

B-125

La realización de este estudio ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Secretaría General para la Seguridad Social. Dirección General de Acción Social.

De la beneficencia al bienestar social

Cuatro siglos de acción social



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS
EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES

Dr. Cortezo, 11, 2.º
28012 MADRID
1985

INDICE

1. PRESENTACION.....	7
2. MEMORIA INTRODUCTORIA.....	9
3. RELACION DE PONENTES.....	39
4. RELACION DE PONENCIAS.....	43
5. PONENCIAS Y COMUNICACIONES.....	45
La acción social medieval como precedente, <i>Carmen López Alonso</i>	47
La asistencia social en la España de los Austrias, <i>Juan Ignacio Carmona García</i>	69
Asistencia y previsión social en el siglo XVIII, <i>Pedro Trinidad Fernández</i>	89
Los visitadores del pobre. Caridad, economía social y asistencia en la España del siglo XIX, <i>Fernando Álvarez Uría</i>	117
La Comisión de Reformas Sociales: intentos y realizaciones, <i>José Álvarez Junco</i>	147
La Comisión de Reformas Sociales y la cuestión social durante la Restauración, <i>Manuel Pérez Ledesma</i>	155
Catolicismo y reforma social en España en el tránsito del siglo XIX al XX, <i>Feliciano Montero</i>	167
El nacimiento de la previsión social (1900-1917). Las primeras soluciones al problema de la vejez. Entre la previsión y la beneficencia, <i>Esther Martínez Quintero</i>	177
Evolución de la previsión social española en el primer tercio del siglo XX: los primeros seguros sociales en los años veinte, <i>Josefina Cuesta Bustillo</i>	195
Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX, <i>Esteban Rodríguez Ocaña</i>	227

Primera edición, abril de 1986

© Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
Calle Doctor Cortezo, 11, 2.º 28012 Madrid

© Siglo XXI de España Editores, S. A.
Calle Plaza, 5. 28043 Madrid

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

Impreso en España
Printed in Spain

ISBN: 84-323-0866-4
Depósito legal: M. 10.139-1986

Fotocomposición EFCA, S. A. Avda. de Pablo Iglesias, 17
Impreso en Closas-Orcoyen, S. L. Polígono Igarsa
Paracuellos del Jarama (Madrid)

La beneficencia madrileña en los primeros años del siglo XX, <i>Marianne Krause</i>	267
Asistencia social y beneficencia: evolución, situación actual y perspectivas, <i>José Gabriel Perdomo Cejudo</i>	281
La asistencia sanitaria en el conjunto de la previsión social española, <i>Luis Alberti López</i>	297
La evolución de la asistencia social desde una institución privada, <i>Esperanza Linares</i>	339
Desempleo: del socorro a la prestación, <i>Pedro Benjumea Pino</i>	371
Servicios sociales y minorías étnicas, <i>Tomás Calvo Buezas</i>	387

1. PRESENTACION

En toda actividad humana, la reflexión y estudio acerca de las experiencias y procesos previos arrojan luz a las problemáticas encontradas en cada fase de desarrollo económico, social y cultural de un pueblo.

Así, el conocimiento histórico de las diferentes coyunturas, sean tanto generales como sectoriales, sirven para que el ciudadano medite sobre la relación existente entre su situación actual y las ya acontecidas.

Si entendemos la Acción Social como el conjunto de esfuerzos de una sociedad por hacer frente a las necesidades y al aumento del bienestar de los individuos y grupos que la componen, será fácilmente comprensible la importancia que para el ciudadano, como sujeto de derecho, tengan los sistemas de protección social.

Con esta creencia, el Consejo General de Colegios Oficiales de Asistentes Sociales y la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, iniciaron conjuntamente la tarea pendiente de comenzar una serie de investigaciones relativas a la Historia de la Acción Social en el Estado Español, labor que, lamentablemente, había estado carente del suficiente impulso y sistematización.

Dentro de los trabajos acometidos con este enfoque, se encuentra el I Seminario de Historia de la Acción Social celebrado en diciembre de 1984 en la sede del Consejo General de Asistentes Sociales bajo el auspicio de la Dirección General de Acción Social, que reunió un calificado plantel de investigadores y expertos en este campo.

El Consejo General de Asistentes Sociales presenta ahora el resultado de las sesiones de trabajo en este Seminario, publicación de interés general, y especialmente para los profesionales del

Gobierno

INP

SOCIEDAD-OPINION
PUBLICA

1927

15-III

INP consulta a la CANPO
Adjunta ANTEPROYECTO de
Seguro de Maternidad.

3.ª OPINION PU-
BLICA:GRAL:

mayor eco, con-
testan:

45 entidades obre-
ras.

31 » patronales.

46 sanitarios.

23. inst. de previ-
sión.

13. » varias.

19. particulares.

21/24-III

CANPO. asesora sobre: Bene-
ficiarias.
Cotizantes.
Deliberación sobre ANTE-
PROYECTO.
Aprobación a costa de malestar
obrero.

1929

22-III R.D. organizando el
SEGURO DE MATERNIDAD.

1930

29-I Reglamento gral. del
régimen obligatorio del
Seguro de Maternidad.

1931

16-V Decreto:IMPLANTA-
CION del Seguro de Ma-
ternidad.

MEDICINA Y ACCION SOCIAL EN LA ESPAÑA
DEL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA

I. LA CONCEPCION DE LA MEDICINA COMO «MEDICINA SOCIAL»
A COMIENZOS DEL SIGLO XX

En torno al cambio de siglo, y con particular incidencia en el mundo de habla germana, se delimitó dentro de la teoría y práctica médicas una nueva disciplina o especialidad, la Medicina social¹, sustentada en la confluencia de tres factores: el concepto de *etiología social*, validado por la investigación higiénica de todo el siglo XIX, la teoría de la *patología social*, propuesta por Alfred Grotjahn (1869-1931) y el desarrollo de *servicios asistenciales de contenido preventivo y organización pública* tales como la protección materno-infantil, la lucha antituberculosa, etc. Simultáneamente, a partir de 1883 en que se aprobó el Seguro obligatorio de enfermedad para los obreros industriales en Alemania, el término medicina social describía también la actuación médica en dicho sistema. En síntesis puede observarse que la nueva disciplina, que aparecía «a caballo entre la Medicina y las ciencias sociales», tomaba de aquélla, como elemento capital, la *prevención* y de éstas, la *previsión*.

En España está por estudiar el proceso concreto de delimitación de esta nueva especialidad, de modo que lo que sigue tiene el valor de un primer acercamiento, apresurado, tentativo y, sin duda, bastante incompleto. En primer lugar, estudiaremos la posición de los médicos españoles acerca de la teoría médico-social, descri-

¹ Cf. mis trabajos: «Aproximación a la teoría y práctica de la Medicina Social en Ludwig Teleky (1872-1957)», *Dynamis*, 2 (1982), pp. 299-324, y «La Academia de Higiene Social de Düsseldorf (1920-1933) y el proceso de constitución de la Medicina Social como especialidad en Alemania», *Dynamis*, 3 (1983), pp. 231-264.

biendo luego la organización y desarrollo de una campaña preventiva a gran escala, la encaminada a combatir la mortalidad infantil y, por último, haremos mención de la práctica médica en Beneficencia y en los Seguros, tanto libres de enfermedad como los obligatorios de Accidentes del trabajo y Maternidad, organizados y en vigor con anterioridad al inicio de la guerra civil.

1.1. *La teoría médico-social en España*

Los argumentos teóricos básicos presentes en el origen de la Medicina social provinieron del campo de la Higiene, en particular de la aplicación del análisis estadístico a los diversos parámetros que conforman la vida y la salud de los hombres y las colectividades. Dicha actividad, en España, estuvo constreñida por el limitado alcance de la propia actividad estadística gubernamental², de modo que obras como las de Philip Hauser *Estudios médico-topográficos y médico-sociales de Sevilla* (1882-84) o *Madrid bajo el punto de vista médico-social* (1902) constituyeron una rareza, por su extensión y profundidad, por no mencionar su magna *Geografía médica de la Península Ibérica*, en tres volúmenes, de 1913. Sin embargo, existió un núcleo de higienistas catalanes, en torno a Rafael Rodríguez Méndez y Luis Comenge que sirvieron de crisol a la publicación de la revista *La Medicina Social* (Barcelona, 1911 a 1919), de igual manera que los médicos de la Beneficencia municipal de Madrid constituyeron el grueso de publicistas en *La Medicina Social Española* (Madrid, 1916 a 1920) auspiciada, a su vez, por un Instituto de Medicina Social que, en 1920, presidía Sebastián Recaséns, con Gregorio Marañón, Gustavo Pittaluga y Aguado Marinoni, entre otros miembros de la Junta Directiva³.

La escasa actividad higiénico-estadística propia anterior a 1900 no fue óbice para que los médicos españoles conociesen y admitiesen hechos básicos médico-sociales establecidos por investigacio-

² J. Sánchez-Lafuente Fernández, *Historia de la Estadística como ciencia en España, 1500-1900*, Madrid, 1975; E. Rodríguez Ocaña; J. Valenzuela, (en prensa) «La estadística y la enseñanza de la Higiene en España», *Actas III Cong. Soc. Esp. His. Cien. San Sebastián*, 1984.

³ *La Medicina Ibero*, 4 (1920), n.º 62, p. CLXXX.

nes foráneas. Un ejemplo: el informe que, en 1901, el Real Consejo de Sanidad remitía al Gobierno acerca de las cuestiones fundamentales de la Higiene pública en nuestro país afirmaba «la influencia del medio social, de la posición y de la pobreza [...] en la mortalidad», demostraba fehacientemente por «notables» estudios estadísticos europeos de los que cita media docena⁴.

El supremo ejemplo lo obtendrán nuestros médicos de la Gran Guerra europea de 1914-18 y sus consecuencias, de manera que la triple conjunción de guerra, preocupación económica y auge de las ciencias sociales (con un sentido claramente político de instrumento de reforma social) sirvió para resaltar el «nuevo papel» de la Medicina y de los médicos, llamados a intervenir como preceptores de la comunidad. Así se expresaría un elocuente sanitario en 1918:

¡Qué distancia entre el médico modesto y humilde de las pasadas centurias [...] y el médico sociólogo de nuestros días, que se ocupa de estudiar la solución de los grandes problemas económicos y sociales [...] acaso con más elementos de juicio, sacados de su propia ciencia, que los sociólogos y economistas de profesión [...]»⁵.

Por las mismas fechas, otro médico no relacionado profesionalmente con la Higiene, advertiría que:

[...] algunas cuestiones de *orden social* [...] van colocando el rango científico del médico [...] como agente, acaso el principal, en el orden humanitario de la dirección de la vida en las sociedades modernas⁶.

Pittaluga entendía la Medicina social como «una técnica al ejercicio del bienestar de la colectividad humana», que se caracterizaba por ser «una ciencia aplicada a la política»⁷. Nada más consecuente para un anarquista que definir, como lo hacía un

⁴ *Cuestiones Fundamentales de Higiene Pública en España. Informe del Real Consejo de Sanidad*, Madrid, 1901, p. 14.

