

HISTORIA Y MEDICINA  
EN  
ESPAÑA

*Homenaje al Profesor*  
Luis S. Granjel

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN  
Consejería de Cultura y Turismo  
1994

© 1994, de esta edición:  
JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN  
Consejería de Cultura y Turismo

*Sobrecubierta:* RICARDO FIDALGO

ISBN: 84-7846-267-8  
Depósito Legal: VA. 582-1993

Imprime: SEVER-CUESTA  
Prado, 10. Tel. 25 07 50  
47003 Valladolid

## DE LA JUNTA DE SANIDAD AL INSTITUTO DE HIGIENE

ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA

Las Juntas de Sanidad, creadas en tiempos de Felipe V, fueron los elementos articuladores de la defensa de la salud pública española a lo largo de los siglos XVIII y XIX, en exclusiva prevención contra la extensión de enfermedades epidémicas, y, como tales, fueron recogidas en la ley de Sanidad de 1855. Las formas administrativas que adoptó dicha preocupación dentro del Estado español han sido descritas en diversos textos<sup>1</sup>. Nos interesa destacar ahora los rasgos más importantes de dicha evolución, comenzando por la creciente asunción de competencias en este terreno a través del propio Estado. Dicho proceso se acompañó de la aparición de cuerpos profesionales especializados, cuyos individuos ocuparon los puestos de gestión creados y actuaron a modo de presión desde dentro de la administración en favor de la extensión y fortalecimiento de las competencias sanitarias estatales —que, en definitiva, eran las suyas propias—. La argumentación científico-médica en la que se apoyaron era la suministrada por la Medicina Social (si aceptamos que ese sea el nombre de aquella parcela de los saberes y prácticas médicas que tiene que ver con la colectividad más que con el individuo). Dicha disciplina conocía su nacimiento en las primeras décadas del siglo XX, como desarrollo de la anterior Higiene Pública mediante la incorporación de la Bacteriología, la Estadística y las Ciencias Sociales, aun rudimentarias, y la generalización de la asistencia preventiva gratuita a grandes masas de población. Todo ello, imbuido del deseo de participar técnicamente en la solución de los aspectos sanitarios de la cuestión social, ayudando a quebrar el vínculo entre enfermedad y pobreza (cuyo remedio más eficaz pareció ser, finalmente, la instauración del seguro obligatorio de enfermedad<sup>2</sup>).

---

<sup>1</sup> RICO AVELLO, C. (1969); MUÑOZ MACHADO, M. (1973). Un resumen sucinto en MARTÍNEZ NAVARRO, J. F. (1977), pp. 804-815.

<sup>2</sup> Cf. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1986) y mi contribución al volumen colectivo dirigido por J. ÁLVAREZ JUNCO (1986).

A continuación vamos a examinar someramente el proceso de creación de una administración sanitaria propiamente dicha en España, sus hitos legislativos y sus principales concreciones prácticas.

La única responsabilidad propiamente gubernamental durante la mayor parte del siglo XIX fue la Sanidad exterior, o sea la defensa contra la importación de enfermedades infecto-contagiosas más o menos "exóticas", al punto que fue el cuerpo del mismo nombre el primero organizado formalmente como funcionario sanitario dependiendo de la Dirección general de Beneficencia y Sanidad.

Las competencias en materia higiénica en el interior estaban asignadas a las Juntas de Sanidad, donde los médicos y farmacéuticos titulares a escala municipal tenían un papel de consejeros técnicos, y las funciones de inspección correspondían a los Subdelegados de las Academias de Medicina y Farmacia. En la década de los años 80 la mayoría de los gobiernos civiles crearon, en sus respectivos distritos, unos Inspectores de Higiene especial, que en Madrid se llamaron de Salubridad, con funciones de control de prostitutas; pero ni su creación ni su actuación obedecieron a un plan uniforme<sup>3</sup>.

