

LA ESTADÍSTICA EN LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA ESPAÑOLA DEL SIGLO VEINTE

Esteban Rodríguez Ocaña
Dpto. A. Patol. e Historia de la Ciencia.
Universidad de Granada

1. Introducción. Una organización multiforme

Durante la mayor parte del siglo XX, los asuntos sanitarios han estado atomizados en España por lo que a su incardinación en la administración pública se refiere, hasta prácticamente la creación del Ministerio de Sanidad en el período de transición democrática. Por esta razón, no es simple un acercamiento a cualquier aspecto de esta dimensión administrativa, incluyendo la que hoy nos ocupa, la estadística sanitaria.

Se pueden delimitar dos grandes campos en la Sanidad española, uno civil y otro militar; a su vez, en cada uno de éstos existió una diversidad de competencias, por distintos Ministerios (Ejército y Marina, por una parte; Gobernación, Trabajo y Fomento/Agricultura, en el ámbito de lo civil, así como las de autoridades locales, y Ministerio de Educación). Aunque carecemos de estudios suficientes al respecto, puede sospecharse que los militares anduvieron por delante durante buena parte del siglo XIX, marcando las pautas que luego seguiría la organización civil. Esta afirmación parece más consistente en el campo de la Salud Pública, aunque sólo fuera por la carrera desarrollada por los principales responsables de la organización moderna de la Sanidad civil, desde Manuel Martín Salazar o Francisco Murillo, los cuales pertenecieron, con anterioridad, a la Sanidad Militar, adelantada en aspectos tales como la organización inspectora y la profilaxis masiva, que ellos mismos contribuyeron a organizar.

También en el terreno estadístico podemos comprobar la ventaja de la milicia.

Los Ejércitos de Tierra y de Marina gozaban de competencias ministeriales y presentaban un elevado nivel de complejidad burocrá-

tica a finales del ochocientos, donde la práctica estadística se introdujo como base para el buen gobierno.

En la última década del siglo XIX se publicaban —y puede que también con anterioridad— *Memorias-Resumen de la Estadística Sanitaria del Ejército Español*, de alcance anual (1). La Conferencia de Budapest, celebrada en 1894 por la Comisión Internacional para la unificación de la Estadística Sanitaria de los Ejércitos, aconsejó la adopción de un formulario común, que fue modificado por las sucesivas reuniones de París (1900), Madrid (1903) y Berlín (1907), parece que la última llevada a cabo (2).

Para hacer frente a ese compromiso internacional, para mejorar la práctica anterior y, por último, para lucimiento de anfitriones ante la convocatoria de la Conferencia Internacional de Madrid de 1903, el Ministerio de la Guerra publicó unas copiosas *Instrucciones para la redacción de los documentos que han de componer la estadística sanitaria del Ejército*, en 1902 (3), modificando, bien que «con carácter provisional», la sistemática estadística a partir de enero de 1903.

El principio rector de la modificación era facilitar la clasificación nosológica, adecuándola a los conocimientos vigentes, así como hacerla extensiva a todos los supuestos de enfermedad, para que dejaran de ser «números abstractos». En el orden administrativo, estas *Instrucciones...* creaban comisiones estadísticas en los principales establecimientos y plazas formadas por dos jefes u oficiales de Sanidad y el jefe de Servicios o el de Inspección de Sanidad militar, en su caso.

Según dichas órdenes, la estadística sanitaria del Ejército cubría las dimensiones cuartelaria, hospitalaria y mixta. Sus principales documentos eran los siguientes: Parte estadístico de enfermos rebajados de servicio, por enfermedad, en cada cuartel o establecimiento militar; resumen de lo mismo por cada plaza y región militar, con mención de «índice cronológico»; relación nominal de vacunados y revacunados, junto al parte estadístico del resultado de las mencionadas operaciones; estadística del reclutamiento y reemplazo, y parte del movimiento de enfermos en cada clínica y hospital, por Cuerpos, Armas y enfermedades.

El «Nomenclátor patológico» empleado para agrupar los diagnósticos consistía en una versión adaptada de la Clasificación de

(1) Por ejemplo, las correspondientes a 1892 (Ministerio de la Guerra, Madrid, Est. Tip. de Felipe Pinto, 1894) o a 1893 (Ministerio de la Guerra, Madrid, Imp. y Lit. del Depósito de Guerra, 1895).

(2) Datos tomados de los preámbulos del *Resumen de la Estadística sanitaria del Ejército español, año 1911* (Madrid, 1913) y *año 1933* (Madrid, 1935).

(3) Aprobadas por R.O.C. de 17 de octubre de 1902, según mencionan en portada (Madrid, Impr. y Lit. del Depósito de la Guerra).

Bertillon, de la que se desgajaban en capítulos independientes las enfermedades de los órganos de los sentidos por aparatos (auditivo, visual) y se omitían las condiciones ausentes del contingente en edad militar (senilidad, enfermedades del puerperio, etc.). En total se ofrecían 146 denominaciones diagnósticas, en once grandes apartados.

Las Conferencias de Madrid y Berlín (4), sin embargo, condujeron a acuerdos en términos distintos de los previstos por las autoridades españolas, de modo que la Nomenclatura finalmente aceptada, aparte de estar redactada en latín, se componía de sólo treinta expresiones diagnósticas, representativas de condiciones morbosas particulares (desde el alcoholismo agudo a la viruela), más otras ocho expresiones para designar grupos de padecimientos (luxaciones, fracturas y enfermedades de órganos o aparatos) (5).

A partir de dichos acuerdos se publicaron con periodicidad anual *Resúmenes de estadística sanitaria del Ejército*, que se componían de un número variable de cuadros o tablas numéricas (de 11 a 14), referidos sólo a clase de tropa y suboficialidad, un mapa de España con la división territorial militar y 14 gráficos, todos diagramas de barras, correspondientes con los datos de las tablas, salvo los de «Estadísticas especiales» (ingresos por viruela, sarampión, sífilis, neumonía, fiebre tifoidea y tuberculosis pulmonar), «Exitos de vacunación y revacunación» y «Comparativo de morbosidad y mortalidad hospitalarias en los ejércitos de varias naciones». Se puede estimar que se publicaron sin interrupción hasta la Guerra Civil.

El Ministerio de Marina, por su parte, mantuvo un Centro de Estadísticas Sanitarias que, para 1912, había publicado cinco títulos: *Instrucciones para la redacción de los documentos que han de componer las estadísticas sanitarias de la Armada*, *Las enfermedades mentales en la Armada*, *Los accidentes de trabajo en los arsenales del Estado*, *Gráfica del movimiento de enfermos en los hospitales de Marina en 1911* y *Estadísticas del mal venéreo (14 años: 1898 a 1911)* (Madrid, Impr. del Ministerio de Marina, 1912), de donde tomamos esta noticia. En el texto se anunciaba una próxima publicación de unas *Estadísticas generales de la Armada del año 1911* (6). Hemos localizado, igualmente, unas *Estadísticas sanitarias de la Armada española*, publicadas en 1934 por el Ministerio correspondiente, lo que parece hablar en favor de una continuidad similar a la del Ministerio de la Guerra.

(4) No hemos podido consultar sus *Actas* ni otra información al respecto, salvo la indicada en la nota anterior.

(5) Esta clasificación se encuentra tanto en el *Resumen...* de 1911, como en el de 1933.

(6) De todos, sólo hemos consultado el folleto referido a *Estadísticas del mal venéreo*.

La Sanidad civil, entendiendo por tal los servicios de alerta, higiene y prevención estatales, se desarrolló, en la primera mitad del siglo XX, según un texto fundamental, la Instrucción general de Sanidad, promulgada con carácter de Real Decreto en 1904. Respecto a la organización central, el armazón determinado por la Ley de Sanidad de 1855, con un centro ejecutivo (*Dirección General de [Beneficencia y] Sanidad* —DGS— en el Ministerio de la Gobernación) y otro consultivo (Real Consejo de Sanidad —RCS—) se mantuvo, con distintas modificaciones, tendentes, por lo general, a incrementar y precisar las funciones de dichos organismos. La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, sustituta de la decimonónica, tampoco modificó dicho esquema básico. A continuación nos centraremos en explicar la línea ejecutiva de la administración sanitaria, desde el centro a la periferia, para ocuparnos después de forma específica del tipo, resultados y modo de realización de las tareas estadísticas en relación con la misma.

2. Grandes etapas en la Administración Sanitaria Civil

El primer tercio del siglo XX que acaba con la Guerra Civil puede considerarse como el período en que se produjo la modernización de la administración sanitaria española, proceso cuyo aspecto organizativo podemos sintetizar con la expresión *de las Juntas de Sanidad a los Institutos de Higiene*.

El rasgo más notable de esta evolución consistió en la creciente asunción por el Estado de competencias en materias referidas a la salud de la población, que se acompañó de la creación de un aparato de intervención cuyos puestos de trabajo fueron ocupados por profesionales de nueva especialización. Desde ellos, estos nuevos cuerpos actuaron a favor de la extensión y fortalecimiento de las competencias administrativas estatales, a la vez que de sus propias competencias monopolísticas. La argumentación científico-médica que les sirvió de soporte fue la suministrada por la Medicina Social, por adoptar una denominación representativa de la concepción madura de la Higiene Pública aparecida en tiempos de la Ilustración, esto es, la resultante de sumar a la epidemiología geoclimática tradicional la estadística, la bacteriología y la extensión de una asistencia preventiva a grandes masas de población; todo ello incluido en una matriz ideológica, que abogaba por la intervención en la solución de «cuestión social» en misiones de conciliación de clases, a través de medidas tales como la instauración del seguro de enfermedad (7).

