

ASPECTOS SOCIALES DE LA PEDIATRIA ESPAÑOLA ANTERIORES ALA GUERRA CIVIL (1936-39)

Esteban Rodríguez Ocaña

Es sabido que la niñez es concepto producto de la Ilustración dieciochesca, mientras que su traducción médica, la Pediatría o Medicina de los Niños, se forjó a lo largo de la siguiente centuria; en España, en particular, durante el último tercio de la misma. El siglo XX comenzó en Europa y América con la *nacionalización de los niños*; esto es, con el reconocimiento explícito del valor (económico o productivo, demográfico, racial) que para cada Estado tiene la vida saludable de su población infantil. Una formulación sucinta de esta hipótesis puede muy bien ser la de Langstein: «los niños son el capital más valioso del Estado»¹.

Este reconocimiento se alcanzó por la vía de su contrario, al calibrar los efectos negativos de la elevada mortalidad infantil. Como señalaba un médico barcelonés en 1904²:

«...la muerte, arrancándonos cada año, un número desproporcionado de vidas, origina asimismo, la pérdida de valor económico de la colectividad. Y es de todos sabido lo que... vale la vida de un individuo, siendo éste un elemento productivo, un valor positivo»

La mortalidad infantil comenzó a ser un fenómeno socialmente preocupante en España en las últimas décadas del siglo XIX. Con anterioridad toda la atención estaba centrada en los problemas de abandono y orfandad, que fueron afrontados mediante la creación de asilos, incluso, casas de misericordia y otros centros de este tipo, organizándose algunas Sociedades Protectoras de la Infancia con la misma finalidad. No fueron ajenas a ese fenómeno de toma de conciencia publicaciones periódicas como *La madre y el niño* (Madrid, desde 1883) —fundada por Manuel Tolosa Latour (1857-1919)— o *El protector de la infancia* (Barcelona, desde 1884) —fundada por Francisco Vidal Solares (1854-1922). El Congreso médico internacional celebrado en Sevilla en 1882 incluyó entre sus temas el de «Causas de la excesiva mortalidad de la primera infancia en las grandes ciudades y medios de atenuarla», al que se presentaron 3 comunicaciones españolas³. Una grave deficiencia técnica impedía, sin embargo, el planteamiento científico del problema: la ausencia de estadísticas fiables. Sólo a partir del quinquenio 1900-1905 el Instituto Geográfico y Estadístico comenzó a publicar resultados con visos de credibilidad. De ellos se desprendía un dato firme: el grueso de la mortalidad española recaía en los niños y, dentro de estos, era más marcada en el campo que en la ciudad. Esta peculiar distribución socio-geográfica, como veremos, sería un factor ausente en los análisis de médicos, educadores y gobernantes al menos hasta el tiempo de la República. Por las mismas fechas comenzaron a publicarse análisis médicos de base estadística⁴.

Al comenzar el siglo XX, la tasa de mortalidad infantil era, en España, superior a 200 por mil, descendiendo hasta 117 en el quinquenio 1932-36, con la excepción del año de la epidemia de gripe (1918)⁵.

El estado de preocupación social se reflejó en la legislación de todos los países, comenzando por Francia en 1874 (Ley Roussel). Leyes regulando la lactancia mercenaria (por nodrizas) y otros aspectos, como el trabajo de los niños y mujeres embarazadas, se promulgaron en los distintos países europeos entre 1877 y 1904. El armamentario hispano al respecto incluía la ley de junio de 1878 sobre trabajos peligrosos y mendicidad (menores de 16 años), la ley de mayo de 1900 sobre el trabajo de mujeres y niños (regulando el descanso en torno al parto, aspecto reforzado en enero de 1907), un decreto de octubre de 1903 sobre corrección de la mendicidad infantil y, finalmente, la ley de protección a la infancia —llamada ley Sánchez Guerra o la ley Tolosa Latour, en recuerdo

del ministro responsable de su envío a Cortes o del higienista impulsor de la misma—, promulgada el 12 de agosto de 1904.