En 1892 una Real orden permitió el nombramiento de diversos Inspectores provinciales de Sanidad, cuyas funciones van a consolidarse y a generalizarse a partir de la Instrucción General de Sanidad (I. G. S.) de 1904, en tanto que responsables periféricos del control de riesgos sanitarios (prostitución, sanidad e higiene pública). En un primer momento se trató de instituciones personales, sin más dotación que la del propio puesto de Inspector: "No había sueldo; no había gajes", recordaba años después uno de los ganadores de las primeras oposiciones<sup>4</sup>. Su consideración administrativa era la de un Negociado, al que el Gobierno civil "no daba papel, ni tinta, ni habitación, ni escribiente"<sup>5</sup>, de modo que incluso el propio Inspector debía extraer de su sueldo los gastos de escritorio, tal como los necesarios para el ejercicio de su puesto como secretario de la Junta provincial de Sanidad. Ni siquiera cuando la R. O. de 15 de diciembre de 1917 dispuso que la Diputación proporcionase 750 pts. para tales menesteres se solucionó el problema económico, pues sólo lo cumplieron unas pocas<sup>6</sup>. Tres años después de la creación de los puestos de Inspector, un Ministro La Cierva, consignó dotación presupuestaria para sueldos, a la vez que imponía determinadas incompatibilidades (por ejemplo, con el desempeño simultáneo del puesto de Médico de baños)<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> AVILÉS, B. (1892), p. 752.

<sup>4</sup> RODRÍGUEZ PINILLA (1916), p. 407.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 408.

<sup>6</sup> LÓPEZ DE LA MOLINA (1920). Una crítica de las insuficiencias de este cargo en MARTÍN SALAZAR, M. (1913), pp. 105-107.

<sup>7</sup> RODRÍGUEZ PINILLA (1916), p. 409 y LÓPEZ COMAS (1916).

En junio de 1912 se publicó el primer Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, luego modificado por R. D. de 26 de agosto de 1920, incluyendo disposiciones relativas a la uniformidad e insignias que le correspondían<sup>8</sup>.

Respecto a centros tales como los laboratorios de Higiene o los institutos de vacunación, preexistentes o nacidos a impulso de la misma I. G. S., que imponía su existencia en todas las ciudades de más de 15.000 habitantes (pero sin proveer fondos para ello con las consecuencias que pueden presumirse) los Inspectores provinciales mantenían misiones “de vigilancia” (I. G. S. art. 145).

Esta ausencia de competencias reales, estando fundamentada la actuación sanitaria en las iniciativas municipales, creó de inmediato descontento entre los Inspectores, como revelan las conclusiones de su Primera Asamblea nacional (noviembre de 1916)<sup>9</sup>.

En primer lugar, los Inspectores provinciales reclamaban el establecimiento de una organización sanitaria completa desde el nivel municipal al nacional, cubriendo los escalones con inspectores locales, de distrito, provinciales y estatales. De máxima prioridad consideraron la creación “urgente e inaplazable” de las Inspecciones municipales de Salubridad pública, aunque se recalcaba su papel subordinado respecto del escalón provincial<sup>10</sup>. Pues, en efecto, si bien se subrayaba su papel de “centros técnicos”, ocupados por médicos entrenados específicamente en materia sanitaria pública, los aspirantes a Inspectores provinciales deberían poseer el título de Oficial sanitario —conseguido tras una prueba de capacitación en el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII— y los de distrito habrían de ser Ayudantes de Sanidad Pública —tras cursos en Laboratorios provinciales—, sin que se acertara a proponer ninguna exigencia particular para los Inspectores municipales.

De modo terminante exigían una subordinación exclusiva en sus funciones a la línea jerárquica de sanidad gubernativa, bajo la vigilancia del Ministerio de Gobernación. Los alcaldes deberían cumplir las disposiciones emanadas de los órganos sanitarios provinciales (conclusión 8.ª del tema 1.º de la Asamblea).

Los Inspectores provinciales seguían exigiendo una dotación digna en medios y personal, además de una consolidación presupuestaria de sus ingresos (solicitados fuesen equiparables a los de los Delegados de Hacienda), así como la obligatoriedad de decretar la exacción de un porcentaje determi-

<sup>8</sup> RICO AVELLO (1969), p. 177.

<sup>9</sup> Un relato de su desarrollo según uno de los directores de la misma, es GARCÍA DURÁN, R. (1916). Las conclusiones se reprodujeron en ASAMBLEA nacional... (1916) y (1917).

<sup>10</sup> Se emplearían en “...funciones puramente inspectoras... pero sin que en momento alguno pueda concedérseles carácter de autoridad...” (Conclusión 7.ª del Tema Primero) *Loc. cit.*, p. 766.

nado de los recursos municipales para atenciones sanitarias. Proponían (conclusión primera del Tema Segundo) que se creasen Mancomunidades para ello, algo que sólo se hizo efectivo con la República, en 1934.

Por último, en lo que a organización se refiere, exigían la creación de un Instituto de Higiene en cada provincia, encargado de realizar el diagnóstico de las enfermedades infecciosas, preparación de vacunas, análisis de productos alimenticios, y con parque de desinfección anejo. La atención periférica en materia de vacunación, aislamiento y desinfección debía encomendarse a una Brigada móvil sanitaria, igualmente incluida en dicho Instituto, cuya dirección recaería necesariamente en el Inspector Provincial.