(7) Cfr. Rodríguez Ocaña, E. (1986): «Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX». En *De la Beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI de España Editores, S. A., 227.266; Rodríguez Ocaña, E. (1988): *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España, 1888-1923*.

Desde el punto de vista de la distribución e importancia de las competencias en Salud Pública (excluyendo, por tanto, las propiamente médico-asistenciales) (8), la Sanidad civil cubre dos grandes etapas de la primera mitad de este siglo, atendiendo a la provisión de medios especializados a nivel local. La primera se inicia en 1899 con la refundación de la Dirección General de Sanidad como entidad separada de beneficencia e incluye la aprobación de la Instrucción General de Sanidad en 1904 y su desarrollo. En ella, la inestabilidad política exarcebada y las expectativas de las facciones imponen numerosos cambios legislativos de orden menor que, si bien en algunos campos (como el de la existencia y competencias de los subdelegados de partido, o la denominación y ubicación del máximo órgano sanitario, Inspección o Dirección General), suponen un tejer y destejer contradictorio, en la mayoría de los asuntos caminan en el sentido general expresado al principio, fortaleciendo la autoridad estatal y profesional a la vez. A continuación, la que podemos considerar etapa de consolidación, se extendería desde 1925 (aprobación de los Reglamentos de Sanidad Provincial y Municipal) a lo largo de la República y la postguerra franquista; en ella asistimos a la extensión y especialización de los sanitarios, la unificación de la acción estatal en Salud Pública, la apertura de centros de formación y la generalización provincial y hasta comarcal de los supuestos de bacteriología de laboratorio, análisis epidemiológico, vigilancia masiva, propaganda y coacción que singulariza a la moderna salud Pública, naturalmente, con matices según los momentos.

Esta periodización es todo lo arbitraria que puede ser una construcción historiográfica, y responde al carácter organizativo que hemos destacado. Si, en cambio, adoptáramos como cualidad divisoria la estatalización de los servicios, habría que dividir en un antes y en un después de abril de 1931. Tiene la virtud, a mi juicio, de que permite tener presente las similitudes entre las políticas sanitarias de los distintos regímenes políticos, mucho más señaladas que sus diferencias.

La *Instrucción General de Sanidad* (IGS), promulgada en 1904, suprimió la DGS, dividiéndola en dos Inspecciones generales, de Sanidad Exterior e Interior, respectivamente. La de Sanidad Exterior estaba dotada de personal y medios propios, correspondientes a los «servicios de puertos (y) estaciones sanitarias de fronteras» que se habían organizado a lo largo del siglo anterior sobre modelos tradicionales y, en particular, codificados por la Ley de Sanidad de 1855. A esta Inspección se le asignaron las competencias en materia de estadística

Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo (Colección Textos Clásicos Españoles de Salud Pública, núm. 30).

(8) Sobre este aspecto puede consultarse mi trabajo «La asistencia médica colectiva en España hasta 1936», en: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1990, págs. 321-360.

sanitaria (art. 32, IGS), muy posiblemente como reflejo de la trascendencia internacional que tenía, desde sus inicios, la recopilación y sistematización frente a las grandes enfermedades transmisibles.

Ambas Inspecciones generales se fusionaron por R.D. de 31 de mayo de 1916. En 31 de enero de 1919, un nuevo decreto estableció la división de los servicios de la administración sanitaria central en tres Subinspecciones, de Interior, Exterior e Instituciones sanitarias, a las que se añadió una cuarta, administrativa, al promulgarse su Reglamento en 27 de julio de 1920. Esta situación duró hasta finales de febrero de 1922, en que se convirtió la Inspección en Dirección General de Sanidad.

Con este cambio de denominación del órgano central, las Subinspecciones se transformaron en Inspecciones generales y, algo más tarde, en Subdirecciones generales, manteniendo sus respectivos cuadros de competencias. Esta situación no varió durante la Dictadura de Primo de Rivera ni con el Gobierno provisional republicano.

La historia legislativa de la administración sanitaria central sigue siendo compleja durante la República, debido a las numerosas variaciones de rango, atribución ministerial y reparto interno de competencias entre los distintos organismos. Por ejemplo, se crearon en dos ocasiones sendas Subsecretarías de Sanidad y Beneficencia, en detrimento de las respectivas Direcciones Generales, que, a su vez, fueron repuestas otras tantas veces, variando de ubicación entre Gobernación y Trabajo (9). Desde 1934 existió un Ministerio de Sanidad, competencia unida a las de Trabajo y Previsión, salvo en el paréntesis de los gobiernos Chapaprieta, entre 1935 y comienzos de 1936, cuando se denominó como Justicia, Trabajo y Sanidad. Durante la guerra hubo un Ministerio sólo de Sanidad en el bando republicano.

El cambio de orientación, tras la sustitución de Azaña y las elecciones de noviembre de 1933, se acompañó de modificaciones estructurales en Sanidad (10). Inmediatamente antes de pasar al Ministerio de Trabajo, las cuatro secciones clásicas de la D.G.S., denominadas de nuevo Inspecciones Generales (Interior, Exterior,

(9) Decreto de 25 de diciembre de 1933 (*Gaceta* del 26) y Ley de 16 de marzo de 1934 (*Gaceta* del 17), adscribiendo la secretaría de Sanidad y Beneficencia al Ministerio de Trabajo. Orden de 28 de diciembre de 1933, concediendo las competencias de la D. G. de Sanidad a la Subsecretaría trasladada; Orden del 12 de abril de 1935, Ministerio de Trabajo, de restablecimiento de las competencias de las Direcciones Generales (*Gaceta* del 11), hasta el nuevo Decreto de 28 de septiembre de 1935, Presidencia y Hacienda, de supresión de las Direcciones Generales (*Gaceta* del 29); O. M. de 14 de noviembre de 1935 (*Gaceta* del 15), crea una Subdirección General de Sanidad, con las competencias que le correspondían a la anterior D. G.; Decreto de 10 de abril de 1936, Ministerio de Trabajo, restableciendo las Direcciones Generales (*Gaceta* del 12).

(10) Decreto del Ministerio de Gobernación de 22 de diciembre de 1933 (*Gaceta* del 28), siendo ministro Manuel Rico Avello.

Instituciones y Administrativa o de Contabilidad) se reasignaron funciones, incluyendo la ubicación de las competencias recientes. De este modo, la Epidemiología general y la Estadística se adjudicaron a la Inspección General de Sanidad Interior.

En 1935, bajo un Ministerio de la CEDA, la D.G.S. se reorganizó según las líneas del Decreto de 24 de mayo (*Gaceta* del 25), que calificaba como «arcaico» lo dispuesto en 1933. La nueva disposición concentró en tres los órganos de gestión: una Subdirección General, con todas las funciones ejecutivas; una Inspección General, dedicada a fiscalización de servicios; y una Jefatura de Enseñanza e Investigación, centrada en especialización y divulgación (11). Al día siguiente (12) se precisaban las Secciones o Negociados de cada una de dichas dependencias. A la de Epidemiología, incluida en la Subdirección General, se referían las competencias de transportes, epidemias y estadística sanitaria. Es interesante advertir que, por la misma disposición de septiembre de 1935, que suprimía las Direcciones Generales de Sanidad y Beneficencia, se desmembraba el Instituto Geográfico, Catastral y Estadístico en tres porciones, yendo a parar Estadística al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión (13).

Los gobiernos posteriores (14) volvieron a la organización más clásica, con la agrupación de los servicios en cinco secciones, asignadas, respectivamente, a sus respectivos inspectores generales de Instituciones sanitarias, de Sanidad interior, de Servicios de Sanidad exterior, más una quinta, administrativa. El servicio de estadística siguió adscrito a la Inspección de Sanidad interior.

Por lo que hace referencia a la administración periférica, en 1892, una R.O. permitió el nombramiento de diversos *inspectores provinciales de Sanidad*.

En un primer momento se trató de instituciones personales, sin más dotación que el propio puesto de inspector, sin sueldo ni gajes (15). Tras la aprobación de la I.G.S. de 1904, sus funciones se consolidaron. Las más precisas (arts. 38 y sigs.) consistían en dirigir los servicios de higiene de la prostitución (reconocimiento de prostitutas) y actuar de

(11) El Reglamento de régimen interior de los nuevos servicios se decretó el 29 de noviembre de 1935 (*Gaceta* del 4 de diciembre).

(12) Orden de 25 de mayo, publicada en la *Gaceta* el 28 de mayo de 1935.

(13) Decreto de 28 de septiembre de 1935 (*Gaceta* del 29). Estos cambios respondían, formalmente, al imperativo de austeridad administrativa impuesto por la Ley de Restricciones de 1 de agosto de 1935.

(14) Decreto de 22 de enero de 1936 (*Gaceta* del 24), siendo ministro de Trabajo M. Becerra, retrotrajo la situación al esquema tradicional, lo que se confirmó bajo el último Gobierno Azaña, Decreto de 10 de abril de 1936 (*Gaceta* del 12) y por el de Casares Quiroga, Decreto de 7 de julio de 1936 (*Gaceta* del 8).

(15) Así lo mencionaba, años después, uno de los ganadores de las primeras oposiciones: Rodríguez Pinilla (1916): «La Medicina política en España (Recuerdo de mis días de inspectos sanitario)». *Med. Soc. Esp.*, 1, 405-410.

secretarios de la Junta Provincial de Sanidad, órgano consultivo de composición multiforme y al que estaba encomendada la intervención sanitaria; por lo demás, se les asignaban tareas de vigilancia sobre determinados establecimientos (ciertos balnearios, asilos y hospitales, entre otros), como también acerca de la actuación de los inspectores municipales (arts. 38 a 47 de la I.G.S.).