⁵ M. Martín Salazar, *La Sanidad y los Seguros Sociales*, Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1918, 31 pp., cita de pp. 5-6.

⁶ S. Sierra Val, «Sobre la Beneficencia y la Instrucción», *Med. Ibero* 2/5, n.º 51, 1918, p. 93.

⁷ G. Pittaluga, Reseña a «L'Economie Humaine... de René Sand». *Med. Ibero* 28/2, 1934, p. CCCXXI.

destacado miembro del Sindicato único sanitario de la CNT en 1931: «la Medicina social es la política del porvenir»⁸.

La conferencia de Seguros sociales celebrada en 1917⁹, a propuesta del Ministerio de Fomento entonces ocupado por el vizconde de Eza, nos permite apreciar el calibre de las argumentaciones médico-sociales en España. En efecto, en torno a dicha iniciativa se organizó desde la Dirección General de Sanidad toda una campaña con participación de destacados sanitarios, como Cortezo, Martín Salazar o Ubeda Correal, entre otros, encaminada a popularizar la idea de un sistema de seguro obligatorio integral, que incluyese los distintos riesgos, del paro a la enfermedad, invalidez o muerte. La Real Academia Nacional de Medicina tuvo ese problema como objeto de discusión a todo lo largo del curso 17-18, culminando con el discurso de ingreso de un nuevo académico, Francisco Murillo Palacios, que disertó sobre «La defensa social de la salud pública».

Con uno de los textos de Martín Salazar y este discurso de Murillo podemos ejemplificar la solidez y rotundidad que los planteamientos médico-sociales habían alcanzado en España.

La obrera de Martín Salazar, Director General de Sanidad con gobiernos liberales, se titula *La Sanidad y los Seguros sociales*¹⁰. Escrito en 1917 y publicado en 1918 sus 31 páginas están destinadas a mostrar la nueva realidad de la medicina, ligada a las ciencias sociales, que ha producido la Higiene social y el lógico complemento que ofrece la legislación de previsión a la tarea médica. En efecto, los avances de la ciencia sanitaria por sí solos son incapaces de destruir la miseria y la indigencia a que estaban abocados los trabajadores una vez incapacitados para el trabajo, por enfermedad o invalidez. El único medio que históricamente se había mostrado eficaz para ello era la cooperación social, plasmada en el seguro obligatorio contra la enfermedad y en general contra cuantos riesgos amenazan a las masas obreras. El punto de referencia es tanto la

⁸ F. Polo y Fiayo, «La Medicina Social y la propaganda», *Med. Ibero* 25/1, (1931), p. cccxcvii.

⁹ *La Cuestión del Seguro de Enfermedad ante la X Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, mayo 1927. Antecedentes*. (1927), Madrid, Publ. del INP, 145 pp., cita de pp. 63-65.

¹⁰ M. Martín Salazar, ob. cit., en n.º 5.

experiencia alemana cuanto la inglesa, con las medidas implantadas por Lloyd George en 1911.

El discurso de Murillo, por su parte, puede verse como una argumentación académica, en el sentido de recurrir a numerosos estudios ajenos en apoyo de sus opiniones, del planteamiento de Martín Salazar. Por tanto, muestra con detenimiento los problemas derivados de las «condiciones sociales del trabajo» en tanto que productoras de miseria y alimentadoras del círculo vicioso enfermedad-miseria cuyo remedio es el seguro social único y obligatorio. El autor parte de los efectos económico-nacionales negativos de la mala salud pública, que justifica comparando la mortalidad española con la de otros Estados europeos y fijándose en particular en la producida por determinadas enfermedades infecciosas (tifoidea, viruela, septicemia puerperal), y concluía:

[...] la mortalidad en España es la mayor entre las naciones cultas, y este sacrificio inútil de vidas significa, para la raza, una sangría suelta que conduce a la degeneración, y, para el país, un derroche insensato de su capital nativo, causa primaria de nuestra decadencia económica y política¹¹.

A continuación, estudia con detenimiento los factores sociales en cuanto productores de enfermedad, con justificaciones de base médica y con afirmaciones de «estadistas eminentes»: la insuficiencia e inseguridad de los jornales, insalubridad de las viviendas, la mano de obra femenina e infantil, las enfermedades industriales y la fatiga. Analiza la mortalidad específica de la clase obrera, siempre con apoyo en estudios extranjeros puesto que «la literatura española no registra estudios detallados de esta índole»¹² y establece, en penúltimo lugar, una categorización de los factores de la pobreza. La conclusión:

Deducidos el paro forzoso y la insuficiencia del salario como motivos básicos, no cabe duda que el principal obstáculo al equilibrio económico del pobre es la enfermedad. La enfermedad como causa de pobreza y la

¹¹ F. Murillo Palacios, «La defensa social de la salud pública», *Med. Ibero*, 2/5, (1918), pp. 204-208, 231, 258-260, 287-288, 315-316, 342-344; 3/6 (1919); 19-20, 47-48. Cita de p. 208.

¹² *Ibid.*, p. 343.

pobreza como causa de enfermedad, se entretajan y forman un círculo vicioso que a manera de argolla, sujeta al obrero a la esclavitud de la miseria¹³.

La solución que garantizaría la superación de esa situación y que, al mismo tiempo, desarmaría «las furias de las justas reclamaciones del proletariado» —en palabras de Martín Salazar— y nos entroncaría con el curso de los tiempos: el seguro social único.

Como es sabido, la Conferencia de 1917 no tuvo repercusiones prácticas, salvo las de contribuir al fortalecimiento de las opiniones de los expertos del INP quienes, una vez que encontraron voluntad política en los gobiernos, procedieron a desarrollar sus planes de reforma social que habían ido madurando desde su constitución. Durante el tiempo objeto de nuestro estudio sólo llegaron a concretarse los Seguros de Accidentes del Trabajo y de Maternidad, de entre los que exigían la participación asistencial de los médicos.

El grueso, por tanto, de la práctica médico-social en la España anterior a la guerra civil discurrió por las vías de la Beneficencia o, sobre todo de las campañas de atención preventiva por enfermedad concreta que se fueron organizando al estilo de los países de nuestro entorno cultural, y es en ellos donde se fraguó lo que anunciaban los discursos, la unión entre medicina y ciencias sociales, el reconocimiento del papel patógeno de la vigente organización social. El Primer Congreso Español de Sanidad, celebrado en 1934, registró el mayor número de comunicaciones a su sección de Medicina social: hasta un total de 38, repartidas entre lucha antituberculosa (siete comunicaciones), puericultura (siete), lucha antipalúdica (tres), lucha antitracomatosa (dos) y antivenérea (dos), alimentación (tres), problemas sanitarios del trabajo (dos) y odontología preventiva (dos). Ninguna versó sobre Seguros.

2. PREVENCIÓN MÉDICA A GRAN ESCALA: EL EJEMPLO DE LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL

De acuerdo con lo que acabamos de señalar, el reconocimiento de determinados problemas sanitarios con importante repercusión

¹³ Murillo Palacios, ob. cit. en nota 11, p. 343.

económico-social provocó una respuesta preventiva a gran escala. A modo de ejemplo de una de dichas campañas vamos a estudiar la desarrollada contra la mortalidad infantil¹⁴.

2.1. El problema social de la mortalidad infantil

La mortalidad infantil comenzó a ser un fenómeno socialmente preocupante en España en las últimas décadas del siglo XIX. Hasta ese momento toda la atención estaba centrada en los problemas de abandono y orfandad, afrontados mediante la creación de asilos, inclusas y casas de misericordia o centros similares, asignándose por ley la responsabilidad estatal de intervención a las Diputaciones provinciales. Iniciativa privada fue la constitución de diversas Sociedades Protectoras de la Infancia.

Tres argumentos clave pueden distinguirse en esa paulatina toma de conciencia: economicista, nacionalista y racial, respectivamente. O lo que es igual, el reconocimiento del valor económico de la vida humana (factor de producción), la creencia en una población abundante como garantía de engrandecimiento patrio y el convencimiento de que existía una «degeneración de la raza» físicamente manifiesta y en conexión, desde luego, con el atraso económico y la decadencia política de España. Dichos argumentos, en el marco de los planteamientos regeneracionistas en boga a partir de 1898, fueron reiteradamente esgrimidos por los médicos pediatras, en particular una vez que, a partir del quinquenio 1900-1905, el Instituto Geográfico y Estadístico comenzó a producir resultados estadísticos con visos de credibilidad¹⁵. De ellos se desprendía un dato firme: el grueso de la mortalidad española recaía en los niños y, dentro de éstos, era más marcada en el campo que en la ciudad. Esta peculiar

¹⁴ Utilizaré mis trabajos: presentados al VII Congreso Nacional de Historia de la Medicina (Alicante, abril de 1983), cuyas Actas están en prensa: «Regeneracionismo, filantropía y medicina social. Auge de la Puericultura en la España del primer tercio del siglo XX» y «La institucionalización de la protección médica a la infancia en la España del primer tercio del siglo XX» (está última, confirmada con Teresa Ortiz y Olga García-Duarte), adonde remito para mayores precisiones bibliográficas.

¹⁵ La primera década del siglo conoció una relativa proliferación de estudios demográfico-sanitarios, como los recogidos por A. Martínez Vargas, *Tratado de Pediatría*, Barcelona, 1915, pp. 8-13.

distribución socio-geográfica estuvo, sin embargo, ausente en los análisis médicos y políticos al menos hasta el momento de la República.

2.2. La protección de la infancia

La respuesta legislativa española al problema mencionado vendrá recogida fundamentalmente en la Ley de Protección a la Infancia —ley Sánchez Guerra, por el ministro que la presentó o ley Tolosa Latour, por el higienista y senador que la impulsó— promulgada el 12 de agosto de 1904.

A semejanza de la francesa ley Roussel de 1874, que regulaba expresamente y con minucia el empleo de nodrizas, imponiendo severos controles a las mismas, pero iba más allá. Su objeto era (Art. 1.º) la protección de la salud física y moral de todos los niños menores de 10 años, para lo cual se estipulaba «la vigilancia (de los que) están en Casa-cuna, Escuela, Taller, Asilo, etc., y cuanto directa o indirectamente pueda referirse a la vida de los niños durante ese período». Para conseguir los objetivos propuestos se creaba un Consejo Superior de Protección a la Infancia (CSPI) en cuya composición se intregaban representantes de distintas asociaciones académicas, higiénico-sociales, económicas y de clase, adscrito al Ministerio de la Gobernación, que contaría con organismos (juntas) provinciales y locales, encargados de realizar las tareas de control de nodrizas, establecimientos, mendigos y de procurar el exacto cumplimiento de toda la legislación referente a la infancia. Se les asignaba, igualmente, el encargo de proveer al gobierno regularmente con datos estadísticos. El personal inspector subordinado a las Juntas de Protección a la Infancia estaba compuesto por los médicos titulares u otros médicos costeados por los ayuntamientos. En 1912 estaban ya organizadas 49 Juntas provinciales, a las que correspondían aproximadamente unas 6 000 Juntas locales, destacando, a juicio de un observador interesado, las de Barcelona, Córdoba, Santander, Zaragoza, Bilbao y Madrid¹⁶.