Luego de la experiencia vivida con motivo de la epidemia de gripe de 1918, las críticas cobraron una virulencia extrema. Los municipios, se generalizaba, eran "incapaces de hacer nada por la Sanidad bien porque incumplían sus obligaciones legales bien porque carecían de personal cualificado"<sup>11</sup>. Tras la catástrofe, se resaltó más la autonomía de la Sanidad Nacional —una sola organización—, extendida desde el Ministerio de Sanidad que se comenzó a solicitar, hasta las inspecciones municipales, toda ella ocupada por funcionarios del Estado "con funciones ejecutivas claras, terminantes, reglamentadas y con responsabilidad aneja"<sup>12</sup>.

Este conjunto de reivindicaciones enmarcó la R. O. de 28 de julio de 1912, que permitía la cooperación intermunicipal para dotarse de medios de vigilancia y profilaxis sanitaria: las Brigadas sanitarias, dirigidas por el Inspector provincial y, por fin, el Reglamento de Sanidad provincial de 20 de octubre de 1925, que dispuso la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial en un único Instituto provincial de Higiene bajo la dependencia funcional y administrativa del Inspector provincial<sup>13</sup>.

Una medida anterior, en el orden de la unificación de competencias sanitarias, había sido la acumulación de los servicios de Sanidad del campo a la Inspección General de Sanidad en 1919. Dichos servicios habían sido creados en 1912 dentro del Ministerio de Fomento —Inspección general del campo— con objetivos de salud humana (anquilostomiasis, tracoma y otras oftalmias, desde 1912) y veterinaria (Ley de Epizootias de 1914). Muestra del típico comportamiento errático de la Administración Central en aque-

<sup>11</sup> FERRET (1919).

<sup>12</sup> *Ibidem.* Acerca del Ministerio de Sanidad *vid.* la encuesta sobre creación del mismo en *La Medicina Ibero*, (1918) y otra serie paralela de artículos en *El Siglo Médico*; fue una reivindicación del Congreso de Sanidad civil de 1919 (RICO AVELLO, 1969, p. 219) y del por entonces formado Instituto de Medicina Social (*Med. Soc. Esp.*, 4, 262-263 y 503-504). En 1921 fue nuevamente reivindicado por la Asamblea de Inspectores provinciales sanitarios, apoyados por su Director General, MARTÍN SALAZAR, quien aprovechó para publicar su discurso *El Ministerio de Sanidad y del Trabajo* (Madrid, E. Teodoro, 1921), todavía reimpresso en 1923 dentro de la miscelánea acerca de *Problemas sanitarios sociales* (Madrid, M.º de la Gobernación, 1923, pp. 97-106).

<sup>13</sup> PEÑA (1926), pp. 305; 310-312. RICO AVELLO (1969), p. 338.

llos momentos, fueron suprimidos por decreto del Ministerio de Fomento el 23 de octubre de 1918, dejando de "existir" legalmente cinco meses antes de ser recogidos por el de Gobernación (11 de febrero de 1919).

Pese a todo, la mayoría de las tareas preventivas de cuño médicosocial, las llamadas "luchas", habían ido surgiendo en España y desarrollándose al margen de la administración estatal.

La lucha antituberculosa, uno de los grandes capítulos médicosociales, discurría en la práctica al margen de la organización sanitaria: en 1923 los únicos establecimientos creados y mantenidos por el Estado eran los sanatorios de Oza y Pedrosa y se disponían anualmente unas cien mil pesetas para dotar la Comisión permanente contra la Tuberculosis, organismo consultivo adscrito a la Inspección (Dirección) General de Sanidad<sup>14</sup>. Tanto la financiación como la dotación de plazas en los Dispensarios y en los restantes sanatorios era asunto municipal (benéfico) y filantrópico (asociaciones varias, institución del "día de la flor", etc.). Igual ocurría con la lucha antivenérea, desde que en 1924 se publicó el Reglamento mandado por la ley de Bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas de 13 de marzo de 1918<sup>15</sup>. Las campañas contra la mortalidad infantil, otro de los ejes centrales de la preocupación sanitaria, igualmente se desarrollaban a nivel local por el concurso de filántropos, el entusiasmo de determinados profesionales y el apoyo más o menos explícito de los ayuntamientos y, en parte, del Consejo Superior de Protección a la Infancia creado por ley en 1904<sup>16</sup>. Otro tanto sucedía con la lucha anticancerosa, mientras que la lucha contra el paludismo había determinado la aparición de estructuras orgánicas peculiares (la Comisión especial encargada del saneamiento de todas las regiones palúdicas de España, creada por R. O. de 23 de agosto de 1920 y la Comisión central de la lucha antipalúdica —con ramificaciones provinciales y locales— desde 14 de junio de 1924)<sup>17</sup>; sus dispensarios eran mantenidos (art. 21 de su Reglamento, decretado el 13 de diciembre de 1924) conjuntamente por los Institutos provinciales de Higiene, las Diputaciones, los municipios y por instituciones benéficas o por iniciativa particular, conservando en cualquier caso autonomía financiera.