Ello no obstante, su situación económica continuó siendo precaria, pues el propio inspector debía detraer de su bolsillo los gastos de escritorio consecutivos a su cargo de secretario de la Junta de Sanidad. Cuando, por R.O. de 15 de diciembre de 1917, se proveyó una subvención de 750 pesetas para tales menesteres, sólo unas pocas Diputaciones la abonaron en la práctica (16).

Esta ausencia de competencias generó, de inmediato, descontento entre los inspectores, como revelan las conclusiones de su Primera Asamblea Nacional, celebrada en noviembre de 1916 (17). Sus exigencias fueron reforzadas por la experiencia vivida con motivo de las sucesivas ondas de gripe epidémica registradas en la península en 1918 y 1919. Las administraciones locales, se afirmó entonces, «son incapaces de hacer nada por la Sanidad» y se desató una fuerte campaña de opinión a favor de la creación de un Ministerio de Sanidad, cuyos funcionarios deberían ser sanitarios o médicos (18).

(16) López de la Molina (1920): «No debe continuar así». *Med. Soc. Esp.*, 5, 173-175.

(17) En ella reclamaron el establecimiento de una organización sanitaria completa, dotada con inspecciones municipales de distrito, provinciales y estatales. De modo terminante, exigían una subordinación exclusiva en sus funciones a la línea jerárquica central, emanada del ministro de la Gobernación, y una capacitación técnica específica como «oficiales sanitarios» o similares. Cfr. García Durán, R.: «La Asampla de inspectores de Sanidad». *Med. Soc. Esp.*, 1 (1916), 740-744, y «Asamblea Nacional de inspectores provinciales de Sanidad, celebrada en Madrid del 26 al 30 de noviembre de 1916. Conclusiones aprobadas por la Asamblea». *Med. Soc. Esp.*, 1 (1916), 763-766 y 2 (1917), 22-28 y 59-64. Para una apreciación contemporánea del significado de la nueva figura, Iglesias Carral, Manuel: «El médico social». *Med. Soc. Esp.*, 1 (1916), 289-296 (reproducido en mi libro *La constitución de la Medicina social como disciplina en España, 1882-1923*, ya citado, págs. 231-240).

(18) Ferret (Obrador), G. (1919): «Los Institutos provinciales de Higiene». *Med. Soc. Esp.*, 4, 321-325. Cfr., asimismo, Valenzuela Candelario, J.; Rodríguez Ocaña, E. (1988): «La política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Reivindicación de un Ministerio de Sanidad». En: M. Valera, M.^a A. Egea; M.^a D. Blázquez (eds.): *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de la Historia de la Medicina, Murcia-Cartagena, 18-21 diciembre 1986*, vol. 1, Dpto. Historia de la Medicina (universidad de Murcia), págs. 514-523. Rico Avello, C. (1969): *Historia de la Sanidad española, 1900-125*, Madrid, Imp. E. Giménez, pág. 219, señala que el Congreso de sanidad civil de 1919 produjo una reivindicación similar. En 1921 fue requerido desde una nueva Asamblea de inspectores provinciales sanitarios, apoyados por su director general, Manuel Martín Salazar, quien aprovechó para publicar su discurso *El Ministerio de Sanidad y del Trabajo* (Madrid, E. Teodoro, 1921), reimpresso en 1923 dentro de la miscelánea del mismo autor titulada *Problemas sanitarios sociales* (Madrid, Ministerio de la Gobernación, págs. 97-106).

Buena parte de lo reivindicado por esta Primera Asamblea se fue haciendo realidad en la década siguiente (19). El 26 de agosto de 1920 se aprobaba el segundo Reglamento de este cuerpo de funcionarios según el cual las funciones de los inspectores provinciales se concretaban en deberes epidemiológicos: prevenir y sofocar brotes de enfermedades transmisibles, así como vigilar la marcha de las estadísticas sanitarias (arts. 22 a 49 del mencionado Reglamento de 1920) (20) y preparar estudios; todo ello, sin menoscabo de mantener explícitamente su primitiva función de higiene de la prostitución (21).

El Reglamento de Sanidad provincial de 20 de octubre de 1925 dispuso la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial (Brigadas sanitarias, Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación, preexistentes o nacidos por imperativo de la I.G.S. en todas las ciudades de más de 15.000 habitantes) en un único *Instituto de Higiene*, bajo la dependencia funcional y administrativa del inspector provincial. Esta innovación dotó a los sanitarios provinciales de auténticas competencias, que se sustentaron sólida e irrevocablemente a partir de la gestión republicana, dentro de una línea jerárquica firmemente anclada en la capital del Estado.

Obra de la república, siguiendo la línea marcada por el Gobierno Provisional de coalición, fue la incorporación a la Sanidad estatal de la asistencia preventiva en todos sus ramos, el fortalecimiento de los institutos provinciales y el desarrollo de la atención sanitaria especializada en el medio rural a través de los Centros de Higiene.

En efecto, desde comienzos de siglo se habían ido fraguando distintos mecanismos de intervención sanitaria de carácter preventivo y masivo, en forma de campañas o «luchas sanitarias», de las que las más desarrolladas para esta época eran la lucha antituberculosa, la campaña de protección a la infancia (lucha contra la mortalidad infantil), la de profilaxis de las enfermedades venéreas y la antipalúdica, entre otras. Salvo en la campaña antivenérea, donde el reconocimiento de prostitutas era competencia pública asignada a la sanidad interior desde sus comienzos, en el último tercio del XIX, y en la antipalúdica, nacida dentro del Ministerio de Fomento, el resto de intervenciones se

(19) Reclamaron, entre otras cosas, la creación de Inspecciones municipales de Salubridad pública; la formación específica como oficiales sanitarios en el Instituto Nacional de Higiene, o como ayudantes (caso de los inspectores municipales) en los laboratorios provinciales; creación de mancomunidades sanitarias, a las que fuese destinado un porcentaje de los recursos municipales; y, por fin, erección de los Institutos provinciales de Higiene, encomendados a los inspectores provinciales, con funciones de diagnóstico de enfermedades infecciosas, preparación de vacunas, análisis de productos alimenticios y parque de desinfección, así como una brigada móvil sanitaria para llevar la atención precisa a todos los núcleos de población.

(20) Citada a partir de la compilación legislativa de José de la Peña; *Legislación sanitaria vigente de medicina*, 2.^a ed., Avila, Tip. y Encuad. Senén Martín, 1926, págs. 104 y sigs.

(21) Reglamento de Sanidad provincial de 1925 (art. 4.^o).

realizaba con medios benéficos, tanto públicos (beneficencia municipal: médicos municipales) como privados (asociaciones caritativas, algunas bajo el patronazgo real) (22). Otra característica de este movimiento había sido su fijación urbana, exceptuando los casos de la lucha antipalúdica y antitracomatosa (23). Pues bien, la Dirección General de Sanidad republicana racionalizó este panorama, unificando los servicios bajo la égida de los Institutos provinciales, incorporando a plantilla a médicos y otros profesionales con cometidos hasta entonces poco definidos y nada o escasamente remunerados en alguna de esas tareas preventivas y extendiendo a la España campesina sus beneficios.

Para cumplir este último objetivo y siguiendo las pautas diseñadas por el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones (reunión de Budapest, octubre de 1930) y la Conferencia europea de Higiene rural (Ginebra, junio-julio 1931) (24) se articuló un sistema jerarquizado de *Centros de Higiene* en tres niveles, primario, secundario y terciario, este último coincidente con el Instituto Provincial de Higiene. En diciembre de 1932 funcionaban 16 centros secundarios, que eran 46 en febrero de 1936 (25), cuya dotación se encomendó a personal especializado de los Cuerpos de Sanidad Nacional.

La misma I.G.S. dispuso la existencia de *Inspectores Municipales de Sanidad* en todas las poblaciones, que debían ser varios en las grandes ciudades, en proporción al número de habitantes (26). Estos

(22) Cfr. Molero Mesa, J.: «Introducción». En: *Estudios médico-sociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo (Colección Textos Clásicos españoles de Salud Pública, núm. 25), 1989, e *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, 1989 (microficha); Rodríguez Ocaña, E.: «Aspectos sociales de la pediatría española anterior a la Guerra Civil, 1936-39». En: J. L. Peset (ed.): *La Ciencia moderna y el nuevo mundo*. Madrid, C.S.I.C., págs. 443-460; Castejón Bolea, R.: «Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la Higiene Pública», *Dynamis*, 11 (1991), 239-261.

(23) El Ministerio de Fomento, Dirección General de Agricultura, mantuvo un aparato sanitario propio, de simillar estructura a la del de Gobernación, bajo la égida de la Inspección General de Sanidad del Campo, entre 1910 y 1919. Sus objetivos principales fueron combatir el paludismo, la anquilostomiasis y el tracoma, entre otros problemas de salud humana, así como la salud veterinaria (Ley de Epizootias, 1914). Cfr. Martínez González, M.: «La anquilostomiasis en las minas de Puertollano». *Rev. San. Hig. Públ.*, 8 (1) (1933), 22-48. Para Carlos Rico Avello. *Historia de la Sanidad española, 1900-1925*, Madrid, Imp. E. Giménez, 1969, la relación que mantuvo la Sanidad del campo con la civil fue «agobiante» (pág. 179). España se dividió en doce distritos regionales, cada uno de los cuales contó con su inspector correspondiente, aunque no hemos encontrado trazas de escalones subalternos, salvo veterinarios.

(24) «La Conferencia europea de Higiene rural». *Anales del Instituto Nacional de Previsión*, 23 (91) (1931), 471-480.

(25) «Centros secundarios de Higiene rural (Los) (1932)». *Rev. San. Hig. Públ.*, 7, 1243-1244. Preámbulo de la O.M. de reorganización de los Centros de Higiene rural (*Gaceta* 13 de febrero de 1936). *Med. Ibero*, 30/1 (núm. 954), CXXVIII.