Este último texto legal, a semejanza del francés citado, regulaba expresamente y con minucia el empleo de nodrizas, imponiendo severos controles a las mismas, pero iba más allá. Su objetivo era (Art. 1) 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 integraban representantes de distintas asociaciones académicas, higiénico-sociales, económicas y de clase, adscrito al M.^o 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 locales, destacando, a juicio de un observador interesado, las de Barcelona, Córdoba, Santander, Zaragoza, Bilbao y Madrid⁶.

Paralelamente a este desarrollo legislativo, el movimiento de protección a la infancia se va 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, donde se promulgó la primera Tabla de Derechos del Niño que posteriormente haría suya la Constitución española de 1931.

Del contacto entre la preocupación social por la infancia y la medicina de los niños se nutrió la Puericultura, que se desarrolló hasta los albores de la 2.^a Guerra mundial especialmente como «vertiente sociológica de la práctica pediátrica»⁷.

Esta definición de Koplik tuvo vigencia en España. Jesús Sarabia Pardo (1865-1943) ginecólogo y pediatra, varias veces presidente de la Sociedad Ginecológica Española y socio fundador de la de Higiene, definía en 1913 la Puericultura como:

«la acción médica y social necesaria para la defensa de la natalidad, disminución de la mortalidad y, por tanto, el progreso demográfico de las naciones»⁸

Rafael García-Duarte Salcedo (1894-1936) calificaba la Puericultura de «nueva ciencia social» en la Memoria presentada a la oposición que le valdría la cátedra de Pediatría de Granada, en 1925, ampliando este concepto en un folleto divulgativo de 1934 al definirla como

«...la parte de la Paidología que con un fundamento higiénico, sanitario y social, comprende todas las medidas higiénicas, educadoras, protectoras, legislativas e institucionales que benefician al niño en todos sus periodos, en el aspecto orgánico y psíquico»⁹

Insistiendo en lo mismo, Manuel Laffón Soto (nac. 1905), de los Servicios provinciales de Higiene infantil de Sevilla, intervino en la discusión de la ponencia de Puericultura presentada al V Congreso Nacional de Pediatría (Granada, 1933) para señalar

«...un aspecto que, a mi entender, está descuidado y que es el aspecto social de nuestra especialidad. Se vienen barajando los términos de pediatría y puericultura y el lugar más adecuado para sus enseñanzas. Yo veo en la puericultura una aplicación social de los conocimientos pediátricos...»¹⁰

El término «ciencia social» o «Sociología» —empleado de modo pionero dentro del campo pediátrico español por Andrés Martínez Vargas (1862-1948) en su *Tratado de Pediatría* (Barcelona, 1915)— tenía resonancias de *política social*: no sólo conocer la estructura y dinámica sociales sino dictar las soluciones pertinentes para resolver los problemas existentes. Dicha connotación, evidente en todo el campo semántico de

la Medicina social, a la vez que caracterizaba la actividad médica en la prevención a gran escala de enfermedades y riesgos para la salud, fortalecía de modo extraordinario la autoestimación de los propios médicos que veían extenderse su labor en importancia y responsabilidad, hasta convertirse en preceptores de la comunidad:

«El médico sociólogo será entonces el hombre que resuelva los problemas sociales que políticos y economistas no son capaces de comprender»¹¹.

En el caso de la Medicina social de la infancia, esta posición dirigente del médico se vio reforzada en nuestro país por los planteamientos regeneracionistas, tan en boga a partir de 1898, que, en la cuestión demográfica, eran decididamente poblacionistas. Un aumento sostenido de la población infantil aparecía, según tales análisis, como

«...positiva garantía para el mayor grado de adelanto de las innumerables empresas mercantiles que se vinculan y desarrollan florecientes y exuberantes, favoreciendo, así, el bienestar y engrandecimiento de la nación... como de ello puede tomarse ejemplo en las razas anglo-sajona y germana»¹².