Fue obra de la República, siguiendo la línea marcada por el gobierno provisional de coalición, la racionalización de este panorama mediante la incorporación al Estado (Dirección general de Sanidad) de la asistencia preventiva en todos sus ramos, el fortalecimiento de los Institutos provinciales, a los que se adscribieron en consecuencia los distintos servicios específicos, y el desarrollo de la atención sanitaria especializada en el medio rural a tra-

<sup>14</sup> Cfr. MOLERO MESA, J. (1984).

<sup>15</sup> BERTOLLOTY, R. (1931).

<sup>16</sup> Cfr. RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; ORTIZ GÓMEZ, T.; GARCÍA-DUARTE ROS, O. (1985).

<sup>17</sup> PEÑA J. de la (1926), pp. 227-228.

vés de los Centros de Higiene. La elevación de los presupuestos destinados a la mencionada Dirección general, que pasaron de dos millones y medio de pesetas en 1916 y diez millones en 1929 y 1930 a quince y treinta y un millones y medio en 1932 y 1933<sup>18</sup>, junto con la aprobación de la ley de Coordinación sanitaria en 1934 y su Reglamento de 14 de junio de 1935, resume esta política. El análisis cuantitativo, por materias, de la evolución de la legislación española en materia de sanidad desde 1804 a 1936<sup>19</sup> muestra, asimismo, que la legislación sobre servicios preventivos fue la contribución más novedosa de la Sanidad republicana.

La asistencia al mundo rural se plasmó en los Centros, secundarios y primarios, de Higiene rural, aplicando experiencias estadounidenses, polacas y yugoslavas que fueron sintetizadas en la reunión de Budapest de octubre de 1930 del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y en la definitiva Conferencia europea de Higiene rural celebrada en Ginebra, a propuesta española, del 29 de junio al 7 de julio de 1931<sup>20</sup>.

Según lo allí acordado, los Centros primarios serían puntos de coordinación o centralización, según los casos, de la totalidad de las tareas higiénicas en un distrito determinado, con la siguiente acción mínima: lucha contra enfermedades que se hubieran demostrado prevalentes, protección maternal e infantil, educación sanitaria de la población, saneamiento y asistencia médica en caso de urgencia (o bien, toda la asistencia en ausencia de otros recursos). Los Centros secundarios servirían de coordinadores regionales, contando además con servicio de laboratorio y secciones de tuberculosis y veneorología. El lugar de los Centros terciarios vendría a ser ocupado por los Institutos provinciales de Higiene.

En España se comenzó por crear Centros secundarios, de los que en diciembre de 1932 ya funcionaban 16, que eran 46 en febrero de 1936<sup>21</sup>. Para su dotación se contó con personal especializado, técnicos de alguno de los Cuerpos de Sanidad Nacional.

Los Centros primarios fueron encomendados a los médicos titulares, aunque se instalaban y actuaban bajo la supervisión de los anteriores. Recordemos que el Reglamento de Sanidad municipal de 9 de febrero de 1925 consideraba a los titulares Inspectores municipales de Sanidad, incluso disponiendo la erección de unas "oficinas municipales de Higiene". Más todo ello apenas trascendió la cuestión nominal, careciendo de plasmación prác-

<sup>18</sup> RICO AVELLO (1969), p. 173; PASCUA, M. (1933), p. 59.

<sup>19</sup> Cfr. MARTÍNEZ NAVARRO (1977), p. 807. A dicha materia correspondió el 0,8 por 100 de la legislación sanitaria de la Restauración y el 1,2 por 100 de la etapa de Primo de Ribera, frente al 8,1 por 100 durante la República.

<sup>20</sup> GIMENO DE SANDE (1933); CONFERENCIA europea... (1931).