(26) Uno por cada 40.000 habitantes o fracción de más de 20.000, en la Instrucción de 1904.

puestos debían ser desempeñados por los médicos titulares, los del cuerpo local de Beneficencia o los subdelegados de Medicina, según los casos (arts. 51 y 52). Sus funciones tenían relación con la vigilancia de las condiciones higiénicas locales, así como debían intervenir en la prevención de epidemias, epizootias y enfermedades infecciosas en general. Las voces más cualificadas, como la del inspector general de Sanidad Exterior, afirmaban, no obstante, diez años después de promulgada la disposición legal, que «esa inspección no existe actualmente organizada en España» (27).

Es dudoso que antes de los años treinta estos inspectores municipales desempeñaran algún papel significativo en la generalidad de las poblaciones, donde, según el Reglamento de Sanidad Municipal de febrero de 1925, habría tantos inspectores como médicos titulares y, al menos, tantos como distritos en las de más de 100.000 habitantes. El mencionado Reglamento les otorgaba derechos concretos, autonomía de los poderes locales (mediante la creación del Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad, al que se accedía por oposición nacional) y ciertas facultades coactivas para intentar hacer realidad los enunciados de la I.G.S., así como disponía la instalación de unas «oficinas municipales de higiene». Las tareas centrales del nuevo Cuerpo según siendo las de policía sanitaria, la vacunación obligatoria y la estadística de morbilidad y mortalidad local (art. 48 del Reglamento). La concreción práctica de esta legislación, sin embargo, resultó escasa y apenas se había conseguido instalar «unas cuantas» de dichas oficinas para 1934 (28).

Por Ley de Coordinación Sanitaria de 1934, y Reglamento de 29 de septiembre del mismo año, los médicos titulares se transformaron en médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (MAPD), con las mismas competencias como inspectores municipales de Sanidad, más la de dirigir los centros primarios de Higiene, de los que ya hemos hablado, en su caso (29).

El Decreto de 30 de septiembre de 1939, ratificado por la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, cambió la denominación de los inspectores jefes provinciales, sin afectar a la mayor parte de sus

(27) Manuel Martín Salazar: *La Sanidad en España. Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina en la recepción pública del Ilmo. Sr. Doctor... el día 5 de junio de 1913*. Madrid, Impr. del Colegio Nacional de Sordomudos y de Ciegos, pág. 92. Lo que Martín Salazar proponía como solución: «Para que la inspección municipal resulte efectiva es menester que sea función central, pagada por el Estado, independientemente de los municipios y recayendo en un Cuerpo de médicos especialmente educados en la ciencia sanitaria».

(28) «Grandes cuestiones médico-sociales. Los problemas de los médicos titulares. III. Las funciones del médico titular (1934)». *Mundo Médico*, 16 (núm. 246); 760-761.

(29) Peña, José de la: *Consultor legislativo del médico*, 5.^a ed., Avila, Editorial Senén Martín, 1950, págs. 241-242.

contenidos funcionales (30). En el campo de la Sanidad municipal, los inspectores respectivos vieron confirmadas también sus funciones por la misma ley, que mantuvo las líneas maestras de lo diseñado desde 1925, con la incorporación de una nueva figura, la de jefe local de Sanidad.

3. La tarea estadístico-sanitaria

3.1. Motivo y ocasión

La incorporación decidida de la estadística a la reflexión epidemiológica, como sabemos, se remonta a comienzos del siglo XIX (31). En nuestro país, este proceso se realizó siguiendo las mismas pautas que en los restantes europeos occidentales, aunque, como ha quedado expuesto en la comunicación del doctor Bernabéu, de manera más tardía, debido al retraso en articular de forma universal y homogénea un mecanismo de recogida de datos vitales, el Registro civil. Hasta 1902 no se comenzó, por el Instituto Geográfico y Estadístico, la publicación sistemática de los *Movimientos anuales de población de España*, única garantía de producción de análisis dotados de una mínima «seriedad estadística», como afirmó nuestro primer bioestadístico, Marcelino Pascua, en 1934 (32).

A la consolidación de los servicios del mencionado Instituto, mediante la dotación de estadísticos profesionales para organizar las oficinas provinciales del Instituto Geográfico y Estadístico, es preciso unir, como estímulo a estas tareas, la adopción de una clasificación única de enfermedades o causas de muerte, que permitió la realización de estudios comparativos. En 1899, la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico adoptó la nomenclatura abreviada o intermedia de Bertillon (formada por 99 grupos diagnósticos), que poco después fue sancionada internacionalmente, con escasas variantes, por la Comisión Internacional de estadística (33) y sometida a revisiones decenales.

(30) La alteración más importante se produjo en torno al deber de intervención en la contratación de médicos titulares (para entonces, ya denominados de Asistencia Pública Domiciliaria), codificado por la I.G.S. (art. 42), donde la Orden de 24 de marzo de 1947 corresponsabilizó a los Colegios de Médicos.

(31) Cfr. Lécuyer, Bernard: «Médecins et observateurs sociaux», en: *Pour une Histoire de la Statistique*, Paris, INSEE, 445-476; Coleman, William: *Death Is a Social Disease. Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, Madison, University of Wisconsin Press, 1982; Laberge, Anne F.: «The Early Nineteenth-century French Public Health Movement». *Bull. Hist. Med.*, 58, 363-379; Lilienfeld, D.E. (1988): «The greening of epidemiology». *Bull. Hist. Med.*, 52, 503-528; Eyles, J.M. (1979). *Victorian Social Medicine. The ideas and Methods of William Farr*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

(32) «Mortalidad española en el siglo XIX». *Rev. San. Hig. Púb.*, 9/1, 577-579.

(33) Ricardo Revenga: *La muerte en Madrid. Estudio demográfico*. Madrid, Est. Tip. E. Teodoro, 1901, págs. 26-27.

Por estas razones, podían saludar los oficiales estadísticos en 1902 la aparición del *Movimiento de la población de España, año de 1900*, celebrando su paralelismo con

«[...] los trabajos de la Dirección General de Sanidad, cada día más notables por cierto, desde que autoridades científicas se hayan a su frente [...]».

lo que servía para augurar, siempre que se continuara por esa línea, que

«[...] habremos entrado en el campo de la ciencia social moderna, que se funda en la observación sistemática de hechos positivos.» (34)

Esta aspiración a la «modernización» no es un rasgo aislado, sino una constante que infunde la práctica totalidad de los proyectos de reforma, postulados tras la derrota del 98, entre los que cobraron cierta relevancia los sanitarios. De este modo, los textos de principios de siglo donde se expresaron los planes estadístico-sanitarios abundan en la connotación de desafío que, para nuestro país, suponía la consecución de los mismos. Un ejemplo de 1905:

«[...] servicio tan indispensable y necesario que todos los pueblos cultos tienen hoy organizado [...]» (35)

El preámbulo de la R.O. de 2 de julio de 1909, que reorganizaba el servicio de estadística sanitaria, es lo suficientemente expresivo de las motivaciones técnicas que perseguían nuestros gobernantes como para necesitar glosa alguna:

«[...] estadística eficaz que sirva de base fija al concepto de estado sanitario del país y de indicador fiel y constante a la acción de las autoridades, que guíe al higienista y al gobernante en la misión de estudiar la mortalidad [...], que descubra los males accidentales e inveterados que corroen la vida de los pueblos, y que proporcione elementos de juicio indispensables para el planteamiento de hondas y fructíferas reformas».

3.2. El problema de la definición de los datos de interés, su recogida y publicación

La atención de las autoridades sanitarias españolas se centró en la recogida de las cifras de mortalidad y en las de morbilidad; mas si bien, como recordaba Pascua con palabras de Bertillon, «No hay

(34) Ramón Maurell García: «La mortalidad en España en 1900». *Gaceta Médica de Granada*, 20 (1902), 505-512 (cita de pág. 511). Este autor era estadístico con destino en la provincia de Granada, desde 1882.

(35) «Memoria», en: *Boletín Demográfico Sanitario* (1905), pág. IX.

más que un modo de entender la palabra *muerte*; pero hay muchos de entender la de *enfermedad*» (36), respecto a todo lo demás existieron, y existen, una pluralidad de criterios. Así pues, el primer problema que hubo de solucionar fue la congruencia o normalización de los registros. La otra cuestión importante a resolver fue la determinación de los responsables de la recogida y transmisión de los datos, así como el sentido de la misma. Por último, la recogida de datos conducía a su plasmación en publicaciones oficiales seriadas, que también tuvieron una vida agitada, con numerosas alteraciones.

Todas estas cuestiones se plantearon con crudeza desde los inicios del siglo, de modo que, a continuación, vamos a acercarnos a las distintas soluciones o intentos de solución que encontraron a lo largo del tiempo.

Ya hemos conocido los sucesivos intentos de establecer la compilación reglada de datos demográfico-sanitarios, y su plasmación en publicaciones oficiales, durante el siglo XIX, así como que el *Boletín de Sanidad* dejó de publicarse desde el 1.º de enero de 1897. La Orden Circular de la Dirección General de Sanidad de 12 de diciembre de 1899 (*Gaceta* del 16), siendo director Carlos M.^a Cortezo, dispuso su reanudación, a partir de comienzos de 1900. A la vez, mandó recuperar los tres años anteriores de forma extraordinaria.