O también como:

«... el único recurso fisiológico que puede acrecentar la decaída significación de nuestra nacionalidad y por ello una prolificidad abundante resultará a la vez que perfección higiénica elemento salvador que *restañe en la vida política nuestras heridas*»¹³.

Textos similares pueden encontrarse durante todo el primer tercio del siglo XX¹⁴.

El nacionalismo económico que caracterizó el desarrollo industrial y comercial del capitalismo español en su fase de consolidación y la exacerbación de los componentes igualmente nacional-patrióticos en el terreno social que conllevó la Dictadura primorriverista *sin*tonizaban muy bien con estos presupuestos de protección infantil. La función de los servicios públicos de la misma sería «un fin patriótico» que contribuiría a hacer realidad los objetivos nacionales expuestos por Maura: «Sólo siendo fuertes y vigorosos podemos triunfar».

Unase a todo ello la conciencia de «degeneración de la raza» que fue

lugar común entre los pediatras de principios del siglo XX¹⁵. Sólo el médico, particularmente pediatra, aparecía como legitimado y posibilitado para «salvar la raza... salvar a España».

Veamos, a continuación, de modo resumido¹⁶, cual fue el desarrollo cuantitativo de los servicios médicos de protección a la infancia en España hasta 1936. Podemos establecer convencionalmente tres etapas, según el punto de partida principal de creación o mantenimiento de dichos servicios, a saber:

- 1) iniciativa privada (1890-1912)
- 2) iniciativa municipal (1913-31)
- 3) iniciativa estatal (1932-36)

Ha de quedar explícito, no obstante, que la ayuda benéfica de procedencia particular fue siempre importante, en particular con la organización de ligas benéficas cuyo prototipo fue la denominada «Lucha contra la mortalidad infantil» fundada en Barcelona en 1919 y sostenida entre 1932 y 1936 por la campaña del Sello Pro Infancia.

La etapa que hemos denominado de iniciativa privada fue la de creación y extensión de los 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 población; aunque, más pronto o más tarde, casi todos requirieron ayuda municipal. Las Juntas provinciales de protección a la infancia tuvieron asimismo participación en su sostenimiento en determinados casos, como el de Granada.

En España existieron Gotas de Leche a partir de 1902 —en Barcelona, organizada por Felipe Cardenal, Ignacio Girona y Soler Fajarnés— 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 Ulecia¹⁷ era iniciativa anterior a las francesas, tanto de consulta como de Gota 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, 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 que 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 las 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 presidente honorífica era S.M. la Reina M 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 libro¹⁸. 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 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:

	1905-1911	1912-1923
Total de niños atendidos	5.060	7.678
Media anual	723	639
— Porcentaje de pobres (consulta de los lunes)	63%	48%
— Porcentaje de acomodados (consulta de los jueves)	37%	52%

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 consultorio para niños enfermos, de forma totalmente gratuita.

Con la aparición de esta institución marcamos el inicio de la segunda etapa, o de iniciativa municipal. Sin embargo, los servicios municipales de puericultura no fueron creación madrileña, pues desde una década antes existían en Barcelona y San Sebastián, en forma de Casa de Maternología (con consulta de lactantes y gota de Leche adjunta) y dispensario municipal, respectivamente. La peculiaridad de la organización madrileña radica en su ámbito omnicompreensivo de las actividades protectoras, preventivas y asistenciales enfocadas a la infancia, aun cuando, a diferencia de otros sistemas municipales europeos cuyo modelo seguía (como el caso de Edimburgo) careciera de un alcance universal sobre la población ciudadana.

La Institución municipal de Puericultura de Madrid se organizó en torno a dos servicios preexistentes: la *Consulta de niños* enfermos y po-

bres 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 completada 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.
- 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 8.000 pesetas anuales según antigüedad, 7 practicantes, remunerados con 4.000 ptas cada uno, y diverso personal administrativo, técnico y obrero.

De los 1.483 niños atendidos por la Gota de Leche para enfermos en 1913, 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.