<sup>21</sup> CENTROS... (1932), p. 1.244; preámbulo de la O. M. de reorganización de los Centros de Higiene rural, *Gaceta* de 13 de febrero de 1936 (*Med. Ibero*, 30/1, n.º 954, CXXVIII).

tica, de modo que el ejercicio de funciones preventivas por los titulares era calificado de "balbuciente"<sup>22</sup>.

Comentando el desarrollo de la organización sanitaria en su provincia (1933: 3 Centros secundarios y 13 primarios en funcionamiento) el Inspector de Córdoba sugería que se debería remunerar específicamente la colaboración de los titulares, a quienes había de facilitárseles la "especialización necesaria" de forma no gravosa<sup>23</sup>. En la provincia de Cáceres, en cambio, contando con asesoramiento y financiación de la fundación Rockefeller, se había partido de organizar un potente Instituto provincial, donde se ofrecían cursos preparatorios a los titulares, y a continuación se organizaron Centros primarios, desde septiembre de 1931<sup>24</sup>. En un año entraron en funcionamiento 23 centros de este tipo, enfocados muy directamente a la lucha antipalúdica<sup>25</sup>.

El sentir adverso y litigioso de una buena parte de los médicos rurales respecto a estas innovaciones puede ser resumido con las afirmaciones del titular de Peñafior de Hornija (Valladolid) publicadas en 1934:

"1.º Que los Centros secundarios venían a hacer *también* medicina curativa; esto es, a quitar enfermos a la ya mencionada clientela de los incautos médicos españoles, a quienes el Estado había dado un título para atender a enfermos imaginarios, ya que los verdaderos dolientes, ricos o pobres, les tomaba él a su cargo; y 2.º Que nacía a la vida profesional del país, en ocasiones por generación espontánea, una nueva categoría de especialistas..."<sup>26</sup>.

En 1936 se acometió una ordenación genérica de las funciones, dotación y objetivos de los Centros de Higiene rural, a través de una Orden del Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad aparecida en la *Gaceta* del 13 de febrero. En su preámbulo se reconocía a dichos Centros como "elemento indispensable" de la organización sanitaria, impulsados inicialmente por el Estado para, una vez demostrada su eficacia, conseguir las colaboraciones periféricas precisas para desarrollar "un vasto plan sanitario rural". Se nos informa que la dotación funcional de los Centros secundarios abarcaba: Tuberculosis, Higiene infantil (en todos sus grados) y enfermedades venéreas —como elementos básicos— más especializados de Odontología, Oftalmología y Otorrinolaringología.

La orden citada dispuso una serie de normas uniformadoras. En relación al personal, sólo serían fijos el Director —médico de plantilla del Cuer-

<sup>22</sup> Las oficinas municipales de Higiene que pretendió imponer el Reglamento de 1925 no fueron más que "unas cuantas" en todo el Estado. GRANDES cuestiones... (1934), p. 761. Otra valoración crítica anterior de la actuación de los Inspectores municipales de Sanidad, en MARTÍN SALAZAR (1913), pp. 104-105.

<sup>23</sup> BENZO (1933), p. 399.

<sup>24</sup> CAMPO CARDONA, A.; GIMENO DE SANDE (1933).

<sup>25</sup> GIMENO DE SANDE (1934), p. 122.

<sup>26</sup> CORTEJOSO (1934), p. 144.

po de Sanidad Nacional— y una Instructora de Sanidad (o enfermera visitadora, igualmente un título oficial), mientras que los especialistas, que no podrían ser más de seis, serían contratados anualmente, con carácter eventual. En localidades donde existiesen problemas sanitarios específicamente tratados con anterioridad por el Estado (paludismo, tracoma, etc.), la organización existente debería ser integrada en el Centro, cubriendo sus técnicos las especialidades correspondientes.

El Director del Centro secundario queda configurado como higienista, dedicado a “realizar el estudio estadístico, demográfico, epidemiológico e higiénico-social de la demarcación, con vistas a una perfecta discriminación de las causas de enfermedad”, sobre la que habría de basarse la actividad de la institución. Secundariamente podría hacerse cargo de alguna tarea especializada más.

La actividad clínica de los distintos especialistas se recalca que habría de estar sometida “a la finalidad social” del Centro, para evitar los problemas de competencia desleal que aducían los médicos.