La medida fue saludada como una prueba más del fortalecimiento de la nueva dependencia central sanitaria (37); en particular porque se empleara en la compilación de la nueva estadística sanitaria «al personal más apto y entendido», o sea, a los médicos. Sin embargo, no dejaron de señalarse algunos problemas inherentes a la misma, comenzando por la falta de definición respecto a qué médico municipal correspondía a la responsabilidad de la compilación local, en las poblaciones donde hubiese más de uno. Otra objeción se refería a que, al estar en blanco las casillas destinadas a las enfermedades infecciosas e infecto-contagiosas, se propiciaba la confusión entre los criterios particulares de cada informante; a este respecto, el médico autor de estas reflexiones que comentamos recomendaba algo similar a «lo establecido por el célebre demógrafo de París doctor Bertillon» (38). Una última nota de interés entre estas sugerencias era la conveniencia que apuntaban de hacer que la información circulara tanto hacia el centro como hacia la periferia, esto es, que los subdelegados comunicaran a los médicos comarcanos el estado de su distrito, a fin de estimular

(36) Marcelino Pascua: *Morbilidades globales*. Madrid, Instituto Nacional de Previsión (Publ. núm. 468), 1935, pág. 6.

(37) Junco, J. J.: «Las nuevas estadísticas sanitarias». *El Siglo Médico*, 47 (1900), 361-362; 393-395; 408-409.

(38) *Op. cit.*, pág. 363. Se refería a la Clasificación Internacional de Causas de Muerte, encargada al francés por el Instituto Internacional de Estadística en 1891.

«los conocimientos de higiene local y despertar el interés por la estadística»(39).

La orden de Cortezo sirvió para reavivar el mencionado *Boletín de Sanidad* hasta abril de 1901, cuando se dispuso que correspondía a los ayuntamientos la formación de estados de natalidad y mortalidad mensuales, obtenidos de sus respectivos Registros civiles, a remitir a la D.G.S. en los diez primeros días del mes siguiente, donde se procedería a su publicación oficial en la *Gaceta de Madrid* (40). Aparentemente, se trataba de extender al conjunto del país el modelo puesto en práctica con la capital del Reino. Durante 1900, y desde una fecha anterior (41), la *Gaceta* publicó unos «estados relativos a las inhumaciones autorizadas por el Ayuntamiento de esta Corte el día...» (tres o cuatro antes de la fecha de publicación), que incluía el resumen por causas de las defunciones, en cuatro grupos: *enfermedades infecciosas* (42), *infecto-contagiosas* (43), *comunes* y *por muerte violenta*. Asimismo se incluían «Resúmenes mensuales» de dichos datos, con el cálculo de las mortalidades medias diarias por todas las causas y por infecciosas e infectocontagiosas y de las tasas de mortalidad mensual, comparadas, unas y otras, con las respectivas del mes anterior (44).

A partir de mayo de 1901, y hasta diciembre de 1903, se publicaron, efectivamente, dichos resúmenes mensuales, pero abarcando ya a las capitales de provincia (45). En ellos, las causas de muerte se ceñían a las de la Nomenclatura Internacional abreviada (con 40 rubros o entradas).

Esta información, según testimonios oficiales de la época, sufrió «[...] lamentables inconvenientes y dificultades... por haber dejado de cumplir muchos inspectores tan ineludible deber [...]» (46).

(39) *Op. cit.*, pág. 408.

(40) «Memoria», en: *Boletín Demográfico Sanitario* (1905), pág. IX.

(41) Aunque no he podido precisar con exactitud el momento en que comenzó esta vinculación con la *Gaceta*, el Ayuntamiento de la capital de España publicaba, sólo desde 1896, un *Boletín de Estadística Demográfica*, producto de su gabinete de estadística, sin duda condición necesaria para lo que comentamos.

(42) Se refería a paludismo, actinomicosis, pelagra y otras.

(43) Incluía viruela, sarampión, escarlatina, erisipela, tifoidea, gripe, enfermedades puerperales, disentería, coqueluche, difteria, tuberculosis, lepra, sífilis, carbunco, hidrofobia, cólera, fiebre amarilla, peste y otras.

(44) Por ejemplo, la *Gaceta* del 10 de octubre de 1900 publicaba las cifras de septiembre (págs. 132-133), como la del 29 de noviembre publicaba las correspondientes a octubre (págs. 798-799).

(45) Por ejemplo, a 30 de octubre de 1901 se publicaba el «Resumen» correspondiente a septiembre (págs. 500-501).

(46) «Memoria», *Op. cit.*, pág. X.

En materia de estadística demográfico-sanitaria, la I.G.S. fue más allá y, en virtud de su capítulo XVI (arts. 180 a 189), ordenó la preparación sistemática de estadísticas de morbilidad. Para ello, todos los médicos que prestaban asistencia en centros de cualquier tipo, dispensarios, asilos u hospitales, debían remitir mensualmente la relación de enfermos asistidos, con expresión del diagnóstico y estado al alta, en su caso. Las cifras, compiladas por los inspectores municipales en los diez primeros días del mes siguiente, debían remitirse, a su vez, a los inspectores provinciales a través de los subdelegados, o inspectores de distrito. Desde allí, «formado un solo cuadro» (art. 185), se encaminarían a la Inspección General de Sanidad Exterior, que debía proceder a su publicación abreviada en la *Gaceta de Madrid*. Del mismo modo, adjuntándole los comentarios oportunos, desde la Inspección pasarían a la Comisión de estadística del Real Consejo de sanidad, que, luego de analizar y comentar las cifras, velaría por su publicación semestral en forma de *Boletín Demográfico Sanitario*.

Esta serie se inició en julio de 1905, con un contenido correspondiente al primer semestre de 1904 (47).

El plan fomado para estas publicaciones, que sólo idealmente se alcanzó, incluía estadísticas de nacimientos, defunciones, matrimonios y fecundidad, morbilidad, las llamadas «estadísticas especiales» y resúmenes provinciales. Los datos de matrimonio y fecundidad se tomaban del *Movimiento de población de España, año 1901*, del Instituto Geográfico y Estadístico. Las causas de muerte, por su parte, se distribuían de acuerdo con la Clasificación Internacional abreviada, por provincias, capitales, edades y sexos. Las «especiales» incluían las de mortalidad por causa infecciosa o infecto-contagiosa, por tuberculosis en las capitales de provincia (de 1901 a 1903) y la mortalidad de menores de cuatro años, así como estados referidos a la asistencia a leprosos.

El preámbulo del primer estudio, sin firma, advertía de algunos problemas que podían afectar a la interpretación de las tablas, tales como la disparidad entre las cifras de población referidas en los informes provinciales y las obtenidas del Censo de población, o la desemejanza entre los datos publicados en la *Gaceta* con anterioridad y los recogidos en el Resumen semestral, porque se habían corregido a la llegada de informes retrasados.

Los datos de morbilidad, no obstante, faltaban en la primera entrega de esta serie, dadas «[...] las dificultades que ofrece [...]», aun cuando se proponía su futura incorporación

(47) Inspección General de Sanidad Exterior. Boletín Demográfico Sanitario, 1904, primer semestre. Madrid, Imp. Hijos de J. A. García, 1905. Ordenada su publicación, y permitida la de los subsiguientes, mediante R.O. de 20 de junio de 1905.

«[...] si, como es de creer, responden los médicos libres a las constantes excitaciones que por los inspectores y subdelegados se les dirigen [...]» (48)

Tales ausencias y comentario nos certifican el estado de debilidad que afectaba a los cimientos del edificio estadístico sanitario español a principios de siglo.

Hasta finales de 1909 no se convirtió en realidad la entrega mensual de estos registros, en forma de *Boletín de Estadística Demográfico Sanitaria*.

Una R.O. de 2 de julio (*Gaceta* del 6), siendo ministro de Gobernación La Cierva, reorganizó el Servicio estadístico de Sanidad, disponiendo la publicación mensual de una compilación con los datos de las capitales de provincia y poblaciones de más de 10.000 habitantes. Se dispuso que estaría formada por la mortalidad general (por causas según la pauta de Bertillon), la mortalidad por infecto-contagiosas, la morbilidad de hospitales y principales establecimientos benéficos, la natalidad, anotaciones meteorológicas, así como por estadísticas especiales, que pudieran «servir de estudio y fundamento de medidas profilácticas». Con buen criterio se planteaba como objetivo no sólo conseguir una estadística completa, sino hacerla pública «en tiempo oportuno», esto es, sin retrasos.

De forma prácticamente inmediata a su aparición (el número 3 lleva fecha de diciembre de 1909), se volvió a modificar el contenido del mencionado Servicio, por R.O. de 20 de diciembre de 1909 (*Gaceta* del 22), dictada por el ministro Alba. A causa, según la referida disposición, de la ausencia, retraso o inexactitud de los datos, que producían una estadística incompleta de sólo 33 provincias, se restringió su cumplimiento, encomendado al inspector provincial de Sanidad, a partir de 1 de enero siguiente, a las capitales de provincia. Además, los datos de natalidad y mortalidad global se tomarían del Instituto Geográfico y Estadístico, mientras que la morbilidad se entendía exclusivamente de las enfermedades infecciosas, de las que recordaba la obligación de informar ante los inspectores municipales, amenazando con sanciones.

Es conveniente, en este momento, hacer referencia a la instauración de la normativa para enfermedades de declaración obligatoria.

Unos meses después de la disposición de Cortezo en 1899 que hemos señalado, un nuevo director general de Sanidad, Francisco de Cortejarena, mediante Circular de 10 de octubre de 1900, obligaba a todos los médicos a dar parte, ante el subdelegado de Medicina correspondiente, de la existencia de enfermos diagnosticados de

(48) *Op. cit.*, pág. XIII.

enfermedad infecciosa o contagiosa, tanto con finalidad profiláctica, para evitar su propagación, como para contribuir a la formación de la estadística demográfico-sanitaria.

Esta circular se completó por Real Decreto de 31 de octubre de 1901 (*Gaceta* del 4 de noviembre), dispuesto por iniciativa de Angel Pulido. Además de renovar la forzosidad de las medidas de desinfección para estos casos, el Decreto precisaba que serían de declaración obligatoria ante las autoridades municipales, responsables de la aplicación de dichas medidas, determinadas enfermedades, desde la peste a la tuberculosis (49).

