

El Informe del consultor de la OMS Fraser Brockington de 1967 en el contexto del reformismo sanitario franquista

Esteban Rodríguez-Ocaña (*) y Rosa Ballester Añón (**)

(*) orcid.org/0000-0003-4195-4487. Historia de la Ciencia. Universidad de Granada. erodrig@ugr.es

(**) orcid.org/0000-0002-7870-4185. Historia de la Ciencia. Universidad Miguel Hernández. rosa.ballester@umh.es

Dynamis
[0211-9536] 2019; 39 (1): 477-496
<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v39i2.9845>

Fecha de recepción: 10 de julio de 2018
Fecha de aceptación: 2 de febrero de 2019

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—El Plan de Actividades Sanitarias (1965) 3.—El ideal higienista de Fraser Brockington y su visita a España. 4.—El Informe sobre la organización de los servicios sanitarios en España. 5.—Conclusión.

RESUMEN: Presentamos el informe redactado por Fraser Brockington, consultor de la OMS especializado en Administración de Salud Pública, consecuencia de su viaje a España como parte del desarrollo del proyecto E30 sobre la creación de una zona de demostración, formación e investigación sanitaria. Damos cuenta de algunos de sus contenidos más críticos, lo insertamos en el contexto del naciente reformismo sanitario español, unido a los Planes de Desarrollo, y situamos las ideas del autor en materia de Salud Pública a la luz de algunas de sus más importantes publicaciones. Resulta llamativa la semejanza de los problemas que encontró Brockington en 1967 con los revelados por Charles Bailey en un Informe similar redactado en 1926 para la Fundación Rockefeller.

PALABRAS CLAVE: política sanitaria, reforma sanitaria, zona de demostración sanitaria, Talavera de la Reina, Rodrigo Varo.

KEYWORDS: health policy, health reform, health demonstration zone, Talavera de la Reina, Rodrigo Varo.

1. Introducción

La actividad principal desarrollada por la Organización Mundial de la Salud dentro de la Región Europea, en sus primeros tiempos, se concentró en la formación profesional a través de acuerdos entre países, viajes de estudio y ayudas a las Escuelas Nacionales de Sanidad. Hubo, asimismo, proyectos de

colaboración específicos con determinados países (proyectos-país) si bien las condiciones socioeconómicas y culturales del continente hicieron que su peso en el total de actuaciones tuviera mucha menor proporción que en otras regiones con mayor abundancia de países típicamente poco desarrollados según los estándares al uso¹. Entre los pocos países europeos receptores de esta modalidad de ayuda estuvo España, desde 1952².

La colaboración adoptó la forma de consejo experto para el establecimiento o mejora de determinados servicios, lo que en determinadas ocasiones incluyó el préstamo, por así decir, de personal especializado, así como el suministro de equipos y material especial diagnóstico y terapéutico, que solía hacerse conjuntamente con otras agencias, como UNICEF o FAO, contando con los fondos de Asistencia técnica de Naciones Unidas, luego convertidos en Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Las becas y ayudas económicas personales o institucionales con objetivos de formación procedían de los propios fondos de la OMS o bien de los de la Asistencia técnica. Es importante subrayar que una precondition de este tipo de acuerdos era que la contribución económica nacional fuese al menos igual a la internacional.

De manera general, la colaboración tenía objetivos concretos a corto plazo, ligados a problemas específicos y, de forma más llamativa, a los proyectos de erradicación, o bien objetivos de más largo alcance, vinculados a cambios organizativos y estructurales de mayor calado, que implicaban la habilitación de centros de nuevo tipo y la formación de nuevos segmentos profesionales o la remodelación de ocupaciones tradicionales³.