La prestación de servicios en los Centros primarios quedaba vinculada a los respectivos médicos rurales (de Asistencia Pública Domiciliaria, según la nueva denominación que sustituía a la de Titulares), entendida esta dedicación preventiva como parte de sus obligaciones habituales, según el propio Reglamento del Cuerpo. Dicha actividad preventiva habría de componerse de las siguientes: examen de embarazadas, examen de lactantes, reconocimientos periódicos infantiles, hasta los catorce años, investigación de lúes y tratamiento antisifilítico de los no pudientes, en sentido amplio, observación de tuberculosos en relación con el Dispensario correspondiente, inmunizaciones, educación y propaganda sanitaria.

La reorganización sanitaria emprendida por la República tuvo su máxima expresión en la articulación de las llamadas Mancomunidades sanitarias, como órganos provinciales de gestión en dicho ámbito, según la ya mencionada Ley de Coordinación sanitaria y sus Reglamentos de 1934-35. Sin embargo, la guerra impidió su funcionamiento, toda vez que el único presupuesto anual que les llegó a ser aprobado fue el correspondiente a 1936<sup>27</sup>. Un resumen de la estructura del gasto presupuestario entonces se ofrece en la Tabla siguiente, donde observamos cómo el componente preventivo —Instituto de Higiene— representa una proporción discreta, pero considerable ya (más del 12 por 100) frente a los gastos estrictamente asistenciales.

---

<sup>27</sup> BLANCO y GRANDE, P. (1936). Los datos que presentamos a continuación proceden de la elaboración de esta fuente.

PRESUPUESTO DE LAS MANCOMUNIDADES SANITARIAS PARA 1936  
(DATOS DE 20 PROVINCIAS)

	Cantidades presupuestadas (en pesetas)	Tanto por ciento con relación al total
Institutos provinciales de higiene .	11.470.864,30	12,79
Servicios benéfico-sanitarios mu- nicipales .....	67.075.418,57	74,84
Gastos de administración de las Mancomunidades .....	947.047,68	1,04
Medicamentos y estancias .....	10.174.176,83	11,33
TOTAL.....	89.667.930,12	100,00

FUENTE: BLANCO Y GRANDE (1936), p. 38.

Descendiendo al nivel provincial, no se aprecia un patrón homogéneo en la asignación de fondos, de modo que la participación de los Institutos provinciales de Higiene en el gasto total es muy diversa, oscilando entre el 1,1 por 100 de Guadalajara (la menor proporción) hasta el máximo de 23,9 por 100 de Soria. Sobrepasan la asignación media veinticuatro provincias, de ellas diez con más del 15 por 100 y otras cuatro por encima del 20 por 100 (Madrid, Murcia, Soria y Sta. Cruz de Tenerife).

Relacionando el presupuesto con el número de habitantes de cada provincia se observa que la distribución selectiva del gasto por las Mancomunidades en los distintos capítulos no se correspondía con su entidad real, puesto que el coste de cada Instituto de Higiene oscilaba entre las 0,33 pts/hab. de Orense y las 1,48 de Soria. Dieciocho provincias asignaban entre 0,50 y 0,75 pts. por habitante a ese fin, otras quince dotaban con más de 0,75 (sin alcanzar la peseta) y sólo dos, Soria y Valladolid, superaban ese límite, mientras que La Coruña, Lugo, Orense, León, Madrid y Valencia no llegaban a 0,50 pts. por habitante. Se carece de datos de Cataluña y del País Vasco, salvo Álava.

Según la procedencia de los ingresos presupuestados en 1936, los Institutos provinciales de Higiene habían de nutrirse principalísimamente de los presupuestos municipales, a través de su exención mancomunada.

En determinadas provincias, como, Madrid, el presupuesto por "otros ingresos" (de naturaleza no especificada) significaba una proporción muy considerable, cercana al 40 por 100 del total de sus ingresos. En situación similar se encontraban Zaragoza, Soria, Ciudad Real, Almería y Albacete.

El comportamiento de los distintos Institutos provinciales puede ser estudiado analizando las variables del gasto, como personal y material.

El rango de gastos en concepto de personal<sup>28</sup> oscila entre 22,7 por 100 del total (Córdoba) y 73,7 por 100 (Las Palmas), con una situación mayoritaria al 40 por 100.