La declaración obligatoria de enfermedades infecto-contagiosas fue ratificada por la Instrucción General de Sanidad de 1904 (50), y vuelta a precisar por otro R.D. de 10 de enero de 1919, que las dividió en dos grupos: A, exóticas o pestilenciales, y B, infecciosas comunes (51). El plazo establecido en este último R.D. para la declaración era de veinticuatro horas consecutivas al diagnóstico, sin que fuera precisa más allá de la sospecha clínica. El cuadro o lista de las E.D.O. se fue modificando con el transcurso del tiempo, incluyendo nuevas enfermedades (52).

Según la misma Instrucción General de Sanidad, las competencias de recogida de los datos estadísticos recaían en los inspectores municipales y, secundariamente, en los provinciales de Sanidad. A los primeros correspondía servir de cauce a las notificaciones y estadísticas que estaban obligados a realizar los médicos con ejercicio en sus respectivos distritos (art. 55; arts. 63 y 64), actividad que debían estimular. Los segundos se restringían al control de la actividad de los anteriores.

El inspector general de Sanidad Exterior, Manuel Martín Salazar, responsable de la estadística sanitaria en nuestro país, afirmaba, en 1913, que el mayor escollo que impedía alcanzar resultados eficaces era la insuficiencia del primer escalón en la recogida de datos, esto

(49) Se trataba de peste, fiebre amarilla, cólera, lepra, viruela, sarampión, escarlatina, difteria, tífus exantemático, fiebre tifoidea y tuberculosis.

(50) Art. 124 y Apéndice I, con la lista de diagnósticos considerados de declaración obligatoria, a saber: disentería; fiebre tifoidea; viruela; varioloide; varicela; difteria; escarlatina; sarampión; meningitis cerebroespinal; septicemias, especialmente la puerperal; coqueluche; gripe; tuberculosis; peste, fiebre amarilla y cólera.

(51) Esta lista añadió a las de la I.G.S. las siguientes: tífus exantemático; parálisis infantil; lepra; tracoma y enfermedades escolares de origen parasitario.

(52) Como rabia (abril 1917); encefalitis letárgica (mayo de 1920); brucelosis, carbunco, fiebre recurrente, paratifoideas, paludismo, poliomiéltis, reumatismo cardiovascular, oftalmía purulenta del R.N. y triquinosis (Ley de Bases de Sanidad de noviembre de 1944 y Reglamento de 20 de julio de 1945). También se suprimió la denominación de varioloide (1945).

es, la falta de motivación de los médicos titulares e inspectores municipales (53).

Los datos recogidos en el *Boletín Mensual de Estadística Demográfico Sanitaria* se referían a instituciones tales como Laboratorios e Institutos de Higiene o estaciones sanitarias de puertos, cuantificando las actividades que les eran propias, así como los diagnósticos de hospitales, asilos o similares (de estos últimos, de los que enviaban datos). A partir de 1910, las defunciones —sólo de las capitales de provincia, recordemos— aparecían distribuidas por causas (Nomenclatura Internacional abreviada), por sexos y por tres grupos de edad (menores de un año, menores de cinco y mayores de cinco años) (54). La natalidad se estructuraba por sexos, legitimidad y vitalidad (nacidos vivos, nacidos muertos, muertos al nacer, muertos antes de las veinticuatro horas). Los datos meteorológicos, oscilaciones termo-barométricas, dirección predominante del viento y cantidad de lluvia, entre otros, constituyen una curiosa reliquia, resto de una concepción epidemiológica que podría pensarse desfasada en aquellos años; sin embargo, todavía en los años treinta M. Pascua postulaba su mantenimiento a efectos de facilitar «estudios epidemiológicos» (55).

Apenas hay texto legal, posterior a la instrucción General, dirigido a los sanitarios de primer y segundo nivel (municipal y provincial) que no incluya alguna referencia de recuerdo o de precisión de las obligaciones en cuanto al procedimiento estadístico. Así, el Reglamento de 1920 del Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad consignó como primera función de los mismos vigilar el cumplimiento del deber de declaración de enfermedades infecciosas (art. 22) (56). Obligación principal era, asimismo, la de vigilar la remisión de los partes diarios de defunción por todas las causas (art. 23). Otra función genérica consistía en la preparación de una Memoria-resumen anual,

(53) «Con la actual organización del servicio de estadística establecido por la vigente Instrucción de Sanidad, los inspectores municipales de Sanidad, que son a la vez los médicos titulares, a quienes sin retribución alguna se les exige condensar y enviar los partes de las enfermedades infecciosas, olvidan de tal suerte esta obligación que no hay medio legal, práctico, de imponerles su cumplimiento...» Manuel Martín Salazar: *La Sanidad en España. Discursos leídos ante la real Academia de medicina en la recepción pública del Ilmo. Sr. Doctor... el día 8 de junio de 1913*, Madrid, Imprenta del Colegio nacional de Sordomudos y de Ciegos, 1913, pág. 61.

(54) Las defunciones ocurridas en establecimientos benéficos se dividían sólo en dos grupos, en torno a los cinco años.

(55) En la Ponencia presentada ante el Primer Congreso Nacional de Sanidad, mayo de 1934.

(56) Citado a partir de la compilación legislativa de José de la Peña: *Legislación sanitaria vigente de Medicina*, 2.^a ed., Avila, Tip. y Encuad. Senén Martín, 1926, págs. 104 y sigs.

donde debían incluirse «los datos estadísticos de importancia sanitaria referentes a la provincia» (art. 48).

Por su parte, el Reglamento de Sanidad municipal de 1925 acordó, de nuevo, que las estadísticas debían compilarse de morbilidad y mortalidad (57). Para ello, los inspectores municipales debían requerir de los alcaldes, mensualmente, los datos de mortalidad, con sus causas, que, unidos a los datos de morbilidad declarados por los médicos libres, se debían enviar por el conducto reglamentario hasta el centro.

La voluntad legislativa, sin embargo, no bastaba para suplir las carencias de formación y estímulo de los médicos de primera línea. Envueltos en halagos, no deja de ser revelador este fragmento de 1927 (58):

«El ritmo que marca la Dirección General de sanidad es demasiado rápido para que los inspectores municipales de Sanidad lo sigan, y por eso, cuando el doctor Murillo señala la tercera etapa de actuación, los inspectores están organizando la primera.»

Bien es verdad que de esas «tres etapas» (burocrática, inspectora y educativa), era la primera la que tenía que ver con el tema que nos ocupa, por lo que la opinión del comentarista iba en el sentido de considerar asumidas por los inspectores municipales de sanidad las tareas de

«[...] formación de estadísticas, el registro de las vacunaciones, las actas de las Juntas municipales de Sanidad, la tramitación de expedientes, el archivo de documentos [...]», etc. (59).

Para hacernos una idea de la práctica real, advirtamos que, por ejemplo, el Instituto Provincial de Sanidad de Almería hizo públicas, por vez primera, cifras mensuales de morbimortalidad por enfermedades infecto-contagiosas (de declaración obligatoria) en marzo de 1928, así como redactó una Memoria bianual (1926-27), también en 1928 (60).

(57) Artículo 48, según J. de la Peña (1926): *Op. cit.*, pág. 206.

(58) Martorell: «Educación sanitaria». *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 2 (1927), 808-810, cita de pág. 809.

(59) *Op. cit.*, pág. 810.

(60) Inspección Provincial de sanidad: «Estado sanitario provincial. Resumen de las enfermedades infecto-contagiosas que se han presentado en la provincia durante el mes de marzo». *Boletín del Instituto Provincial de Higiene*, 2 (núm. 16) (1928), pág. 123; y «Exposición explicativa de las gráficas de morbilidad y mortalidad por infecciosas durante el año 1927, ante la capital y provincia de Almería». *Bol. Ins. Pro. Hig.*, 2 (núm. 18) (1928). este último número incluye una «Estadística de morbilidad (enfermedades infecciosas)» de la provincia, distinguiendo ya los datos entre la capital y el resto de poblaciones, referida a abril de 1928. Agradezco a Porfirio Marín el suministro de estos datos.

La llegada de Francisco Murillo a la Dirección General de Sanidad en tiempos de Primo de Rivera marcó una mayor sensatez en lo tocante a la recopilación de datos demográfico-sanitarios. / aunque no se modificó la legislación, sino, como hemos señalado, se reafirmaron las obligaciones de los sanitarios locales, la nueva publicación oficial, el *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, iniciada en 1926, se limitó a emplear los suministrados por la Jefatura Superior de estadística (61) del Ministerio de Trabajo. Tales datos, en forma de «Resúmenes mensuales de natalidad y mortalidad» vieron la luz en la «Sección de estadística» del mencionado *Boletín Técnico*, que, con posterioridad, antecedió su nombre por el de *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Antes de mediados de cada año, igualmente, aparecía el «Resumen anual» del anterior (62).

La composición de estos «Resúmenes mensuales» era similar a la de los *Boletines* mensuales anteriores: los nacimientos, repartidos según sexo, legitimidad y vitalidad; las defunciones, por sexos, cuatro grupos de edades y por algunas causas de muerte (63).

Los anuales se componían de 13 estados numerados, dando cuenta de los distintos «coeficientes» (tasas) y de las comparaciones interprovinciales e intercapitalinas según ellos. En la mortalidad por causas, sólo se consideraban las infecciosas. Además, otros varios, sin numerar, bajo la denominación genérica de «estados relativos al movimiento natural de la población de España en el año...».