Los contactos de España con la OMS tomaron cuerpo con la Dirección General de Sanidad (en adelante, DGS) en manos de José Alberto Palanca Martínez-Fortún (1888-1973)⁴. Entre 1952 y 1957 se iniciaron cinco proyec-

-
1. Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1958; p. 164.
 2. Ballester Añón, Rosa. España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la salud pública internacional (1948-1975). Discurso de recepción... Valencia, Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, 2016; Castejón-Bolea, Ramón; Rodríguez-Ocaña, Esteban. El control de las enfermedades venéreas en España durante la década de 1950: los inicios del Proyecto España 8 de la OMS. En: Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon, eds. Al servicio de la salud humana: la Historia de la Medicina ante los retos del siglo XXI. Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols, Institució Milà i Fontanals (CSIC); 2017, p. 101-108.
 3. Brockington, C. Fraser. La salud en el mundo, Buenos Aires: EUDEBA, 1964; p. 216-220.
 4. Rodríguez-Ocaña, Esteban. España y la Organización Mundial de la Salud en tiempos de Palanca: una evaluación provisional. *Asclepio*, 2019 (1); <https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.06>.

tos de colaboración (Enfermedades endemo-epidémicas, Sífilis congénita, Higiene materno-infantil, Lucha contra oftalmías transmisibles y Rehabilitación de discapacitados infantiles). Con Jesús García Orcoyen (1903-1988), quien ocupó el mismo cargo desde mediados de 1957 hasta 1973⁵, dicha colaboración conoció un incremento notable. Hasta 1967 el número de proyectos se elevó a quince, de los que fueron nuevos los referidos a Agua y Saneamiento, Erradicación del paludismo, Enfermedades víricas, Salud mental infantil, Zona de demostración y formación profesional, Educación sanitaria, Lepra, Enseñanza de enfermería, Estadística sanitaria y Servicios de salud mental. A partir de 1968 se sumaron más, sobre administración hospitalaria y enseñanza médica, varios en torno a problemas de contaminación ambiental.

Parte de dicha colaboración se estructuró como contribución a los Planes de Desarrollo, iniciados en 1964, como exigencia tanto de los organismos financieros internacionales como de las expectativas capitalistas de los sectores pujantes del interior, una vez fracasado el intento autárquico⁶. Bajo un manto autoritario, el régimen franquista aceptó una dinámica reformista en lo económico que impuso cambios profundos en la vida de los españoles y finalmente determinó la propia crisis final del mismo ante la incapacidad de asumir políticamente sus consecuencias⁷.

Este trabajo aborda el análisis de uno de los frutos del proyecto colaborativo España(E)30, que, en el contexto de los intentos de reforma de la prestación de atención sanitaria a la población rural, versó sobre la creación de un área de demostración y formación profesional⁸: el Informe redactado

-
5. Laín Entralgo, Pedro. Contestación al Discurso para la recepción pública del Académico electo Excmo. Sr. Jesús García Orcoyen. El factor riesgo en la descendencia humana. Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1974; p. 63-70.
 6. El Primer Plan de Desarrollo se plasmó en la Ley 194/1963, de 28 de diciembre, publicada en BOE, núms. 312 a 313, de 30 a 31 de diciembre de 1963 y 1 a 235 de 1 de enero a 1 de octubre de 1964. Se prorrogó su vigencia, por Decreto-ley 18/1967, de 28 de diciembre (Ref. BOE-A-1967-20435). Alsina Oliva, Rosa. La estrategia de desarrollo planificada en España, 1964-1975, Tesis doctoral en CC Económicas, Universidad de Barcelona, 1987. Sobre su vinculación con la salud, véase Martínez Navarro, J. Ferrán. Transición democrática y fin de la Higiene Pública. In: Enrique Perdiguero-Gil, editor. Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la Transición democrática. Elche: Universidad Miguel Hernández, edición electrónica; 2015.
 7. Mateos, Abdón; Soto, Álvaro. El final del franquismo, 1959-1975. La transformación de la sociedad española. Madrid: Historia 16-Temas de Hoy, 1997; Juliá, S. Un siglo de España. Política y sociedad. Madrid: Marcial Pons, 1999; Moradiellos, E. La España de Franco (1939-1975). Política y sociedad. Madrid: Síntesis, 2000.
 8. Sobre el enfoque y desarrollo de este proyecto véase Rodríguez-Ocaña, Esteban; Atenza Fernández, Juan. El Proyecto E30 OMS-España para el establecimiento de una Zona de Demostración