La consolidación de los centros, a lo largo de los 20, se manifiesta, pues, en forma de un persistente incremento en el número de servicios suministrados. Así, la Gota de Leche de Granada repartía 25 biberones diarios gratuitos en 1916, 43 en 1921 y alcanzaba los 80 en 1927, habiendo ampliado sus instalaciones con un consultorio para embarazadas y otro para lactantes enfermos. Esta institución, que al nacer contaba con una subvención municipal de 10.000 ptas. anuales, entraba en 1928 con el único apoyo económico de la Junta Provincial de Protección a la Infancia, cuyo presupuesto de 2.500 ptas. mensuales había de repartirse entre el Reformatorio, el Asilo y la Gota de Leche. Ello condujo al inicio de una campaña —sin éxito— de captación de caridad privada, con el objeto de crear una «Sociedad puericultora granadina» capaz de subvenir a las necesidades del centro.

Al final de la década se sentía el fracaso de la beneficencia y la parquedad de los recursos municipales, fenómenos agravados por la incompetencia de muchos de los encargados médicos de dichos servicios, dotados, según críticas reiteradas, por «el criterio de protección al favor»¹⁹.

La iniciativa del Estado, que define la tercera y última época, estuvo ligada a la organización de los Servicios provinciales de Higiene infantil, dentro de las actuaciones de la Dirección general de Sanidad repu-

blicana. Antes de entrar en su estudio, señalemos que fue reiterada durante todo el periodo la intervención legislativa para marcar las pautas de la actividad puericultora, aunque en el sentido de primar la iniciativa privada (filantrópica) y/o local (beneficencia municipal o provincial).

Ya hemos señalado la promulgación de la Ley de Protección a la infancia de 1904, por la que al Estado competía sólo «la inspección y vigilancia» de las instituciones pro-infancia. La estructura de supervisión creada por esta ley, el Consejo Superior de Protección a la Infancia y sus juntas territoriales, acogía a un elevado número de representantes de asociaciones ciudadanas (desde las Damas de Honor y Mérito a la Asociación de Prensa, pasando por el Círculo industrial, el Ateneo de Madrid, la Asociación de Propietarios, etc.) junto a unos pocos cargos políticos (vocales natos). En el momento de iniciarse la dictadura prorroiverista, 1923, esta organización había hecho agua²⁰: los vocales natos eran «los más asiduos en las faltas de asistencia» por la tremenda inestabilidad política (un gobierno cada cinco meses de media durante la mayor parte del reinado de Alfonso XIII) mientras los miembros adinerados rehuían con temor su presencia, de manera que las juntas provinciales quedaban reducidas a «tres o cuatro señores altruistas». No es por eso extraño que el compromiso de estas instituciones fuera muy limitado respecto a las nuevas modalidades de asistencia higiénico-infantil.

Buena parte de los decretos y reglamentos posteriores nunca fueron puestos en práctica, como el Reglamento de Puericultura de abril de 1910, que promovía la creación de un Instituto Nacional de Maternología y Puericultura, el decreto de creación de Escuelas maternas (2 de junio de 1922) —sólo cumplido en algunas ciudades: Madrid, Valencia, Zaragoza, Granada, Córdoba y Jerez²¹— o, señaladamente, la confusa legislación sobre medicina escolar. La plasmación de esta última fue prácticamente nula en todo el periodo estudiado, pese a haberse establecido, por R. Decreto de 6 de junio de 1911, la Inspección Médico-escolar. En 1918 se adjudicaron 3 plazas para Madrid y 6 para Barcelona. Entre 1926 y 1930 se organizaron, por iniciativa municipal, servicios similares en otras ciudades como S. Sebastián, Valladolid, Valencia o Cáceres, aquí con ayuda de la Fundación Rockefeller; pero sólo en 1933 y 1934 volvieron a realizarse oposiciones estatales, llegando el número de médicos escolares en Madrid a la cifra de 31 y promulgándose un muy bien aco-

gido Reglamento del Cuerpo Médico-escolar del Estado a primeros de 1935, nunca llevado a la práctica²². Aclárese que, en virtud de su Estatuto de Autonomía, el desarrollo catalán anduvo por otros derroteros. Un obstáculo general para la implantación de Servicios de medicina escolar fue la falta de concordancia entre médicos y maestros, traslucida, por ejemplo, en el enfrentamiento sostenido dentro de la Sección de Pedagogía de IV Congreso Nacional de Pediatría (Valencia, 1928). Acicate propagandístico para los defensores de esta institución lo constituía el hecho de que países americanos como Argentina, Chile y Uruguay contaran, desde primeros de siglo, con organizaciones similares.