¹⁶ P. Sangro y Ros de Olano, «Gegenwärtige Organisation des Mutters und Kinderschutzes», *Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Sttaaten*, A. Keller y Ch. J. Klumber, comps., Berlín, 1. B, pp. 829-838.

La mayor parte de la atención y actividad de las Juntas y del Consejo protector se enfocó hacia la vigilancia y control de las actitudes antisociales, con la gestión de los Reformatorios y el amparo a los Tribunales Tutelares de Menores, auténtica jurisdicción especial penal de los menores de edad, a partir de 1918.

En paralelo a esta preocupación penal, el movimiento de protección a la infancia se fue dotando de un marcado componente médico que dio lugar a una especialización: la Puericultura, entendida como «vertiente sociológica de la práctica pediátrica»; en su desarrollo, el Consejo y las Juntas de Protección tuvieron, sin embargo, un papel secundario. En efecto, según la ley, competía al Estado únicamente la «inspección y vigilancia» de las instituciones pro-infancia. Mas la estructura de supervisión creada estaba totalmente desacreditada para el momento de iniciarse la Dictadura de Primo de Rivera¹⁷ y su compromiso con la asistencia higiénico-infantil fue siempre débil, salvo en puntos concretos (Madrid, Barcelona, Valencia, Gijón, Oviedo y Reus)¹⁸.

2.3. La protección médica a la infancia

En todas las naciones, el movimiento de protección a la infancia se fue dotando de un marcado componente médico en la articulación de medidas precisas de prevención de la mortalidad, tales como Consultorios y Gotas de Leche, Servicios de Medicina Escolar, de Orientación profesional, auxilio a la maternidad, etc., que mantuvieron características muy similares en las distintas naciones, a partir de la intercomunicación de ideas y experiencias cuya plasmación más obvia fueron los Congresos Internacionales de Protección a la Infancia (Gota de Leche) —comenzados en París en 1905 y cuya séptima reunión tuvo lugar en Madrid en 1926— o los americanos «Congresos del niño» —el primero, en Buenos Aires en 1916—, antecedentes inmediatos del I Congreso General del niño (Ginebra, 1925) celebrado bajo los auspicios de la Sociedad de Naciones,

¹⁷ R. García-Duarte Salcedo, «Aires de renovación. Las Juntas de protección a la infancia», *La Voz* (Madrid), 15 de nov. de 1923.

¹⁸ J. Bosch Marín, *El niño español en el siglo xx*, Madrid, 1947, p. 62.

donde se promulgó la primera Tabla de Derechos del Niño que posteriormente haría suya la Constitución española de 1931.

El mandato de la Instrucción General de Sanidad de 1904 encomendando a los ayuntamientos la lucha contra la mortalidad infantil no tuvo trascendencia práctica más que en determinados puntos (Barcelona, San Sebastián...) donde incluso antes de la promulgación de dicho texto existían centros municipales de ayuda a la alimentación de los lactantes. En Madrid no se llegó a organizar hasta 1913 una Institución Municipal de Puericultura, aunque con criterios más ambiciosos.

Una primera etapa, pues, en la lucha contra la mortalidad infantil vino condicionada por la creación de centros tipo Gota de Leche y/o Consultorios de lactantes, en su inmensa mayoría producto de la unión del esfuerzo propagandístico de determinados médicos y la filantropía de círculos más o menos escogidos de la localidad. En algunos casos, con participación asimismo de la Junta Provincial de Protección respectiva.

En España existieron Gotas de Leche a partir de 1902 —en Barcelona, organizada por Felipe Cardenal, Ignacio Girona y Soler Fanarnés— y consultorios desde 1904, casi todos incluyendo un servicio de esterilización y reparto de leche, a semejanza del primero organizado en Madrid por Rafael Ulecia y Cardona (1850-1912).

Sin embargo, existe al menos un precedente digno de atención: el *Consultorio o Dispensario de Puericultura* organizado por el médico de origen cubano Francisco Vidal Solares (1854-1922) en el Hospital de niños pobres de Barcelona desde 1890. Para Ulecia¹⁹ era iniciativa anterior a las francesas, tanto de consulta como de Gotas de Leche. En 1894, a tenor de testimonios periodísticos, se atendía en él «a las criaturas enfermas y mujeres que lactan» y se suministraban, gratuitamente, a más de asistencia médica, «bonos de sopa, caldo, leche y harinas y [...] piezas de ropa».

Entre 1902 y 1912 se abrieron en toda España alrededor de 34 Consultorios o Gotas de Leche, todos, salvo 6, en capitales de provincia, incluso varios en la misma ciudad (casos de Madrid,

¹⁹ R. Ulecia, «Consultation für Brustkinder und Gouttes de Lait», ob. cit., en nota 16, pp. 838-841.

Barcelona, Bilbao —con tres centros— o Valencia, Zaragoza y Sevilla —con dos—). En 1916 se organizó la Gota de Leche en Granada y el Instituto Nipiológico de Barbastro; en 1918, un Instituto de Puericultura en Reus y hacia 1924 las había «en casi todas las capitales y algunos pueblos». Por utilizar un módulo de referencia, sólo en 1905 existían en Francia alrededor de 60 mientras en Alemania pasaron de 73, en 1907, a 782, en 1915.

Un buen ejemplo de cooperación ciudadana para la puesta en marcha de un servicio de lactantes lo encontramos en Mahón. En dicha localidad, a raíz de una serie de conferencias sobre puericultura pronunciadas por el Dr. Enrique Alabern en 1905, se organizó un amplio movimiento ciudadano en el que participaron numerosas sociedades científicas, benéficas, obreras, políticas y recreativas. Un Manifiesto redactado el 22 de julio de ese año hacía un vibrante reclamo en pro de la infancia y, con el objeto de «arrebatarla de las garras de la muerte», solicitaba la contribución de sus conciudadanos por una cantidad no inferior a 5 cts. semanales. La mayoría de la cédulas de suscripción se nos señala que fueron cumplimentadas «por la clase popular».

Otra fórmula fue la empleada por el Primer Consultorio de Niños de Pecho de Madrid (y Gota de Leche), inaugurado en 1904. Este centro, cuya presidenta honorífica era S. M. la Reina M.^a Cristina, fue patrocinado inicialmente por los marqueses de Casa-Torre, sensibles a la persuasión desplegada por Rafael Ulecia Cardona desde su puesto de vocal de la Junta Municipal de Sanidad de Madrid. Antes de instalar su consultorio, Ulecia recorrió las principales instalaciones franco-belgas del ramo, experiencia que fue comunicando por carta a la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* y editada como libro²⁰. Su mantenimiento, bajo administración de una Junta de Señoras compuesta por damas de la alta sociedad, se conseguía mediante cuotas de las mismas y otros suscriptores voluntarios, subvención estatal y municipal (suprimida esta última desde 1916), donativos y recaudación por venta de leche y consultas de pago. En efecto, la leche se cobraba toda, aunque «los pobres de solemnidad» pagaban únicamente 10 cts. por ración diaria. Existían

²⁰ R. Ulecia, *Los consultorios de niños de pecho («Gotas de Leche»)*. Notas de un viaje, Madrid, Imp. Lib. N. Moya, 1902, 126 pp.

igualmente «consultas para distinguidos», en días distintos de la consulta gratuita, a un precio de 5 ptas. por servicio.

Pese a su inicial planteamiento caritativo, la actividad de este Primer Consultorio de Madrid fue decantándose hacia la asistencia de pago, en particular tras el fallecimiento de su primer director. Así nos lo indican las cifras de sus balances de actividad (véase tabla 1).

TABLA 1: Balance de la asistencia prestada por el Primer Consultorio de Madrid (y Gota de Leche). 1905-1923.

	1905-1911	1912-1923
Total de niños atendidos:	5 060	7 678
Media anual:	723	639
— pobres (consulta de los lunes)	63%	48%
— acomodados (consulta de los jueves)	37%	52%

Fuentes: R. Ulecia Cardona, *Memoria anual del Primer Consultorio de niños de pecho de Madrid*, Madrid, 1912; J. Sarabia Pardo, *Memoria anual del Primer Consultorio...* Madrid, 1913; A. Benavente; C. Sainz de los Torrerros, *Memoria anual del Primer Consultorio...* Madrid, 1924.

No debieron ser ajenos a este desarrollo dos hechos de muy distinta consideración. El primero, que este consultorio actuó de proveedor de la Real Casa al menos en dos ocasiones (1904 y 1911) suministrando leche esterilizada mientras se solventaban sendos problemas de nodrizas. El segundo, la organización, desde 1913, de la *Institución Municipal de Puericultura*, abarcando en principio funciones similares: consulta de lactantes, Gota de Leche para sanos y enfermos y consultorios para niños enfermos, de forma totalmente gratuita.

El estudio de este organismo nos permitirá apreciar la complejidad y omnicomprensividad que iba adquiriendo el acercamiento médico al problema de la mortalidad infantil, aunque, a diferencia

de otros sistemas municipales europeos cuyo modelo seguía (como el caso de Edimburgo) iba dirigido exclusivamente al ámbito benéfico —era necesaria la previa demostración de pobreza en los usuarios— y no se extendía al conjunto de la población.

La Institución municipal de puericultura de Madrid²¹ se organizó en torno a dos servicios preexistentes: la *Consulta de niños enfermos y pobres* adjunta a la Casa de Socorro municipal del distrito de Palacio desde el 15 de julio de 1893 (fundada y sostenida por un legado testamentario de la marquesa de Revilla de la Cañada) y la *Gota de Leche para enfermos* creada en 1905, aunque, por dificultades económicas, no había comenzado a funcionar hasta dos años después, luego de completado su dotación con ayudas particulares. A ello añadiría los servicios para niños sanos, menores de dos años, incluyendo uno de «lactancia vigilada» para aquellos cuya alimentación no era suministrada por el centro.

A partir de 1918 se crearon en su seno *Escuelas de Maternología* desarrolladas en lecciones semanales ante un auditorio compuesto por madres, maestras, alumnas de escuelas superiores y otras señoritas y desde 1921 se extendieron las clases, en forma de cursos de Puericultura Escolar, a las alumnas de los últimos grados de las escuelas municipales. Desde 1930 se incorporaron a sus servicios los comedores para madres que el Ayuntamiento venía subvencionando irregularmente desde 1921.

El 14 de febrero de 1913 aprobó el consistorio las bases de la nueva Institución, asignándole un presupuesto de 50 000 ptas. para su puesta en marcha.

En la nueva Gota de Leche se dirigía, vigilaba y protegía científicamente la crianza del niño hasta alcanzar sus dos primeros años de vida, mediante:

- Consulta de embarazadas, para prepararlas a criar.
- Propaganda por todos los medios de la lactancia natural.
- Lactancia mixta cuando la materna era insuficiente.