En marzo de 1930, una disposición ministerial, firmada por Enrique Marzo Balaguer (64), ordena la reanudación del servicio estadístico propio de Sanidad a partir del 1.º de julio inmediato. Llamaba a corregir «[...] con la mayor urgencia... la declaración defectuosa, en número y rapidez, de los casos que la ley señala [...]» —moribimortalidad de enfermedades de declaración obligatoria y otros datos del Registro civil—, confiando en que la nueva situación de los titulares, adscritos al Cuerpo Nacional de Inspectores Municipales de Sanidad, lo permitiera.

Este servicio debía abocar en la confección de un *Boletín* semanal, que recogiera los datos remitidos, por medio de los inspectores municipales y provinciales, por todos los médicos de

(61) Se trata del Instituto Geográfico y Estadístico, que cambió de nombre en 1926, para recuperarlo con la República (Instituto Geográfico, Catastral y Estadístico).

(62) Por ejemplo, en el mes de mayo de 1927 se publicó el correspondiente a 1926 (*Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 2, 319-355); el de 1927 lo hizo en el vol. 3, págs. 203-239; el de 1928, en el vol. 4, págs. 222-259; el de 1930, en vol 5, págs. 138-175, etc.

(63) Se trataba de fiebre tifoidea, viruela, sarampión, escarlatina, coqueluche, difteria y crup, gripe, tuberculosis pulmonar, cáncer y otros tumores malignos, y septicemia puerperal.

(64) R.O. de 27 de marzo de 1930 (*Gaceta* del 29), págs. 1971-72.

capitales de provincia y poblaciones de más de 20.000 habitantes. Así se hizo, en efecto, a partir del 1.º de junio para las grandes ciudades y desde el 5 de octubre para el resto de poblaciones (éstas, agrupadas) (65).

El Gobierno provisional republicano mantuvo en vigor esta disposición, que data de una fecha en la que ya Marcelino Pascua colaboraba en el Servicios de estadística de la Dirección General de Sanidad, recordándola al menos en dos ocasiones, en 1932 y 1936, respectivamente. La Circular de 3 de mayo de 1932 (*Gaceta* del 6) se quejaba de las «deficiencias o retrasos» en la producción del servicio y reiteraba la legislación vigente. La Orden de 15 de febrero de 1936 (*Gaceta* del 18, rectificada el 20), por su parte, volvía a quejarse del «descuido harto notorio y reiteradamente comprobado» del primer nivel de atención sanitaria, a los efectos de la recogida de información estadístico-demográfica y, en particular, de la notificación de casos y muertes por enfermedades infecto-contagiosas. La misma queja se encuentra en diversos escritos del propio director del Departamento de estadísticas Sanitarias (66).

Los *Boletines* semanales de esta última época incluían, además de lo ya advertido, las declaraciones de morbilidad de paludismo y otras parasitosis atendidas en los dispensarios de la Comisión Central Antipalúdica, así como la mortalidad de la ciudad de Madrid, clasificada por grupos de edades y por causas de defunción (según la Nomenclatura abreviada internacional de 1930).

Por lo que se refiere a las cifras generales de mortalidad, Sanidad mantuvo durante la etapa republicana la pauta inaugurada en el período anterior de construir los «Resúmenes mensuales» y «anuales» a partir de las cifras del Instituto Geográfico y estadístico, que se publicaban en cada número de la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, separados para cada provincia y cada capital.

Ello no obstante, la Dirección General de Sanidad publicaba, en cuaderno aparte, el *Resumen de natalidad y mortalidad de España en el año...* (67).

(65) En el Primer Congreso Nacional de Sanidad, la ponencia presentada por Pascua, entonces jefe del Departamento de Estadística Sanitaria de la D.G.S., afirmaba que se publicaba dicho *Boletín* semanal «sin interrupción alguna desde el 7 de junio de 1930».

(66) Así, por ejemplo, en el Suplemento al núm. 241 de *Estadísticas sanitarias* del año 1934, escribía Pascua: «Las irregularidades incontrovertibles que sobre los datos suministrados por los inspectores provinciales de Sanidad se revelan en este trabajo [acerca de la morbilidad por fiebre tifoidea]... nos obligan a excitar la cuidadosa atención de los elementos sanitarios interesados en el problema sobre los términos de este estudio». Citado por Antonio Salvat Navarro (1935): *Tratado de higiene*, vol. 3, Barcelona, pág. 783.

(67) Por ejemplo, el de 1933 (1934: Madrid, 41 págs.) y 1934 (1935: Madrid, 41 págs.).

La Orden de 15 de febrero de 1936 (*Gaceta* del 18, rectificada el 20), último texto legal anterior a la guerra que hemos localizado sobre estas cuestiones, parece plasmación de los criterios expuestos por Pascua en su ponencia ante el Primer Congreso de Sanidad Nacional (1934), «Organización del servicio de estadísticas sanitarias y su utilización».

En dicha ponencia se planteaba, además de la descripción esquemática de lo que se hacía en el momento, una ambiciosa reflexión sobre la vinculación entre los distintos niveles sanitarios, municipales y provinciales, y la formación y usos de la estadística. Aparte de fustigar la postura rutinaria de algunos sanitarios del primer escalón (que, como podemos inferir del propio texto de la Orden de febrero de 1936, eran la práctica mayoría), en particular insistía en que las cifras tenían que ser estudiadas comparativamente, con lo que ayudarían a sustituir el principio metodológico de «a ojo de buen cubero» por lo que respectaba al análisis del estado de salud de una comunidad. Además, recalca que las estadísticas debían de servir de acicate para medidas concretas y eficaces. En un último apartado, Marcelino Pascua relacionaba toda aquella información que, paulatinamente y con la mejora del servicio, se debía tender a poseer (68).

Pues bien, la Orden citada estaba redactada situando la estadística en un contexto epidemiológico plenamente moderno. Asignaba a los epidemiólogos de los institutos provinciales de Higiene la función de ejecutar «el estudio cuidadoso» de los datos y redactar los informes que debían acompañarlos. También es de interés resaltar que la disposición mencionada mandaba comparar la sumatoria mensual de las cifras obtenidas por los partes semanales para las capitales de provincia con las publicadas en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, de otra procedencia, como ya hemos advertido.

Un poco antes, entre diciembre de 1935 y enero de 1936, existió un intento de ir adelantando en alguna de las líneas propuestas por Pascua; concretamente, la confección de tablas de morbilidad, que fue ordenada a final de año a los Institutos Provinciales de Higiene, para, de modo inmediato (O. de 16 de enero (*Gaceta* del 21), ser suspendida por su «escaso valor intrínseco», según los términos previstos para su realización, y la sobrecarga de tareas sanitarias.

(68) Se trataba de: «a) Datos meteorológicos diarios... b) Información epidemiológica regular de Sanidad Exterior. c) Estadísticas paralelas... del Ejército y la Armada... d) Estadísticas mensuales... de Instituciones hospitalarias y sanatoriales. e) Informes [mensuales] de los distintos dispensarios... f) Estadísticas de... invalideces. g) información de morbilidad... de Compañías aseguradoras... h) Estudio riguroso de experiencias sanitarias típicas... que sirvan... para establecimiento de cálculos en el seguro de enfermedad. i) Estadísticas... de vacunaciones verificadas... contra diversas enfermedades».

La sistemática semanal en la recogida de datos demográfico-sanitarios continuó después de la guerra. El Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación publicaba un cuaderno de *Datos relativos a la semana que terminó con el sábado...*, con un lapso de unas dos semanas. La disposición y naturaleza de los datos contenidos en este folleto era idéntica a la de los *Boletines semanales de estadísticas sanitarias* del tiempo de la República (69).

3.3. El análisis de los datos

Los esfuerzos de los sanitarios españoles se dirigieron, en primer lugar, a asegurar el flujo regular y uniforme de los datos estadísticos. Sólo Martín Salazar, siendo máximo responsable del servicio estadístico sanitario, en 1913, aprovechando su toma de posesión como académico ante la Real de Medicina, intentó una recapitulación analítica del primer decenio del siglo XX. Sin embargo, hubo de confesar su impotencia ante la fragilidad, irregularidad y escasez de las series propias de su Departamento y recurrir a los datos del Instituto Geográfico y Estadístico (70). Este recurso fue habitual entre los sanitarios, como se advierte en otro importante trabajo de Murillo Palacios, también, más tarde, director general de Sanidad (71). A nivel provincial, cuando existía la necesidad de examinar «los grandes números» de la mortalidad, los estudiosos recurrían al examen personal de las papeletas de defunción depositadas en los Registros civiles (72).

Esta situación comenzó a cambiar a finales de la tercera década del siglo, coincidiendo con el empleo del médico vallisoletano Marcelino Pascua Martínez (1897-1977) en el Departamento Estadístico de

(69) Incluía la relación cuantitativa de las declaraciones obligatorias, por ciudades de más de 20.000 habitantes y por provincias. Asimismo, por capitales de provincia y ciudades de más de 20.000 habitantes, desglosadas, indicaba los nacidos vivos y muertos, el total de defunciones, el número de fallecidos menores de un año y el número de casos y fallecimientos por las E.D.O. Todos estos datos los daba acumulados para el resto de las poblaciones, por provincias, así como la distribución por causas de muerte, según la Nomenclatura internacional abreviada de 1941, de los fallecidos en la ciudad de Madrid.

(70) «... los datos que en conjunto se reciben y recopilan en la Inspección General son de tal manera incompletos y defectuosos, que he tenido que renunciar a sacar de ellos los elementos de juicio que necesitaba para dar aquí una idea aproximada de la morbosidad actual de España...» Martín Salazar: *op. cit.*, en nota 53, pág. 61.

(71) «La defensa social de la Salud Pública», en: *Discursos leídos en la Real Academia de Medicina... el día 14 de julio de 1918*. Madrid, Impr. y Libr. de Nicolás Moya, 1918, págs. 11-60.