El presupuesto en gastos de material oscila entre un increíble 9,9 por 100 —correspondiente a Córdoba (35.674 pts.)— y un no menos asombroso 55,3 por 100 para Valladolid. Ambas cifras son problemáticas por cuanto que, en el listado original, los totales consignados no corresponden al resultado de la suma de los distintos capítulos por columnas. Más razonable parece el rango entre 14,5 de Logroño y 49,1 por 100 de Granada, oscilando la mayor parte entre 20 y 40. Para conocer un poco más profundamente el destino diferencial de este dinero hemos desglosado el concepto presupuestario de "material" en: *material clínico y de laboratorio* —que debe señalar la intensidad del trabajo asistencial en el Centro terciario, dentro de la tipología encadenada y jerarquizada que componía el esquema sanitario del momento— *materia móvil* —referido al desplazamiento a núcleos diferentes de la capital de provincia— *propaganda y Centros primarios* —dinero empleado en crear o sostener instalaciones elementales en distritos rurales—. Todavía quedarían incluidos entre "otros gastos de material" los referidos a material de oficina, adquisiciones ordinarias, epidemias, alquileres, conservación y reparación de edificios, contribuciones y arbitrios.

Los cuatro componentes del material singularizados suponen más de la mitad del gasto total de su concepto genérico en veinticinco provincias, entre las que no se encuentran ni Madrid ni Toledo, que eran de las de mayor proporción en gastos de material; luego en dichos Institutos provinciales el gasto recaería en otros componentes. En gastos de material de clínica y laboratorio destacan proporcionalmente las inversiones de Granada (64,5 por 100) Lugo (44,8 por 100) y León (30,8 por 100); en material móvil superan igualmente el 30 por 100 Logroño, Córdoba y Burgos; los centros primarios eran especialmente atendidos en Sevilla (62 por 100), Santander, Valencia y Badajoz (más del 40 por 100) así como en La Coruña, Murcia, Málaga y Alicante (más del 30 por 100); por cuanto respecta a gastos en propaganda, parecen espectaculares los de Cáceres (18,5 por 100) seguidos de Palencia (10,1 por 100), Alicante (9,8 por 100) Logroño (7,4 por 100). En sentido negativo destacan la no contribución a centros primarios que se observa en Burgos (por lo que debe invertir en material móvil) y La Palmas, o la muy escasa de Castellón (1,2 por 100), Zamora, Segovia y Teruel (en torno al 4 por 100): en todos ellos predomina, presupuestariamente, el refuerzo del "centro", de la sede central del Instituto, frente al entorno periférico y rural.

<sup>28</sup> Al calcular este concepto hemos incluido el capítulo de "Seguros y retiros" que en la Tabla de BLANCO y GRANDE (1936), pp. 44-45 se considera dentro de Material.

## CONCLUSIONES.

Hemos visto que en el plazo de los tres primeros decenios del siglo xx la organización sanitaria territorial de España sufrió importantes cambios estructurales (creación de los Inspectores provinciales de Sanidad, 1898-1904, dotación de los Institutos de Higiene, a partir de 1925, incorporación de las tareas de asistencia preventiva a gran escala, a partir de 1931) que desterraron definitivamente el modelo sanitario de las Juntas de Sanidad ilustradas y consagraron la capacidad técnica de médicos y otros trabajadores de la salud en un cuerpo funcionarial. El proceso estuvo marcado por un importante componente centralizador, explícitamente antimunicipal, por lo que no es de extrañar la ausencia de incardinación efectiva de las tareas preventivas en el primer escalón asistencial, rasgo que ha persistido en nuestro sistema sanitario hasta la fecha. Sólo la política de Centros de Higiene pudo haber alterado esta tendencia, en el medio rural, pero su efectividad fue limitada por su escaso grado de realización. La segregación entre las tareas benéficas (asistenciales propiamente dichas) y las preventivas, aun cuando su alejamiento fue sentido como contrario a las necesidades sanitarias, y problema a superar si se quería promocionar la salud pública a niveles deseables, por personalidades aisladas<sup>29</sup>, se vio defendida corporativamente por los sanitarios (conclusión decimotercera de la Primera Asamblea nacional de Inspectores provinciales de Sanidad<sup>30</sup>) y se convirtió en otra característica de nuestro sistema, prolongada una vez que se pusieran en marcha los mecanismos asistenciales del Seguro de Enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ JUNCO, J. (dir.) (1986): *La acción social pública en España. Beneficencia y prevención*. Madrid, Ministerio de Trabajo.
- ASAMBLEA nacional de Inspectores provinciales de Sanidad celebrada en Madrid del 26 al 30 de noviembre de 1916. Conclusiones aprobadas por la Asamblea (1916): *Med. Soc. Esp.*, 1, 763-766; 2, (1917), 22-28; 59-64.
- AVILÉS, Benito (1892): La Higiene Pública en España, *In: Tratado de Higiene Pública según sus aplicaciones en los diferentes países de Europa*, de A. Palmberg. Madrid, Est. Tip. E. Teodoro.