²¹ L. Heredero y Gómez, *Acción protectora del Excmo. Ayto. de Madrid para disminuir la mortalidad de la infancia de la primera edad*, Madrid, Imp. Municipal, 1921, 29 pp.; D. Gómez Herrero, *Historia, organización y modo de funcionar la Institución Municipal de Puericultura*, Madrid Imp. Municipal, 1926, 152 pp.

- Lactancia artificial si no había otro remedio.
- En todos los casos, examen semanal de todos los niños (punto central: la vigilancia del peso), reglamentando su alimentación (horario y número de tomas, cantidad de leche) mediante consejos higiénicos.
- Distribución de leche diaria y gratuita, así como harinas en época del destete.

Todos los servicios de la Institución Municipal de Puericultura de Madrid eran gratuitos, previa demostración de pobreza e inspección médica. Los que asistían a lactancia vigilada bastaba que tuvieran consentimiento de los facultativos.

Al tiempo de su inauguración, el servicio contaba con dos dependencias, la central (distrito de Palacio) y una sucursal en la zona Sur (distrito Hospital). Para 1922 había abierto cuatro nuevas dependencias repartidas por Madrid y en 1925 otra más. Todos los consultorios poseían una disposición similar compuesta por: sala de espera, cuarto de pesar, despacho médico y local para entrega de biberones, siendo atendidos por dos puericultores, un practicante y un ordenanza cada uno de ellos. En total trabajaban, en 1925, 14 médicos —procedentes del cuerpo de la beneficencia municipal— que cobraban entre 4 y 8 mil pesetas anuales según antigüedad, 7 practicantes, remunerados con 4 000 pesetas cada uno, y diverso personal administrativo, técnico y obrero.

De los 1 483 niños atendidos por la Gota de Leche para enfermos en 1913, se pasó a 8 017 en 1925, casi un 40% de los cuales eran alimentados por la Institución, realizándose en total cerca de 80 000 consultas anuales. Si se suman los asistidos en la Consulta General para enfermos, desde 1918 superaron la cifra de 9 000, y desde 1923 de 10 000 niños atendidos al año.

El incremento cualitativo de la campaña médica contra la mortalidad infantil lo constituyó la intervención del Estado. En primer lugar, a través de la creación de la Escuela Nacional de Puericultura, que vino a responder a las críticas de falta de preparación en el personal de los servicios de atención a la infancia. Este centro superior, primera escuela de especialización médica organizada en España, fue creado por R. D. el 23 de mayo de 1923, como dependencia del CSPI, y dotado por ley de noviembre de 1925 como adscrito a la Dirección General de Sanidad del Ministro de la

Gobernación. Su primer curso²² dio comienzo en octubre de 1926 con 95 asistentes, entre médicos —31—, odontólogos —19—, enfermeras —18—, matronas —13—, y maestras —14—. Hasta 1936 tituló a 244 médicos, 94 odontólogos, 170 enfermeras, 47 matronas y 109 maestras.

La actividad docente cobró su pleno sentido al organizarse los Servicios Provinciales de Higiene Infantil y al desarrollarse la Obra maternal e infantil dentro del Seguro obligatorio de Maternidad, todo ello responsabilidad de la República.

La instalación de los Servicios Provinciales de Higiene infantil fue una de las más fructíferas de la Sanidad republicana, dentro de la línea iniciada por el gobierno provisional, con Marcelino Pascua Martínez (nac. 1897) al frente de la Dirección General de Sanidad, de unificar esfuerzos sanitarios (reuniendo bajo la tutela estatal servicios hasta entonces puramente filantrópicos, como la lucha antituberculosa o la anticancerosa) y dignificar la profesión (exigencia de titulaciones especializadas, plazas por oposición etcétera).

Los dos años de gestión de Pascua (abril 1931-abril 1933) el período más dilatado de todos los políticos sanitarios durante la II República española, sirvieron para implantar las bases de estos Servicios, perpetuadas gracias a la continuidad de Juan Bravo Trías (1893-1938) al frente de la Sección de Higiene infantil de la Dirección General de Sanidad.

En síntesis, se trataba de ofrecer a toda la población infantil la posibilidad de acceder gratuitamente a la asistencia preventiva organizada técnicamente por médicos puericultores. Se comenzó, paulatinamente desde 1932, con la dotación de los centros correspondientes en capitales de provincia, dentro de los Institutos provinciales de Higiene, y posteriormente, de forma irregular, se fueron extendiendo a los Centros secundarios de Higiene rural (comarcas).

Utilizando la provincia de Granada como ejemplo podemos comprobar el alcance que tuvieron dichos Servicios²³, aunque

²² *Cincuenta aniversario de la actividad docente y asistencial de la Escuela Nacional de Puericultura (1926-1976)*, Madrid, Ed. Garsi, 1978.

²³ Sobre este autor, cf. E. Rodríguez Ocaña, O. García-Duarte Ros, «Rafael García-Duarte Salcedo (1894-1936). Supuestos científicosociales de un médico puericultor en la II República española», *Dymanis*, 4, (1984), pp. 237-249.

hemos de advertir la circunstancia excepcional de la presencia y actividad del médico Rafael García-Duarte (+1936), quien confirió un dinamismo extraordinario a los mismos.

Fue el 3 de marzo de 1933 cuando se recomendó al Prof. García-Duarte Salcedo la organización de los Servicios. El 1.º de junio se abrían al público oficialmente cuatro secciones: embarazadas, lactantes, escolares y especialidades. En diciembre se realizaron las primeras oposiciones para médicos puericultores del Estado, obteniendo el catedrático granadino el n.º 1, efectivo desde 1.º de enero de 1934; junto con el director-puericultor trabajaban dos enfermeras y un secretario, que, en el concreto caso granadino, había que ampliar con otros 11 médicos auxiliares —todos voluntarios— y 13 señoritas-enfermeras en régimen de estudios o práctica, sin sueldo, más una matrona y otra enfermera puericultora retribuidas por la Junta de Protección de Menores. Otra característica peculiar de Granada radicó en la unión real de todos los servicios —universitarios, benéficos (Junta de Protección de Menores) y sanitarios— de atención infantil conseguida al ser García-Duarte jefe de todos ellos. Su ambición fue siempre la de coordinar recursos asistenciales desde un «Instituto provincial de Higiene y Puericultura», capaz de unificar esfuerzos, criterios y medios económicos, mas su exclusivo interés por el mundo de la infancia entraba en colisión con los planteamientos de la Dirección General de Sanidad, preconizando la segregación de la Higiene infantil de los Institutos provinciales de Sanidad —opinión que, nunca aceptada por ningún gobierno republicano, era bastante corriente entre los puericultores²⁴.

Así pues, el Instituto provincial de Puericultura de Granada —como fue denominado por su director antes de la orden circular de 29 de marzo de 1935, por la que se procedió a unificar las distintas denominaciones (centros, dispensarios, institutos, etc.) como Servicios Provinciales de Higiene infantil— ofrecía gratuitamente tres horas de consulta para embarazadas, seis de consulta de lactantes, seis de profilaxis infantil, dos de otorrinolaringología, tres de oftalmología, dos de odontología y tres de dermatología y vené-

²⁴ J. Rodríguez Pedreira, (1935) Puericultura-Pediatría. *Med. Ibero*, 29/1, n.º 897 XXXIX; J. L. Morales, (1935), Primera asamblea de Jefes de los Servicios provinciales de Higiene infantil. *Pediatría y Puericultura*, 3, pp. 349-355.

reas a la semana, amén de 18 horas semanales de laboratorio. Se establecieron igualmente una escuela de enfermeras, ciclos de conferencias sobre Higiene infantil y cursillos de Puericultura para médicos, estudiantes de medicina, matronas y maestros, todo ello siguiendo la ambiciosa programación de García-Duarte. No en vano coincidiendo, al inicio de 1934, con su toma de posesión por oposición, había publicado el pediatra granadino una detenida reflexión sobre los Servicios provinciales de Higiene infantil (*Pediatría y Puericultura*, 2, 1-14 donde, entre otras cosas, sugería, para superar el horizonte burocrático de mera «consulta gratuita», una serie de criterios destinados a convertirlos en «auténticos centros médico-sociales»: tales serían la atención a los aspectos sanitarios (diagnóstico, tratamiento y profilaxis), a los aspectos científicos y pedagógicos (investigación, misiones puericultoras,...) y a los aspectos benéfico-sociales (buscando la conexión con los organismos filantrópicos y caritativos). El mismo artículo destacaba la trascendencia de la novedad organizativa que suponían los centros de Higiene infantil, al incorporar de manera decidida los servicios de enfermeras-visitadoras.

La implantación de esta modalidad de trabajadores sanitarios tuvo lugar a partir de 1927, con la inauguración de la Escuela Nacional de Puericultura, que mantuvo la capacidad de conceder dicha titulación, aunque los estudios pudieron cursarse en centros periféricos (p. e. Granada) examinándose finalmente en la Escuela Nacional. A partir de la creación de los Servicios provinciales de Higiene infantil, la administración se comprometió a convocar anualmente oposiciones dentro de dicha categoría profesional, para plazas dotadas con un sueldo de 3 000 ptas. En 1933, la Institución Municipal de Puericultura de Madrid contaba con sólo dos visitadoras tituladas, mientras que, en junio de 1934, se convocaban ya 35 plazas para distintos centros provinciales, entre ellos Granada.

Los indicadores cuantitativos de la actividad de los Servicios de Higiene infantil de Granada muestran un paulatino crecimiento, espectacular en el terreno de la consulta para niños de edad escolar —fenómeno unido a la asunción por parte de estos Servicios de las tareas de la inexistente Inspección médico-escolar. Las consultas de especialidades, salvo la tocológica, dejaron de prestarse, por razones que desconocemos, desde 1936. (Véase la tabla 2).

TABLA 2: *Actividad de los Servicios Provinciales de Higiene Infantil. Granada, 1933-36.*

	1933 (a)	1934	1936 (b)
Consulta embarazadas	297	996	400
Id. lactantes enfermos	1 287	2 728	1 548
Lactancia vigilada (sanos)	2 025	4 047	2 401
Consulta escolares (c)	1 528	4 288	4 728
Consulta Especialidades	524	1 595	190
Visitas domiciliarias	—	—	273
Vacunaciones	—	1 220	711

a. 1.º junio-31 diciembre.

b. 1.º diciembre 1935-31 mayo 1936.

c. No se incluyen cifras de la inspección a escuelas municipales.

Fuentes: Duarte, *Servicio de Higiene infantil de Granada. Memoria-resumen de 1933 y 1934*, Granada, 1935, 32 pp.; *Pediatría y Puericultura* (enero a junio 1936).

La extensión a las comarcas rurales se realizó durante 1934: en febrero comenzó a actuar la sección de Puericultura del Centro secundario de Higiene de Guadix, en julio las de Huéscar, Ugíjar y Loja, abriéndose durante el año siguiente las correspondientes a Motril, Baza y Montefrío.