(72) Es el caso del Inspector provincial de Sanidad de Valladolid, Román García Durán: «Estadística de mortalidad infecciosa registrada en Valladolid durante los años 1900 a 1914 y consideraciones que de ella se deducen». *Clínica Castellana*, 5 (8) (1915), 112-126.

la Dirección General de Sanidad, a quien podemos considerar como el primer bioestadístico español (73).

A partir del cuarto volumen del *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, correspondiente a 1929, comienzan a aparecer trabajos de análisis sobre ámbitos cronológicos prolongados, de comparación internacional o sobre mortalidades específicas. El primero que hemos encontrado lleva la firma (oculta) de José Sánchez Verdugo, de quien carecemos de otros datos, y se titula: «Mortalidad por grupos de edades en España», referido a los trienios 1910-12 y 1920-22, con distribución provincial de grupos etarios decenales, salvo los infantiles, así como comparando las tasas nacionales españolas, sin explicitar el año, con las de otros ocho países europeos (74).

También en el volumen siguiente, el mismo autor publicó un largo estudio titulado «Mortalidades crudas y standardizadas en las provincias y capitales españolas» (75).

M. Pascua, que firmaba el prólogo del estudio anterior, a su vez, contribuía con cuatro artículos a la misma revista entre 1930 y 1931 (76), y otro más en 1934 (77), aparte de sus folletos y monografías editadas dentro de la colección del Departamento de Estadísticas Sanitarias que él mismo dirigía, o por la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias, entre ellas dos que no parecen haber sido superadas: *La mortalidad infantil en España* (1934) y *Mortalidad específica en España*, 2 vols. (1934-35). Esta última acometía, por vez primera en España, el cálculo pormenorizado por sexos y grupos de edad de las tasas específicas de mortalidad por los 38 grupos de causas de la Nomenclatura internacional abreviada, para el período 1911-30, lo que le obligó, en primer lugar, a calcular las poblaciones intercensales.

(73) Carecemos, todavía, del estudio biográfico que haga justicia a la intensa vida, profesional y política, de esta figura, que, a causa de su destacada militancia socialista, debió exiliarse tras la guerra civil, para ocupar destacados puestos en la O.M.S. Cf. la noticia biográfica firmada por Josep Bernabeu en el *Diccionario de la Historia de España* (Madrid, Alianza Editorial, 1991).

(74) «Mortalidad por grupos de edades en España». *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4 (1929), 28-47. El nombre del autor, no incluido por error, se da a conocer en pág. 129. Los países con los que, desfavorablemente, se compara España son: Bélgica, Dinamarca, Escocia, Holanda, Hungría, Inglaterra y Gales, Noruega y Suecia.

(75) *Bol. Tec. Dir. Gen. San.*, 5 (6) (1930), 449-456 y 6 (3) (1931), 129-137.

(76) «Revisión decenal de las Nomenclaturas nosológicas». *Bol. Tec. Dir. Gen. San.*, 5 (1930), 91-113; «Frecuencia de alumbramientos múltiples en España» *Bol. Tec. Dir. Gen. San.*, 5, 381-383; «La mortalidad por viruela en España en lo que va de siglo» *Bol. Tec. Dir. Gen. San.*, 5, 832-848; «Mortalidad real en España en el período 1921-29». *Bol. Tec. Dir. Gen.*, 6 (1931), 208-212 [reproducido en los *Anales del Instituto Nacional de Previsión*, núm. 90, 323-326, mismo año].

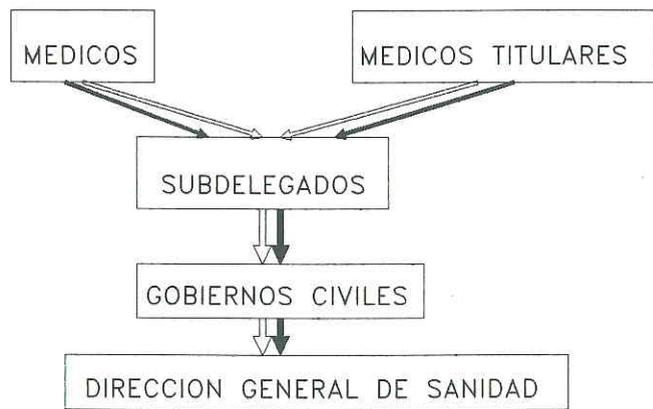
(77) «Mortalidad española en el siglo XIX». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 9 (1), 577-579.

En resumen, la constante existencia de problemas en la recogida de los datos de interés sanitario, la discontinuidad de la publicación oficial, la debilidad de los apoyos demográficos y la falta de estudios analíticos estadísticos son todas señales que muestran el desarrollo precario de una de las bases científicas de la Salud Pública durante la primera mitad del siglo XX en España.

ESQUEMAS

ESQUEMAS DE LAS DISTINTAS VIAS DE RECOGIDA DE DATOS Y PUBLICACIONES ESTADISTICO-SANITARIAS PRODUCIDAS POR LA ADMINISTRACION CENTRAL ESPAÑOLA, 1899-1936

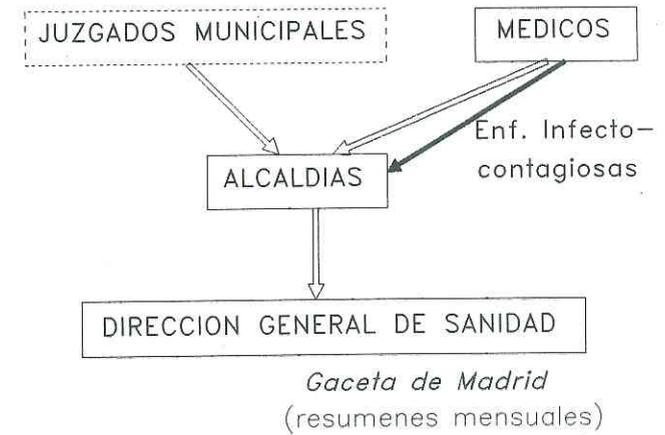
1 8 9 9



Boletín de Sanidad

→ Mortalidad → Morbilidad

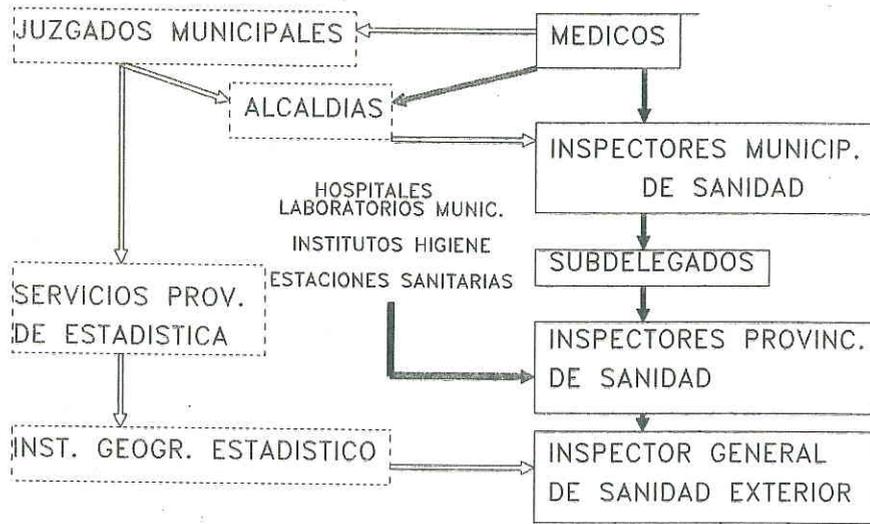
1 9 0 1



Gaceta de Madrid
(resúmenes mensuales)

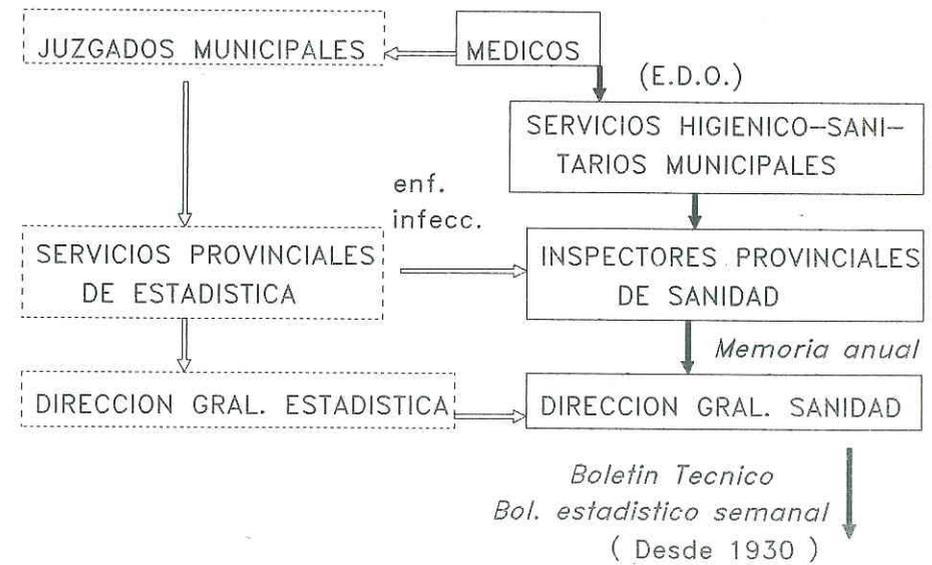
→ Mortalidad
→ Morbilidad

1905



Gaceta (mens.)
Bol. demografico sanitario(semanal)
Bol. estadistica demografico-sanitaria(mens.) 1909
Anuario Direccion Gral. Sanidad

1926



Boletin Tecnico
Bol. estadistico semanal
 (Desde 1930)