleó en ello la mayor parte de un crédito extraordinario de dos millones de ptas, otorgado al Ministerio de la Gobernación con motivo de la amenaza de cólera (aparecido en el verano de 1907 en la Rusia europea), toda vez que la aplicación de los acuerdos sanitarios internacionales dejaba en situación de indefensión las fronteras españolas, al caducar los antiguos sistemas de vigilancia. Esta campaña hubo de mantenerse en los dos años siguientes, incluyendo nuevos créditos extraordinarios, toda vez que el cólera se presentó en el sur de Italia y otros países europeos e incluso en algunas poblaciones catalanas⁷² y no todas las insta-

laciones alcanzaban las condiciones adecuadas.

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

En tal contexto se hicieron varios intentos de aprobar una nueva Ley de Sanidad. Siendo Ministro de Gobernación Amalio Gimeno (1850-1936) se avanzó un proyecto de ley "de Reorganización sanitaria", que no prosperó, se unificó la Sanidad del Campo⁷³ con la de Gobernación y se promulgó una

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

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

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

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

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

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

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

cipales ya citados, como Barcelona, Madrid o Valencia, durante los primeros decenios del siglo XX. En 1914 se aprobó la constitución de la Sección de Epidemiología del INH, con el encargo de acudir allá donde se presentara un foco de enfermedad contagiosa⁷⁴. Sus planteamientos metodológicos de trabajo eran, desde luego, anteriores a la fecha de su constitución, se remontaban a su intervención en crisis como las consecutivas al cólera de 1911 (en algunas pequeñas poblaciones catalanas) o al brote de tifoidea en Gijón un año después. En resumen, los principios que sustentaban dicha intervención eran: diagnóstico rápido individualizado (con confirmación de laboratorio), aislamiento de enfermos y contactos y desinfección⁷⁵. Esta secuencia en nada difería de la puesta en práctica por los franceses ante el cólera en el Havre o en la región de París en 1891-92⁷⁶ o a los recomendados a los oficiales sanitarios italianos de primeros de los años 20, por ejemplo⁷⁷. La diferencia tal vez hubiera que buscarla en que, en España, en 1911, la Sanidad central contaba con un núcleo reducido de gente capacitada para la tareas de desinfección, así como una pareja limitación de medios, por ejemplo: sólo existían en esa fecha dos laboratorios transportables para diagnóstico bacteriológico (modelo Koch).

IV. CONCLUSIONES

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

⁷⁴ La obra sanitaria en España (1914), p. 121.

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

⁷⁶ Hildreth (1987), *op. cit.*, pp. 124-127.

⁷⁷ Cf. Filippini (1923), *op. cit.*

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

La falta de prioridad de que gozaron los temas sanitarios es preciso entenderla a la luz de un análisis político. La prolongada ausencia de dotación económica y el recurso a créditos extraordinarios en el primer decenio nos habla del efectivo retraso español. Ello ligado al peso de las inversiones en sanidad exterior, que, por otra parte, era a lo que obligaban los compromisos internacionales. Los problemas de salud sólo alcanzaron en nuestro país una posición preeminente cuando se trató de urgencias vitales inaplazables, caso de las grandes catástrofes epidémicas, como la gripe de 1918-19⁷⁸. Como inmediatamente después las urgencias sociales se revelaron de índole estructural, la apuesta política caminó por derroteros de confrontación y no de integración. Es relevante advertir que, en los distintos países europeos

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

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

El horizonte ideal, dotarse de “una legislación basada en principios científicos” (o sea, bacteriológicos e inmunitarios) y de unos sistemas de intervención eminentemente técnicos, estaba claro para las grandes figuras médicas de la Academia y la política y, en particular, para los que formaron el primer núcleo de profesionales dentro de la Dirección General de Sanidad o las Inspecciones de Sanidad, incluyendo el Instituto Nacional de Higiene. En este cogollo, donde se advierte sintonía entre los dos partidos del turno, conservadores y liberales⁷⁹, se manifestaban, en general, defensores del predominio de los sanitarios frente a la dependencia de las autoridades políticas, en particular las municipales, lo que conllevaba la defensa de un sistema piramidal centrado en la capital del Reino.

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

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

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

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

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

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

ron afrontadas, por ejemplo, en Barcelona, las epidemias gripales de 1889-90 (cuando se afirmaba que las autoridades nada podían hacer de particular, más que suministrar auxilios benéficos) y 1918-19 (en que se emplearon a fondo servicios de desinfección y se solicitaron vacunas) marca los avances en la dotación y en la persuasión sanitaria⁸³.

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

⁸¹ La obra sanitaria..., *op. cit.*, p. 153.

⁸² Martín Salazar (1913) *op. cit.*, p. 99.

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