Sin embargo, su dotación fue precaria, en cuanto a medios y personal, sucediéndose interinamente en el cargo de puericultor jefe de sección distintos médicos, a un ritmo aproximado de uno cada mes y medio (caso de Guadix). En definitiva, vivían las consecuencias de la penuria en que se desenvolvían los propios Centros de Higiene rural, creados a partir de las recomendaciones de la primera Conferencia Internacional sobre Higiene rural (1932) como «el primer intento de llevar los principios científicos de la Sanidad al medio rural español», penuria paralela a la falta de atención gubernamental a los mismos. Como muestra de la consideración que la Higiene infantil tenía en los planteamientos públicos piénsese que el presupuesto de 1935 concedía 700 000 ptas. a dicho capítulo, por más de 2 millones de dotación para la lucha antivenérea y cerca de 8 millones a la lucha antituberculosa, siendo la media quinquenal de defunciones para dichas enfermedades de 189,5 por mil, frente a 329,9 por mil fallecimientos entre los menores de cinco

años —en el quinquenio 1926-30—, según el análisis de pediatras interesados²⁵.

Una de las últimas disposiciones legislativas emanadas del Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad antes del triunfo electoral del Frente Popular (*Gaceta*, 13 de febrero de 1936) iba precisamente dirigida a la reorganización de dichos centros comarcales, exigiendo dedicación exclusiva a sus directores y ordenando la utilización de las consignaciones presupuestadas de forma que quedasen dotados el mayor número de centros posibles.

La dedicación exclusiva a la medicina pública venía siendo exigida, desde 1931, por el Consejo General de médicos, en defensa del mercado de la libre oferta sanitaria. Los Centros de Higiene eran vistos como enemigos de la medicina (privada) asistencial en tanto que potencial medio de disminución de ingresos, porque efectivamente previniesen las enfermedades o porque los enfermos cambiasen de médico, prefiriendo los especialistas oficiales²⁶.

La *Obra maternal e infantil* del Seguro obligatorio de Maternidad, prevista en su constitución, debía atender principalmente a dotar infraestructura de carácter preventivo: dispensarios, centros de puericultura, comedores de madres, guarderías, así como a la instalación de clínicas o salas de partos (art. 32 del Reglamento del Seguro), centros que habría de fundar con preferencia donde coexistiera un elevado número de beneficiarias con la ausencia de dotación por iniciativa privada.

Su implantación se realizó, hasta la guerra, utilizando de modo preferente la vía del concierto con centros públicos preexistentes. En 1936 abarcaba un total de 110 consultorios maternos y 73 infantiles, una pequeña parte de los cuales era propiedad del INP²⁷. La situación financiera de la institución había evolucionado favorablemente, de modo que existía un nutrido Fondo para dicha Obra maternal infantil. Los problemas nacieron exclusivamente de la oposición corporativa de los médicos a pactar las condiciones del servicio en clínicas, de modo que el convenio correspondiente a

²⁵ J. Rodríguez Pedreira, «El presupuesto de Higiene infantil», *Ped. Puer.*, 3, 1935, pp. 384-388.

²⁶ Rodríguez Pedreira, ob. cit., en nota 24.

²⁷ *La unificación de los Seguros Sociales*, 3.ª ed., Madrid, Publ. del I.N.P., 1936, 191 pp., cita de p. 62.

1933 y no firmado hasta mayo de 1935, no llegó a establecer una norma concluyente al respecto²⁸.

3. LA ASISTENCIA MEDICA COLECTIVA

3.1. *Beneficencia*

La ley orgánica de Sanidad de 1855, en vigor hasta los años cuarenta de nuestro siglo, establecía en sus artículos 64 y 65 la obligación de los municipios de prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres del lugar, creando puestos de médico titular para cubrirla y atender, simultáneamente, los asuntos de higiene pública. Dicha obligación fue mantenida en la Instrucción general de Sanidad pública, decretada en 12 de enero de 1904 y precisada con el Estatuto municipal y Reglamento de Sanidad municipal (9 de febrero de 1925) donde, por ejemplo, se incluyó la obligación de crear un servicio de matronas para la asistencia gratuita a embarazadas pobres, así como el contrato de un practicante titulado. Igualmente se asignaba un cupo máximo de 300 familias pobres por titular.

Las obligaciones mínimas en materia sanitaria de los ayuntamientos se recogieron en el artículo 109 de la mencionada Instrucción de 1904, componiendo un exhaustivo compendio de intervención en la regulación del medio ambiente urbano y de control de riesgos. Así, se disponía, entre otras medidas de saneamiento genéricas, la vigilancia higiénica de escuelas públicas o privadas y el reconocimiento periódico de los escolares, la inspección y examen de alimentos y bebidas, la vacunación contra la viruela a todos los nacidos en su término municipal, dentro de los seis meses de vida, la inspección y mejora higiénicas de las viviendas o la especial higiene de la infancia y de las embarazadas pobres.

A los ayuntamientos de más de 15 000 habitantes se les exigió la dotación de «servicios de desinfección, locales y equipos precisos» para prevenir y tratar las enfermedades transmisibles, especial-

²⁸ *Ibid.*

mente la fiebre tifoidea, difteria y tuberculosis, entre otras enfermedades infecciosas. En ciudades de más de 30 000 habitantes habrían de existir, además, laboratorio higiénico municipal, dispensarios antituberculosos, antivenéreos y centros de maternología y puericultura «en proporción suficiente», así como casas de socorro, casas de baños económicas o gratuitas y consultorios gratuitos. Todo este conjunto de servicios, junto con el de hospitalidad o asistencia médica domiciliaria, era organizado por la Beneficencia municipal.

La distancia entre los propósitos del legislador y la realidad hispana fue notoria, tanto por las continuas estrecheces económicas en que vivieron los ayuntamientos como por la falta de comprensión social, en los segmentos dirigentes de la comunidad, de la necesidad de atender dicho capítulo. La beneficencia como «virtud social» anduvo sistemáticamente empapada de caridad, hasta el punto que los sectores cristianos activos filantrópicamente reclamaron la «desmunicipalización de la beneficencia», amparados en que tales servicios sólo podían y debían ser realizados por «los que sientan verdadera afección hacia los mismos»²⁹.

La atención médica benéfica alcanzó extensión en los grandes núcleos urbanos, pero siempre fue exigua en los pueblos³⁰. Los médicos titulares mantuvieron un continuo batallar por asegurar sus remuneraciones, propugnando su «nacionalización» —dejar de depender del municipio—³¹, mientras, por otra parte, intentaron siempre restringir las condiciones de ingreso en la beneficencia para preservar un mercado libre donde poder desarrollar su actividad. En este sentido una queja constante era la no verificación anual del censo de pobres, así como la denuncia de la práctica electoral de conceder votos a cambio de la inclusión como beneficiarios gratuitos en cuestiones de médico y botica³². En el medio rural nació y se

²⁹ F. Puig y Alfonso, *Beneficencia*, Barcelona, s.i. 1927, p. 154 (reproduciendo un artículo periodístico de 1913).

³⁰ Sierra Val, ob. cit., en nota 6, p. 94.

³¹ Cf. A. Albarracín, «La asistencia médica rural en la España del siglo XIX», *Asclepio*, 21, (1969), pp. 35-42; F. Villacorta Baños, «La opinión médico-rural en 1924: resultados de una encuesta», *Estudios de Historia Social*, n.º 24-25, (1983) pp. 165-185.

³² J. de Obulco, «La Medicina en Linares», *Med. Ibero*, 3 (nov. de 1919) p. LXI, comenta que en dicha población, de unos 50 000 habitantes, la mitad estaban incluidos en Beneficencia, existiendo diez médicos de dicho cuerpo, que ganaban 2 500 ptas de sueldo y otros cuatro en la Casa de Socorro, a 1 500.

afianzó un sistema peculiar de seguro médico, el denominado iguala, que más tarde comentaremos.

En 1927, según un cómputo oficial, eran acreedores a asistencia municipal 595 132 familias, atendidas por 7 555 médicos, contratados con un gasto de 10 352 310 ptas, y 3 458 farmacéuticos, por 5 847 298 ptas anuales. En las capitales de provincia residían 92 818 de tales familias, consumidoras de más de 15 millones de pesetas del gasto total sanitario³³.

Junto a esta organización oficial coexistió la privada, procedente de agrupaciones religiosas, filantrópicas, sindicales o políticas. La ciudad de Barcelona, en 1908 ayudaba oficialmente a no menos de 33 instituciones benéficas religiosas, 20 filantrópicas «neutras» según opinión de nuestra fuente de información, y 7 sindicalistas, socialistas y republicanas³⁴.

La Beneficencia provincial, dependiente de las Diputaciones, regía la hospitalización por enfermedades comunes, cuidaba a los impotentes para el trabajo y a los menores privados de familia. En general, se afirmaba de sus instituciones asistenciales que eran anticuadas y carentes de condiciones técnicas, al par que se enfatizaba la dificultad que encontraban los enfermos pobres de los pueblos en acceder al ingreso en las mismas.

Todavía existía un nivel superior, Beneficencia general, cuyo objeto era el cuidado de las necesidades de carácter permanente, lo cual, en 1926 significaba el mantenimiento de distintos grandes hospitales en Madrid o sus cercanías, entre ellos el de la Princesa, un colegio para niños ciegos y otro para huérfanos de militares, entre otras instituciones³⁵. De tal organización decíase que sólo era accesible a «los habitantes de la corte, con leves excepciones»³⁶.

Desde el punto de vista médico-social, la Beneficencia estaba considerada como permanentemente ineficaz, puesto que atendía los efectos de la miseria y la indigencia social³⁷, sin atacar las causas. Y si su propia historia representaba una evolución desde la aportación individual y espontánea a la gran organización colectiva,

³³ *La Cuestión...*, ob. cit., en nota 9, p. 22.

³⁴ Puig, ob. cit., en nota 29, pp. 24-26 (de un artículo original de 1908).

³⁵ *Ibid.* p. 351 (de un artículo original de 1926).

³⁶ Sierra, ob. cit., en nota 6, p. 93.

³⁷ M. Martín Salazar, ob. cit., en nota 5, p. 10.

pareja con el cambio sufrido por la concepción del Estado, el siglo XX, en particular a partir de la Gran Guerra europea de 1914-18, aportaría una transformación similar en el terreno sanitario, que convertía la asistencia en tarea social. La evolución paralela de Beneficencia y Sanidad abocaba en los Seguros sociales. El círculo vicioso miseria-enfermedad sólo podía ser roto por el Seguro.

Una formulación autorizada, la del ex Director General de Sanidad en gobiernos liberales y respetado higienista Manuel Martín Salazar (1854-1936), suponía, en 1921, próximo el fin de la Beneficencia clásica:

[...] el día, que está ya próximo, en que se instituyan los seguros sociales, especialmente el de enfermedad y el maternal, y en que sea preciso organizar la asistencia médica de los individuos asegurados y sus familias. Ese día cambiará el régimen actual de la asistencia benéfica municipal, los médicos titulares se convertirán en los médicos del seguro, y una nueva organización de la asistencia pública vendrá a sustituir a la presente ruina y abandono en que se encuentra esta materia³⁸.