Una actuación gubernamental que sí tuvo trascendencia fue 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 Ministerio de la Gobernación. Su primer curso 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 escuela se vinculó inicialmente a la cátedra de Enfermedades de la infancia de la Universidad de Madrid, en la persona del titular de la misma Enrique Suñer Ordóñez (1878-1941), posteriormente sustituido por García del Diestro en abril de 1931 y vuelto a reponer en 1935. La rotación de directores fue acompañada de la estatutaria, de manera que los Estatutos aprobados en julio de 1932, por los que se estipulaba un triple frente de actividad como escuela técnica y de orientación profesional, instituto de higiene infantil y centro de investigación y se dotaba a la Escuela de independencia organizativa, determinando que la plaza de director sería cubierta por concurso-oposición libre y ejercida en régimen de dedicación exclusiva (Art. 6), fueron derogados, volviéndose a la situación de vinculación universitaria y prevalencia de la antigüedad para la dotación de plazas por los Estatutos de septiembre de 1935 decretados por el gobierno Lerroux (subsecretario de Sanidad: Manuel Bermejillo Martínez). Ya el 3 de noviembre del mismo año de 1935 la Asamblea Nacional de Médicos puericultores²³ exigía del gobierno —y

lo conseguía dos días antes de las elecciones que dieron el tiempo al Frente Popular en febrero de 1936— la inamovilidad de los profesores de la E.N.P. accedidos por oposición.

Además de la sede central, los jefes de los Servicios de Higiene infantil solicitaron, en noviembre de 1935, que todos los centros provinciales tuviesen opción a dicha actividad docente, que entendían imprescindible para completar la labor de sus Servicios, petición contestada por la Asamblea de Médicos puericultores, quienes se negaban tajantemente a la proliferación de centros docentes puericultores. Esa misma discusión se había mantenido durante el V Congreso Nacional de Pediatría (Granada, abril de 1933) y, al parecer, en ella incidía un elemento de desconfianza por parte de los sanitarios frente a los profesores universitarios de Pediatría, quienes defendían su derecho a enseñar Puericultura y a dirigir todos los centros puericultores oficiales (situación que en aquellos momentos se daba en Granada, Salamanca, Sevilla y Valladolid).

La organización de los Servicios provinciales de Higiene infantil es la nota que caracteriza la tercera y última época que hemos señalado como de *intervención estatal*. Se trata sin duda de una de las contribuciones más duraderas, así como 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, etc.).

Los dos años de gestión de Pascua (abril 1931-abril 1933) el periodo 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 poste-

riormente, de forma irregular, se fueron extendiendo a los Centros secundarios de Higiene rural (comarcales).

Utilizando la provincia de Granada como ejemplo podemos comprobar el alcance que tuvieron dichos Servicios, aunque hemos de advertir la circunstancia excepcional de la presencia y actividad del médico Rafael García-Duarte, quien confirió un dinamismo extraordinario a los mismos²⁴.

Fue el 3 de marzo de 1933 cuando se recomendó al Prof. García Duarte Salcedo la organización del Servicio. El 1º 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 nº 1, efectivo desde 1º 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 puericultores²⁵.

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 venéreas 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 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 benéficos-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 cuantitativos²⁶ de la actividad de los Servicios de Higiene infantil de Granada muestran un paulatino crecimiento, espectacular en el terreno de la consulta para niños en 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.