<sup>29</sup> LÓPEZ COMAS (1916); MARTÍN SALAZAR (1918), Cfr. el análisis de J. CUESTA BUSTILLO sobre la Conferencia nacional de seguros celebrada en 1922 en Barcelona, contenido en ÁLVAREZ JUNCO, (dir.) (1986).

<sup>30</sup> ASAMBLEA... (1917), p. 24.

- BENZO, M. (1933): La organización sanitaria de la provincia de Córdoba (Breve nota informativa de los progresos logrados durante un decenio). *Rev. San. Hig. Pub.*, 8 (2), 391-399.
- BERTOLOTY, R. (1931): La organización antivenérea en España. *Med. Ibero* 25 (n.º 697) CCLXIII-XIX; (n.º 698) CCXCIII-VII; (n.º 700) CCCLI-III.
- BLANCO y GRANDE, P. (1936): Los presupuestos de las mancomunidades sanitarias e Institutos provinciales de Higiene para el año 1936 *Rev. San. Hig. Pub.*, 11, (1), 37-47.
- CAMPO CARDONA, A. del; GIMENO DE SANDE, A. (1933): Centros primarios de Higiene rural de Cáceres. *Rev. San. Hig. Publ.*, 8, (1), 347-365.
- CENTROS secundarios de higiene rural (Los) (1932): *Rev. San. Hig. Publ.*, 7, 1.243-1.244.
- CONFERENCIA europea de Higiene rural (La) (1931): *Anales I.N.P.*, 23 (n.º 91), 471-480.
- CORTEJOSO, L. (1934): Política sanitaria. Algo sobre los Centros secundarios de Higiene rural. *Gac. Med. Esp.*, 8, 113P-115P.
- FERRET (OBRADOR), G. (1919): Los institutos provinciales de Higiene. *Med. Soc. Esp.*, 4, 321-325.
- GIMENO DE SANDE, A. (1933): Centros primarios de Higiene rural (I). *Rev. San. Hig. Publ.*, 8 (2), 573-590.
- GIMENO DE SANDE, A. (1934): Centros primarios de Higiene rural (II) y (III). *Rev. San. Hig. Publ.*, 9 (1), 34-49; 119-129.
- GRANDES cuestiones médico-sociales. Los Problemas de los médicos titulares. III. Las funciones del médico titular (1934): *Mundo Médico*, 16 (n.º 246), 760-761.
- LÓPEZ COMAS, M. (1916): Significación y estima de la Institución general de Sanidad vigente. *Med. Soc. Esp.*, 1, 373-379.
- LÓPEZ DE LA MOLINA, F. (1920): No debe continuar así. *Med. Soc. Esp.*, 5, 173-175.
- MARTÍN SALAZAR, M. (1913): La Sanidad en España. *Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina en la recepción pública del Ilmo. Sr. Doctor don Manuel Martín Salazar el día 8 de junio de 1913*. Madrid, imp. Colegio Nacional de Sordomudos y Ciegos.
- MARTÍN SALAZAR, M. (1918): *La Sanidad y los Seguros Sociales*. Madrid. Ministerio de la Gobernación, 31 páginas.
- MARTÍNEZ NAVARRO, J. F. (1977): La Sanidad en España. *Rev. San. Hig. Pub.*, 51, 777-817.
- MOLERO MESA, J. (1984): *Aproximación a la historia de la tuberculosis en España, 1874-1923*. Granada, Trabajo del curso de doctorado de Historia de la Medicina, ms.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1975): *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid, Instituto de Estudios Administrativos.
- PASCUA, M. (1933): El presupuesto de Sanidad. *Rev. San. Hig. Pub.*, 8 (1) 59-65.

- PEÑA, J. de la (1926): *Legislación sanitaria vigente de Medicina*. Ávila, Tip. y Encuad. de Senén Martín, 777 páginas.
- RICO-AVELLO, C. (1969): *Historia de la sanidad española, 1900-1925*. Madrid, imp. E. Giménez, 402 páginas.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1986): Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX, en: *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI de España Editores S.A. (Colección Trabajo Social, serie Documentos, n.º 2) 227-266.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; ORTIZ GÓMEZ, T.; GARCÍA-DUARTE ROS, O. (1985): Los Consultorios de lactantes y Gotas de leche en España. *Jano*, n.º 663-H, 1.066-1.072.
- RODRÍGUEZ PINILLA (1916): La Medicina política en España (Recuerdos de mis días de inspector sanitario). *Med. Soc. Esp.*, 1, 405-410.