No lo tenían tan claro, sin embargo, los representantes corporativos de la Asociación de Médicos Titulares, quienes, en distintos momentos —1922, con motivo de la Conferencia Nacional de Seguros en Barcelona o 1935, en el Primer Congreso Español Pro-médico de Zaragoza—³⁹ se opusieron a la desaparición de tales plazas, bien con el argumento de la inseguridad personal, bien en nombre de los futuros médicos a los que se les cerraría la vía habitual de iniciarse en el ejercicio profesional.

3.2. Los Seguros médicos libres

La previsión social se ha concretado, históricamente, en tres tipos diferentes de sistemas: los seguros libres, en libertad subsidiada y

³⁸ M. Martín Salazar, *El ministerio de Sanidad y del Trabajo*. Madrid, imp. suc. E. Teodoro, 1921, 29 pp., cita de pp. 11-12.

³⁹ A. Almarza «Notas breves», *Med. Ibero*, 25/2, (1931) p. CLXXXII; A. Diz Jurado, «Seguro social de enfermedad. Pro y contra del Seguro para los médicos», *Med. Ibero*, 29/2, (1931), p. 498.

obligatorios. Los primeros, con antecedentes remotos en la organización gremial, representaron en la época del industrialismo una concreción del principio de asociación obrera, apareciendo como sociedades de socorros mutuos, sociedades filantrópicas, montepíos o mutualidades de obreros, empleados, comerciantes modestos y artesanos, a veces impulsadas por los empresarios y, en menor proporción, producto de actividad puramente financiera o comercial.

Los seguros de libertad subsidiada eran libres para obreros y patronos, pero obligaban al Estado. Tal fue el caso del INP desde su fundación. La crítica principal que se le dirigía⁴⁰, desde el punto de vista social, era que establecía un principio de desigualdad entre las masas trabajadoras, acentuado por el presupuesto del Estado.

Del mutualismo español se tiene una noción de debilidad, desarrollo desigual y alcance limitado⁴¹, que si bien puede corresponderse con la situación durante la segunda mitad del siglo XIX puede no reflejar con exactitud toda la realidad de los años anteriores a la guerra civil de 1936-39. Claro que no en vano las estadísticas oficiales relativas a las Sociedades de Socorros mutuos faltan «casi en absoluto», como reconocía el INP en su respuesta al cuestionario enviado por la Oficina Internacional del Trabajo, en 1926, preparatorio de la décima reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Para cumplimentarlo, el Instituto realizó una encuesta directa entre las mismas cubriendo su actividad entre 1915 y 1925, datos que vamos a emplear a continuación⁴².

En primer lugar conviene advertir que tales cifras eran tenidas por sus compiladores como provisionales y «notablemente inferiores» a la realidad debido a la falta de respuestas, por ejemplo, de Guipúzcoa. Igualmente indican que sus datos fueron completados con los archivos de las instituciones oficiales pertinentes.

En conjunto, a lo largo del decenio, el número total de entidades aumentó desde 1 274 hasta 1 770 (tabla 3), de manera continua; en su inmensa mayoría, dichas sociedades radicaban en Cataluña, aun-

⁴⁰ M. Martín Salazar, ob. cit., en nota 5, p. 27.

⁴¹ J. M. López Piñero, «La colectivización de la asistencia médica: una introducción histórica», *Planificación y reforma sanitaria*, dir. por J. de Miguel, Madrid, cis, 1978, pp. 21-47.

⁴² Ob. cit. en nota 9, pp. 77 a 121.

que, de manera igualmente paulatina (tabla 4), el porcentaje de entidades catalanas disminuyó a lo largo de dicho período desde el 73,4% al 65,3% del total nacional. La provincia de Madrid, lo que es decir la propia capital del reino, experimentó un espectacular crecimiento en el número de sociedades a partir de 1922, sin parangón en el resto del Estado, mas sin repercusión paralela en cuanto al número de afiliados.

TABLA 3: *Evolución del número de Sociedades de Seguros en España, 1915-1925*

Territorio	Número de Sociedades por año										
	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
Cataluña	935	969	1 000	1 032	1 050	1 065	1 085	1 102	1 122	1 140	1 156
Valencia	52	55	59	61	65	69	71	76	79	82	83
Vizcaya	49	53	61	64	72	78	79	82	83	84	84
Madrid	5	7	8	8	8	9	11	53	64	75	85
Andalucía	36	42	44	47	50	51	57	62	71	74	79
Resto prov.	249	261	278	287	297	311	321	329	340	349	366
TOTAL	1 326	1 387	1 450	1 499	1 477	1 514	1 553	1 628	1 680	1 772	1 770

Fuente: *La cuestión del Seguro de Enfermedad ante la X Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, mayo, 1927), Antecedentes*, Madrid, Publ. del INP, p. 89.

En efecto, como muestra la tabla 5 la evolución en el número total de socios de dichas entidades no siguió una norma regular, aunque la tendencia es a un lento aumento. La participación catalana varió, dentro de esta magnitud, (tabla 4) desde un 56,3% del total de afiliados estatales a un 69,4% en el año 1918 y descendió luego hasta el 61,9% en 1925. Si repartimos el total de afiliados por el número de sociedades obtendremos el tamaño medio teórico de dichas entidades (tabla 6) con lo que se comprueba una tendencia general al aumento de tamaño, dentro de unas cotas ciertamente modestas de entre 100 y 200 socios por caja. El irregular comportamiento de Madrid indica que sus (pocas) sociedades tradicionales —como la Mutualidad Obrera de la Casa del Pueblo de Madrid— tenían un tamaño respetable, de modo que la proliferación de entidades a

TABLA 4: Proporción correspondiente a Cataluña en el desarrollo del seguro libre en España, 1915-1925.

	Proporción respecto del total estatal	
	Entidades	Afiliados
1915	73,4	56,3
1916	72,7	63
1917	71,9	67
1918	71,8	69,4
1919	71	67
1920	70,3	64,3
1921	69,9	64,8
1922	67,7	65,9
1923	66,8	67,3
1924	66,2	66,5
1925	65,3	61,9

Fuente: Elaboración propia con datos de las tablas 3 y 5.

partir de 1922, si no respondió a una escisión de las mismas, reflejaría un fenómeno muy superficial. Esta Mutualidad Obrera, calificada como «una de las Sociedades más numerosas y serias de Madrid» reunía, en 1919, según otras fuentes, 11 001 afiliados, a razón de 9 reales mensuales cada uno⁴³. Una intervención pública del Presidente del Colegio de Médicos de Madrid citaba en «setenta y tantas» las sociedades madrileñas activas en 1934, que agruparían a 165 000 familias o, aproximadamente, unas 700 000 personas, cotizantes a razón de nueve o diez pesetas por familia y mes⁴⁴.

La encuesta advierte que no se poseían datos suficientes para clasificar los asociados desde el punto de vista de su condición social (trabajadores independientes, empleados, obreros, patronos, etc.), aunque⁴⁵

⁴³ F. Murillo Palacios, ob. cit. en nota 11, p. 47.

⁴⁴ A. Piga, Conferencia, *El Seguro de enfermedad y los médicos españoles*, Madrid, Ateneo de Madrid, 1934, p. 175.

⁴⁵ Ob. cit., en nota 9, p. 96.

TABLA 5: Distribución del número de socios, por territorios y años.

Territorio	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
Cataluña	81 017	125 216	164 894	182 248	186 411	195 155	206 409	222 697	237 403	243 389	246 854
Valencia	15 997	16 524	17 329	17 679	18 108	26 215	26 543	23 557	20 858	22 304	26 648
Vizcaya	5 104	6 172	9 992	8 201	12 292	16 345	15 153	13 513	13 683	14 044	15 623
Madrid	6 188	8 670	8 872	9 662	11 773	14 317	17 083	20 441	22 896	25 075	26 076
Andalucía	4 561	6 603	6 931	6 709	8 345	8 647	9 220	10 161	10 350	11 209	17 157
Resto prov.	31 126	35 768	37 971	38 131	41 391	42 633	43 913	47 775	47 440	50 044	66 641
TOTAL	143 993	198 953	245 989	262 630	278 320	303 640	318 321	338 144	352 630	366 065	398 999

Fuente: La cuestión..., 1927, p. 94.

TABLA 6: Tamaño medio teórico de las Sociedades por territorios, 1915-1925.

	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
España	113	149	176	182	188	200	204	207	209	206	225
Cataluña	86	129	164	176	177	183	190	202	211	213	213
Valencia	307	300	293	289	278	379	373	309	264	272	321
Vizcaya	104	116	163	128	170	209	191	164	164	167	185
Madrid	1 237	1 238	1 109	1 207	1 471	1 590	1 553	385	357	334	306
Andalucía	126	157	157	142	166	169	161	166	145	151	217

Fuente: Elaboración propia con datos de las tablas 3 y 5.

[...] cabe afirmar que, en su inmensa mayoría, estos socios pertenecen a la clase de los obreros y de los modestos empleados [...] de las ramas profesionales del comercio, de la industria fabril, de la minería y de los transportes.

Y anota que son muy escasas las agrupaciones con sede en localidades agrícolas.

Para el control público de estas Sociedades se creó, en 1925, la Comisaría Sanitaria Central, dentro de la Dirección General de Sanidad, con una estructura por Juntas territoriales donde participaban las propias mutualidades y empresas del ramo, los asociados, los médicos y los farmacéuticos.

En lo referente a prestaciones, las más comunes eran el subsidio (en metálico) por enfermedad, asistencia médica y farmacéutica, subsidio de muerte y de invalidez, entre otros riesgos. Atendiendo al tipo de prestación que hubiesen contratado, los asociados se agrupaban según muestra la tabla 7.

TABLA 7: Distribución de asociados según el tipo de prestación contratada.

	1915	1920	1925
Enfermedad*	153 393	293 139	383 169
Muerte	82 743	174 573	237 260
Invalidez	53 513	97 570	124 285
Asist. médica	42 336	73 374	81 786
Asist. farmacéutica	35 890	51 977	59 805
Gastos funerarios	32 993	45 950	77 688
Vejez	13 383	19 853	28 489
Viudedad	11 473	12 371	13 802
Maternidad	4 894	10 609	15 440
Orfandad	1 337	1 373	2 122
Otros riesgos	2 299	6 166	22 684

* Subsidio en metálico.

Fuente: La Cuestión..., p. 101.

En Madrid existía la obligación de contar con servicio de tocoginecología, pediatría, oftalmología y dermosifilografía, incluido en la

prestación asistencial, aunque los servicios complementarios (laboratorio, radiodiagnóstico) estuvieron siempre excluidos⁴⁶. Un rasgo destacado en esta selección de coberturas de riesgo era que los obreros se inclinaban por el seguro de asistencia y el subsidio de enfermedad e invalidez mientras los empleados y dependientes, según el INP, preferían cubrir el riesgo de muerte⁴⁷. Igualmente se advertía un distinto comportamiento territorial, pues mientras en Cataluña se optaba con preferencia por el subsidio en caso de enfermedad, cobrado a partir del tercer día del comienzo de la misma, en Madrid se inclinaban los asociados por garantizarse el derecho a la asistencia, que contaba desde el momento del ingreso en la Caja o Sociedad⁴⁸, hábito también extendido entre los vizcaínos como se muestra en la tabla 8. Estas cifras dan idea de la magnitud económica del fenómeno.