La extensión a las comarcas rurales se realizó durante 1934: en febrero comenzó a actuar la Sección de Puericultura del Centro secunda-

	1933 ^a	1934	1936 ^b
Consulta embarazadas	297	996	400
Consulta 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 de junio-31 de diciembre.

^b 1 de diciembre de 1935-31 de mayo de 1936.

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

rio 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, cuando la media quinquenal de defunciones para estas enfermedades se cifraba en 189,5 por mil frente a 329,9 por mil fallecidos menores de 5 años (quinquenio 1926 a 1930)²⁷. 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. No en vano las críticas más constantes a los servicios sanitarios públicos venían haciendo hincapié

en que su gran enemigo era «la clientela particular», tanto la propia de los que trabajaban en ellos como la ajena,

«pues los clínicos no envían a sus clientes a los Centros de Higiene... ante el temor muy justificado de que sus ingresos sean menores...»²⁸.

La guerra civil puso un punto y aparte a la evolución de la Sanidad en general y la infantil en particular que bien podemos ver simbolizado en el fusilamiento del Dr. García-Duarte por fuerzas del llamado Movimiento Nacional en agosto de 1936.

NOTAS

¹ Cit. por GARRISON, F.M. (1923) *History of Pediatrics. In: System of Pediatrics*, I. Abt (ed.) (reprint 1965, Philadelphia, Saunders; p. 168).

² VIURA CARRERAS, J. (1904) (Respuesta al discurso de A. Planellas) *in: Estudio higiénico-social de la fecundidad y prolificidad*, Barcelona, Tip. La Académica, p. 91.

³ *ACTAS Cong. Med. Int. de Sevilla, 6 de abril de 1882*, Sevilla, imp. Santigosa, p. 220-231; 231-240; 301-316. Comunicaciones de Adame, Puellas y Novella, respectivamente.

⁴ COLL Y BOFILL (1900) *Mortalidad infantil en Barcelona*; REVENGA, R (1901) *La muerte en Madrid*. Madrid; FATAS Y MONTES (1903) *La mortalidad de los niños en Madrid*, *en: XIV Cong. Int. Med. Madrid*; ULLECIA (1903) *Informe acerca de la mortalidad infantil de Madrid*; SANZ BARRIO (1907) *Mortalidad infantil en Huesca*; FABREGAT, J. (1909). *La mortalidad en Murcia en 1908. Rev. Med. Farm.* (agosto); GOMEZ FERRER (1911) *La mortalidad de los niños en Valencia*. Madrid. Todas estas referencias están tomadas de MARTINEZ VARGAS, A. (1915). *Tratado de Pediatría*. Barcelona, J. Vives, p. 8-13.

⁵ BOLUMAR, F. *et al.* (1981) *La mortalidad en España, I. La mortalidad infantil en España 1900-1976. Rev. San. Hig. Pub.*, 55, 1205-1219.

⁶ SANGRO Y ROS DE OLANO, P. (1912). *Gegenwärtige Organisation des Mutters- und Kinderschutzes. In: Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten.* (A. Keller u. Ch. J. Klumber, Hrsg.) Berlin, J. Springer, 1. Band, 829-838.

⁷ KOPLIK, H. (1912) *The Education of the Physician... in the Hygiene and Diseases of the Nursing Infant. In: Ber. 3. int. Kong. f. Säuglingsschutz (Gouttes de Lait) Berlin, 1911.*, (A. Keller, Hrsg.) Berlin, Stilke, 227-236.

⁸ *Discurso leído en la sesión inaugural del año académico de 1913 en la Sociedad Ginecológica española por el presidente de la misma*. Madrid, Imp. Lib. Nicolás Moya, 53 páginas.

⁹ *La Puericultura. Definiciones, concepto, división y contenido, límites, orientaciones nacionales*. Granada, Imp. Editorial Urania, s.p. Parcialmente reproducido en la revista *Pediatría y Puericultura*, 2, 94-104 (1934).