TABLA 8: Cantidades abonadas por las Sociedades de Seguros mutuos en concepto de subsidio de enfermedad, asistencia médica y farmacéutica en 1915, 1920 y 1925.

	Año	Subsidio Enfermedad	Asistencia Médica	Asistencia Farmacéutica
TOTAL	1915	1 668 231	87 706	142 631
	1920	1 828 456	212 354	384 897
	1925	3 159 771	380 001	628 961
Cataluña	1915	1 179 602	4 589	—
	1920	1 059 581	7 354	—
	1925	1 934 939	17 034	—
Vizcaya	1915	113 344	22 663	80 523
	1920	193 179	60 670	178 814
	1925	442 609	92 781	275 774

Fuente: La cuestión..., pp. 106-107.

⁴⁶ J. L. Yagüe y Espinosa, «La lucha contra las plagas en el actual Seguro de enfermedad», *Med. Ibero* 30/1 n.º 956, (1936) p. civ.

⁴⁷ Ob. cit., en nota 9, p. 96.

⁴⁸ *Ibid.*, pp. 106-107.

El ámbito territorial de estas agrupaciones solía ser local, salvo aquellas ligadas a entidades de implantación estatal, como sindicatos. Una excepción, importante y significativa fue la Federación de Sociedades de Socorros Mutuos de la Provincia de Barcelona, creada en 1896 bajo el nombre de Unión y Defensa de los Montepíos de la Provincia de Barcelona, que, en 1924, agrupaba 641 entidades con 166 894 socios⁴⁹.

Las Sociedades de Socorros se financiaban, primordialmente a través de las cotizaciones de sus afiliados, que pasaron de 2 804 589 en 1915 a 9 280 383 ptas en 1925⁵⁰, más las contribuciones de socios protectores o patronos, en su caso, que sólo alcanzaron la cifra de 574 954 ptas en 1925, y unas escasísimas ayudas, más bien simbólicas, del Estado, en cuyos presupuestos se consignaban entre 35 y 75 000 ptas a repartir anualmente entre todas las entidades mutuales previo concurso (ejemplo: la R. O. de 9 de abril de 1928, en la *Gaceta* del 11). Tenían derecho también a recibir ayudas municipales y provinciales, según la legislación vigente en la segunda mitad de los años veinte.

Ya hemos advertido que las Sociedades mutuales fueron fenómenos urbanos, industriales. En el medio rural existía una «anticipación rudimentaria del Seguro de Enfermedad» —en calificativo aplicado desde el propio INP—, la iguala. Utilizaré para su comentario el reciente trabajo de Francisco Villacorta⁵¹.

La iguala era un contrato de prestación de servicios médicos que ligaba al médico titular con las familias no comprendidas en el rango de beneficencia, luego al médico rural no le quedaba la posibilidad de acudir a una clientela libre. En consecuencia la única oportunidad de aumentar sus ganancias consistía en elevar los tipos igualatorios o modificar las condiciones generalmente consuetudinarias, del contrato, sistemas ambos que van a proliferar en los duros años de carestía posteriores a 1913. Estos nuevos contratos, según el análisis de Villacorta, presentaban dos particularidades: pretensión de asumir las condiciones sociales concretas del lugar de trabajo, estipulando, por ejemplo, tasas igualatorias diferenciadas según estratos

⁴⁹ *Ibid.*, p. 99.

⁵⁰ *Ibid.*, pp. 102-103.

⁵¹ F. Villacorta Baños, ob. cit., en nota 31.

sociales, y tendencia a plasmar un auténtico contrato de trabajo, estipulando los servicios médicos incluidos y los excluidos, tarifas de estos últimos, horario, etc.

El análisis que la Ponencia para la Unificación de Seguros hacía de este protoseguro, (difundido, según datos de 1932, por toda la geografía hispana salvo Galicia, Canarias y las provincias de Cádiz, Córdoba, Sevilla y Murcia) era muy claro resaltando sus deficiencias:

[...] anticipación rudimentaria del Seguro de Enfermedad, aunque falta de enlace con otros servicios y, sobre todo, no especializada ni instrumentada para todas las necesidades de la asistencia sanitaria y carente por completo de indemnizaciones. Tampoco cubren prestaciones accesorias (analíticas, quirúrgicas, etc.)⁵².

3.3. *El Seguro de Maternidad*

Como es sabido, la ratificación del Convenio de Washington de 1919, producida por ley de 13 de julio de 1922, inauguró el discurrir legislativo de esta modalidad de seguro. Una R.O. de 15 de abril de 1923 encargaba su estudio separado al INP y en R.D. de 21 de agosto del mismo año estipulaba la instauración de un subsidio en favor de las obreras parturientas hasta tanto no entrase en vigor dicho seguro. Promulgado en marzo de 1929 sólo se puso efectivamente en práctica bajo el impulso del Gobierno provisional de la República (decreto de 26 de mayo y ley de 10 de septiembre de 1931, a propuesta de Largo Caballero)⁵³.

Eran sus beneficiarias obreras entre 16 y 50 años, de ingresos anuales no superiores a 4 000 pesetas y con obligación de cotizar trimestralmente 1,85 ptas. Los patronos debían cotizar 1,90 ptas y eran los responsables de la inscripción en el Seguro, de manera que el decreto republicano vino a añadir a la disposición inicial una cláusula según la cual correrían de cuenta de aquéllos las prestacio-

⁵² *La Unificación...*, ob. cit., en nota 27, p. 58.

⁵³ *Compilación de disposiciones legislativas, estatutarias y reglamentarias del Instituto Nacional de Previsión*, Madrid, Publ. de INP, 1932, 909 pp., aquí, pp. 511 ss.

nes a que tuviesen derecho las trabajadoras no inscritas por omisión⁵⁴.

Las afiliadas tenían derecho según el Reglamento del Seguro (29 de enero de 1930 y Decreto de 26 de mayo de 1931): a ser reconocidas médicamente durante la gestación, al menos una vez; a ser atendidas profesionalmente durante el parto por matronas (parto normal) o por médicos (parto distócico); a recibir una indemnización por descanso de 90 ptas (en el primer año de implantación del Seguro); a premio de lactancia, destinado a mejorar la alimentación materna, en cuantía de 5 ptas por semana e hijo, hasta una máximo de diez semanas, el cual podía ser entregado en especie, y, conforme lo permitiese el Fondo de Indemnizaciones especiales, a prestaciones por enfermedad del niño hasta los seis meses de edad, operación quirúrgica materna de causa obstétrica, parto múltiple y parto forzoso.

A finales de 1934 quedó aprobado, dentro del INP un proyecto de ampliación de este Seguro, que pasó a integrarse dentro del proyecto de ley de Unificación de Seguros sociales completado en abril de 1936.

La puesta en vigor del Seguro, el 1.º de octubre de 1931, tuvo un extraordinario éxito. Las 140 000 aseguradas previstas para el primer año se convirtieron en 390 520. El análisis interno del INP las clasificaba en tres grupos:

1.º— Las obreras permanentes de la industria y el comercio, que pertenecen a las grandes poblaciones y a los centros fabriles importantes [...]

2.º— Obreras eventuales de temporada [...] [con] cierta regularidad en el trabajo [...] pertenecen a las zonas de trabajo agrícola más regularizado y a las zonas industriales conserveras.

3.º— Mujeres que trabajan esporádicamente, que no pueden considerarse propiamente como obreras [...]. Pertenecen a las zonas de organización deficiente del trabajo rural, o al sector del trabajo a domicilio y su número es muy considerable⁵⁵.

La actividad del primer año del Seguro se concreta en las siguientes cifras: 15 428 partos atendidos, de los cuales 14 260 nor-

⁵⁴ *Ibid.*, p. 464.

⁵⁵ *Informe sobre el Seguro de Maternidad en el primer año de su funcionamiento, 1.º de Octubre de 1931-30 de Septiembre de 1932*, Madrid, Publ. del INP, 1933, p. 18.

males y 1 168 con problemas. De los primeros fueron asistidos por matronas 12 851, mientras los restantes contaron con la presencia de médico. En cuanto a su ubicación el 15,5% se presentaron en grandes ciudades, el 25,75% en ciudades comprendidas entre 30 y 200 000 habitantes y el restante 58,75% en poblaciones pequeñas, que era donde se dieron la mayoría de los casos de atención médica a partos normales por ausencia de matrona.

En ese mismo período la contabilidad de la institución se resumía del modo que muestra la tabla 9.

TABLA 9: *Estructura contable del seguro de maternidad en su primer año de funcionamiento.*

GASTOS		INGRESOS	
Concepto	Distribución del gasto	Concepto	Porcentaje
Asistencia directa	13,5%	Cotizaciones	67,22%
Otros fines sanitarios y Obra materno infantil.	34,34%	Aportación estatal	32,78%
Prestaciones en metálico.	27,29%		
Reservas y fondo regulador.	14,64%		
Gastos administración.	3,36%		
Pendiente distribución.	6,87%		
TOTAL.....	100%	TOTAL.....	100%

Fuente: *Informe sobre el Seguro de Maternidad en el primer año de su funcionamiento...*, Madrid, Publ. del INP 1933, p. 55.

Por abono directo a profesionales sanitarios, las cifras experimentaron un considerable incremento en el segundo ejercicio, como indica la tabla 10.

TABLA 10: *Cantidades abonadas a profesionales sanitarios por el Seguro de Maternidad, ejercicios 1931-32 y 1933.*

	1931-1932*	1933**	% incremento
Matronas	246 854	518 927	110%
Farmacéuticos	98 697	199 885	102%
Médicos	148 747	426 643	186%

* de 1 de octubre de 1931 a 31 de diciembre de 1932.

** faltando datos de Cuatro cajas.

Fuente: Torreblanco, Conferencia, en: *El Seguro de Enfermedad y los médicos españoles*, Madrid, Ateneo, 1934, p. 209.

El INP debía convenir con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas, con la Unión Farmacéutica Nacional y el Consejo de Colegios Médicos en orden a la prestación de los servicios sanitarios. Los incrementos en las remuneraciones de los distintos colectivos profesionales no solamente obedecieron al aumento de aseguradas y de trabajo, sino a las revisiones del pacto inicial con que se inauguró el servicio.

El primer convenio con los Colegios médicos firmado el 29 de octubre de 1931 fue presentado como un triunfo por éstos⁵⁶. Incluía la libertad de elección del asegurado, entre la lista confeccionada por cada Colegio provincial, sin más cortapisa que el establecimiento de secciones o distritos en las ciudades de más de 100 000 habitantes, el pago por acto médico y no impedía el derecho a efectuar igualas, aunque era preciso advertirlo, de modo que el dinero que tenía asignado el médico pasase a engrosar el subsidio de descanso materno.

Respecto del proyecto que se preparó en mayo de 1930 y el definitivo firmado existieron, en efecto, notables mejoras económicas para la profesión médica. Se aumentó de 60 a 100 ptas la cantidad por asistencia a parto distócico, se estipuló una tarifa de 5

⁵⁶ «El Seguro de Maternidad. Convenio entre el Instituto Nacional de Previsión y el Consejo General de Colegios Médicos Españoles», *Bol. Col. Med. Huelva*, 2ª época, 5, n.º 60, (1931), pp. 11-19.

ptas por reconocimiento a gestante, que debía ser abonada por los ayuntamientos, se excluyó como obligatoria la atención en caso de aborto, se acordó un importe de 10 ptas para visitas nocturnas especiales en caso de parto donde no hubiese intervención, se le facultó para exigir servicio de locomoción, en determinados supuestos, con cargo a la asegurada y, por fin, se ofreció igualmente una cantidad para premiar la asistencia quirúrgica ejercida en centros hospitalarios públicos.

A cambio, la base novena del Convenio determinaba tajantemente que, en ningún caso, el Seguro financiaría clínicas particulares propiedad de médicos o de empresas mercantiles del ramo.

El segundo convenio, retrasado por la dureza de las negociaciones, otorgó a los médicos «la tarifa mejor que tenían»⁵⁷, la aprobada por el Sindicat de Metges catalán para la asistencia obstétrica a mutualistas de posición económica superior a las del Seguro de Maternidad⁵⁸.

El punto central de enfrentamiento entre las gestoras del Seguro y los médicos radicó en la organización de los centros hospitalarios propios del Seguro de Maternidad. En efecto, al plantear el INP la conveniencia de que dichos centros fuesen atendidos por personal seleccionado, para garantizar la solvencia técnica de los mismos, la organización médica, aceptando el principio, negó al Instituto la capacidad de seleccionar y pretende gestionar por sí misma, en el terreno profesional, las clínicas y hospitales que se fueran creando⁵⁹. Esta posición, se tradujo, al discutirse las bases de un Seguro unificado, incluyendo enfermedad, en la aspiración corporativa de gestionar autónomamente todos aquellos servicios donde interviniesen médicos.

La práctica del Seguro de Maternidad durante la República demostró la mala distribución de profesionales sanitarios, tanto matronas como médicos, con el consiguiente incumplimiento de las disposiciones que, como la R.O. de 11 de diciembre de 1928 obligaba al nombramiento de tocólogos municipales en poblaciones de más de 10 000 habitantes.

⁵⁷ Ob.cit., en nota 27, p. 62.

⁵⁸ J. Torreblanco, Conferencia, *El Seguro de Enfermedad y los médicos españoles*, Ateneo de Madrid, 1934, p. 210.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 207.

En otro orden de cosas, reveló la mala consideración popular de los servicios benéficos. Así lo expresaba el Informe oficial del primer año de funcionamiento del Seguro:

[...] a pesar de la facilidad de empadronamiento en la Beneficencia municipal, pocas obreras acuden a ella en demanda de asistencia, prefiriendo el Seguro [...] conscientes de su mayor valor social y de su mayor eficacia⁶⁰.

Los recelos iniciales de las organizaciones obreras fueron superados con rapidez. Las protestas alzadas en Cataluña, Vigo, Zaragoza y puntos de Valencia y Alicante, en noviembre y diciembre de 1931, se suspendieron una vez firmado el pacto colectivo en el textil catalán por la CNT y un convenio similar en las fábricas conserveras gallegas⁶¹, donde se admitía el pago de la cotización obrera. La UGT, por su parte, aprobó en octubre de 1932⁶² la ponencia sanitaria presentada a su Congreso por Manuel Vigil y José Torreblanco, aceptando «por vez primera en una Asamblea obrera» la cuota obligatoria y pronunciándose por procurar «el buen cumplimiento de las leyes de Seguros sociales» que impulsaba Largo Caballero desde el Ministerio de Trabajo y Previsión. Producida la retirada socialista del gobierno, sin embargo, las críticas de secciones ugetistas hacia las medidas de previsión no fueron escasas, haciéndose eco incluso de posturas abiertamente anti-seguro, como las de ciertos médicos titulares⁶³.

3.4. *El Seguro de Accidentes del Trabajo*

Los problemas o riesgos para la salud provenientes directamente del trabajo fueron atendidos en España más por la vía de la compensación que por la vía de su prevención. Tal era el sentido de las Leyes de 1900 y 1922 sobre Accidentes de trabajo, las cuales

⁶⁰ Informe..., ob. cit., en nota 55, pp. 19-20.

⁶¹ Ob. cit. en nota 27, p. 67.

⁶² E. Santiago, «Un turno en pro del Seguro de Maternidad», *Anales del I.N.P.* n.º 125 (julio de 1935).

⁶³ *Ibid.*, cita las manifestaciones del Diputado socialista por Murcia Luis Prieto, según los argumentos del Dr. Haro.

tampoco incluían expresamente las enfermedades profesionales, aunque la jurisprudencia del Tribunal Supremo equiparó las intoxicaciones agudas de tipo hidrargírico y saturnino a accidentes, haciéndolas compensables en los términos de dichas leyes⁶⁴.

Es cierto que algunos inspectores de plantilla del cuerpo de Inspectores de Trabajo eran médicos de profesión (en 1918, seis de cuarenta⁶⁵) y que en 1934 se estudió el establecimiento de una Inspección médica del trabajo de corte similar a la vigente en Bélgica desde 1895, Inglaterra desde 1898 o Alemania desde 1905. Mas la repercusión profesional sanitaria más importante de los planteamientos de esta legislación protectora fue la contribución a la delimitación de la especialidad «Medicina del Trabajo», a partir de la actividad asistencial, docente e investigadora de la Clínica del Trabajo del INP.

En 1887 se había fundado un asilo para inválidos del trabajo en Carabanchel Bajo, convertido en Instituto de Reeducción Profesional⁶⁶ por la ley de enero de 1922. Puesto en marcha dos años más tarde, su disposición física se ajustaba a la triple función que le había sido encomendada: readaptación funcional, reeducación profesional y tutela social de los reeducados. La primera constituía la competencia de la sección médica del Instituto, mientras las restantes correspondían a la sección técnica del mismo que gestionaba un centro de orientación profesional y una escuela de capacitación profesional.

La sección médica estaba constituida por consultas, clínica quirúrgica y servicios complementarios. Las primeras comprendían la asistencia ambulatoria de traumatología y ortopedia, oftalmología, neurología, enfermedades profesionales, otorrinolaringología, enfermedades del aparato digestivo, corazón y pulmón. Atendían una media de 100 enfermos diarios en 1929. La clínica estaba formada por cinco salas de internamiento, un quirófano y un laboratorio de análisis. La media mensual de intervenciones, en 1927, fue de 25.

⁶⁴ A. Rodríguez Martín, S. Alarcón Horcas, *Accidentes del Trabajo*, Madrid, 1923, pp. 54 y 107-115.

⁶⁵ Murillo, ob. cit., en nota 11, p. 260.

⁶⁶ Sigo la descripción realizada por un visitante extranjero: M. Buettel, «Das Spanische Institut für Berufsumschulung der Arbeitsinvaliden», *Zbl. Gew. Hyg.*, 16, (1929), pp. 289-291.

Como servicio complementario más destacado, existía una instalación de fisioterapia con todo el material preciso para irradiaciones con ultravioleta, diatermia etc., donde se atendían más de 1 000 personas al mes.

La reforma efectuada por el gobierno provisional de la República por ley de 4 de julio de 1932, además de configurar la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del trabajo que le permitía alcanzar una operatividad económica real⁶⁷, trajo consigo una potenciación de dicha Clínica, que pasó a tener entidad autónoma de conformidad con lo que era habitual en los países europeos, marchando su director Antonio Oller Martínez (1887-1937) en visita previa de inspección⁶⁸. Pero, a diferencia de aquéllas, la Clínica del Trabajo del INP abarcaba todos los servicios sanitarios dependientes del Instituto, incluido el Seguro de Maternidad, aunque con mayor atención al servicio de accidentes.

Para el desarrollo de sus complejas funciones adquirió, a la Cruz Roja, un sanatorio de cuatro plantas sito en la Avenida de Pablo Iglesias n.º 19, de Madrid, donde se trasladaron los consultorios, el internado quirúrgico y los servicios complementarios de fisioterapia, ortopedia y prótesis, además de instalarse salas de partos, dispensario de tocoginecología y la Oficina central de las enfermeras visitadoras del INP, complementado todo ello por una espléndida biblioteca especializada.

La labor docente en Medicina del Trabajo iniciada en forma de cursillos especiales impartidos en el Instituto de Reeducción Profesional se complementó con la asignatura de «Higiene del Trabajo» incluida en el programa de la Escuela Nacional de Sanidad⁶⁹. El equipo directivo, en 1933, tenía prevista la organización de cursos de mayor extensión en función de la necesidad de disponer de un Cuerpo médico competente en materia de Medicina del Trabajo⁷⁰ tal y como exigía la nueva legislación.

⁶⁷ A. Mazuecos Jiménez, «La política social socialista durante el primer bienio republicano: Trabajo, Previsión, Sanidad», *Est. Hist. Soc.* n.º 14, (1980) pp. 135-155; cita de p. 151.

⁶⁸ A. Oller, *Una visita a las principales clínicas del trabajo en Austria y en Alemania*, Madrid, 1933 y *La Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión*, Madrid, Publ. del INP.

⁶⁹ G. Pittaluga, *La constitución de la Escuela Nacional de Sanidad*, Madrid, 1930.

⁷⁰ *La Clínica del Trabajo del INP*, 1933, p. 10.

La nómina del personal facultativo de la Clínica del Trabajo estaba formada por Jefe y Subjefe técnicos (cirujano y obstetra, respectivamente), dos médicos numerarios de fisioterapia y ortopedia, uno de laboratorio, un médico residente y ocho médicos consultivos. García Triviño, Ramallal, Bilbao Lumbreras, el propio Oller eran firmas habituales en trabajos de patología o higiene industrial y su actividad publicística contribuyó a sustentar la presencia de esta nueva temática en la literatura médica producida en la España republicana. Crecimiento como el que revela la consulta a la *Bibliographie d'hygiene industrielle*, repertorio editado en Ginebra por la Oficina Internacional del Trabajo desde 1923 (Tabla 11), se explicaría desde la sensibilidad abierta conjuntamente por las nuevas medidas legislativas y el empeño docente del núcleo de médicos laboristas ligados al INP.

TABLA 11: Número de referencias bibliográficas españolas contenidas en la *Bibliographie d'hygiene industrielle* (Ginebra, Bureau International du Travail), hasta 1936.

Volumenes	Año	N.º de referencias
1	1923-25	13
2	1926	3
3	1928	11
4	1930	12
5	1931	20
6	1932	13
7	1933	14
8	1934	32
9	1935	34
10	1936	45