¹⁰ Libro de Actas de V Congreso Nacional de Pediatría. Granada, del 8 al 12 de abril de 1933, Granada, Imp. Ed. Urania, p. 167.

¹¹ POLO Y FIAYO, F. (1931). Medicina social. *Med.Ibera*, 25/1 (nº97) CCLXIII.

¹² VIURA CARRERAS, J. (1904). *Op. cit.* en nota 2 p. 88.

¹³ PLANELLAS Y LLANOS, A. (1904) *Op.cit.* en nota 2, p. 11.

¹⁴ Entre otros: GOMEZ HERRERO, D. (1926). *Historia, organización y modo de funcionar de la Institución Municipal de Puericultura*. Madrid, Ayuntamiento, p. 58; DOMINGUE LUQUE, J. (1927). El problema de la mortalidad infantil *Rev.med.Málaga*, 7 (nº 36), p. CDLXXIX; GARCIA-DUARTE SALCEDO, R. (1927). El trabajo y el niño *Act. med.*, 5, p. 211.

¹⁵ MIGUEL, J.M. de (1984). *La amorosa dictadura*, Barcelona, Anagrama. p. 213-215.

¹⁶ Un acercamiento más detallado se encuentra en mis comunicaciones al VII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Alicante, abril de 1983 (Actas, 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» (esta última firmada junto con T.Ortiz Gómez y O.García-Duarte Ros), así como en mi artículo: Rafael García-Duarte Salcedo (1894-1936). Supuestos científico-sociales de un médico puericultor en la Segunda República española, *Dynamis*, 4 (1983), en prensa. A ellos remito al lector para mayores precisiones bibliográficas.

¹⁷ Consultation für Brustkinder und Gouttes de Lait. In: *Op. cit.* en nota 6, p. 838-841.

¹⁸ Los Consultorios de niños de pecho («Gotas de leche»). *Impresiones de un viaje*. Madrid (1903), Imp.Lib.N.Moya, 126 páginas.

¹⁹ CIRAJAS, F. (1926). El problema de protección a la infancia factor primordial en Higiene social. *Arch. Esp. Ped.*, 10 (nº 12) 721.

²⁰ GARCIA DUARTE-SALCEDO, R. (1923) Aires de renovación. Las juntas de protección a la infancia. *La voz* (Madrid), 15 de Noviembre.

²¹ GOMEZ LAFUENTE, M. (1933). La obra de Puericultura en la Escuela primaria española. Notas sobre su organización. In: *op. cit.* en nota 10, p. 148-158.

²² GARCIA AYUSO, J. (1935). En la ruta del progreso. El Cuerpo Médico-escolar y su Reglamento orgánico. *Med. Ibera*, 29/1(nº 898) LV-VII, y (1936). Problemas candentes. La inspección médico-escolar y la Sanidad Nacional. *Ibid.* 30/1(nº 954). CXIX-CXX.

²³ *Ped. Puer.* (1935) 3, 356-360.

²⁴ *Vid.* mi trabajo citado en nota 16.

²⁵ RODRIGUEZ PEDREIRA, J. (1935). Puericultura-Pediatria. *Med.Ibera* 29/1 (nº97) XXXIX; MORALES, J.L. (1934) Comentarios al Primer Congreso Nacional de Sanidad hechos por un puericultor asistente a sus sesiones. *Ped. Puer.* 2, 205-214. Primera Asamblea de Jefes de los Servicios provinciales de Higiene infantil. *Ped. Puer.* 3, 349-355.

²⁶ Tomados de DUARTE (1935) *Servicio de Higiene infantil de Granada. Memoria-resumen de 1933 y 1934. Estadísticas. Inventario*. Granada. Imp. Urania, 32 p. y de los resúmenes mensuales publicados en *Ped. Puer.* (enero-junio 1936).

²⁷ RODRIGUEZ PEDREIRA, J. (1935). El presupuesto de Higiene infantil. *Ped.Puer.*3, 384-388.

²⁸ RODRIGUEZ PEDREIRA, J. (1935). *Op. cit.* en nota 25.