en 1967 por Colin Fraser Brockington, recién jubilado de la Universidad de Manchester y consultor al servicio de la OMS, tras una estancia de tres meses en España. Dicha misión pretendió alcanzar conocimiento suficiente sobre los principales problemas de la organización sanitaria española para precisar los contenidos necesarios de la prevista zona de demostración. Esta figura organizativa, nacida en Estados Unidos e importada a Europa tras la I Guerra Mundial, se consideraba ideal por la OMS para implantar novedades de gestión y enseñar a nuevos profesionales⁹. El texto del informe se mantenía inédito hasta que recientemente se ha publicado traducido al español, acompañado de una breve presentación¹⁰.

Para cubrir nuestros objetivos presentamos la agenda política reformista de la Sanidad española del franquismo, el Plan de Actividades Sanitarias de 1965, exploramos la personalidad del autor del informe y resumimos sus contenidos más críticos.

2. El Plan de Actividades Sanitarias de 1965

La colaboración de España con la OMS no se limitó a asegurar los aspectos materiales de ciertos proyectos de mejora, sino que entró a formar parte del mecanismo de legitimación interna de los intentos, finalmente fallidos, de un reformismo sanitario, en correspondencia con los aires planificadores que imperaban en la década de 1960. Su versión más completa fue el Plan de Actividades Sanitarias aplicable en el periodo 1965-1971.

La asunción del principio de planificación en lo tocante al ámbito económico-social implicó también a la DGS, de la que, en marzo de 1963, se decretó una reorganización, que se empezó a hacer realidad un año des-

sanitaria en Talavera de la Reina, 1965-1976. Simposio Salud, Enfermedad y Franquismo, UCLM-Ciudad Real, 27-28 junio 2018 [en prensa].

9. Zones de démonstration, de formation et de recherche en Santé publique. Rapport sur un Séminaire réuni par le Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Vésinet, 20-30 mars 1963. Hors commerce. Distribué par le Bureau Régional de l'Europe, OMS, Copenhague 1964. EURO-251 (ejemplar mimeografiado). Agradecemos a Juan Atenza, director del Centro Regional de Salud Pública de Talavera de la Reina, el facilitarnos una copia de este documento.
10. Rosa Ballester encontró un ejemplar mecanografiado en la Biblioteca de la OMS en Ginebra. Traducido al español figura como Anexo en Rodríguez-Ocaña, Esteban. La Sanidad franquista vista desde la OMS: El Informe Brockington (1967). Gaceta Sanitaria, 2018; 32 (6): 582-583; <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.004>.

pués¹¹. En septiembre de 1963, José Manuel Romay Beccaria sustituyó a Vicente Díez del Corral Sánchez al frente de la Secretaría Técnica, a la que se adscribió un Gabinete de Estudios y Planes Sanitarios. Se hacía visible al más alto nivel la opción de abordar «la contemplación de la realidad sanitaria con espíritu planificador» y conseguir «la inserción de la política sanitaria en la nueva estrategia de desarrollo socio-económico», que, según la Memoria de actividades correspondiente a 1964, condujo a la confección de un Plan Nacional de Sanidad¹². En 1970 se afirmaba también que las funciones de planificación sanitaria se habían incluido en los Planes de Desarrollo¹³.

Como ha referido Martínez Navarro, García Orcoyen explicó que su confección obedecía al «deseo de situar en línea estudios e inversiones en salud pública, por un lado, y los avances de los sectores económicos por otro», como consecuencia de la aprobación del Primer Plan de Desarrollo Económico y Social, tomando como punto de partida «el valor económico del hombre sano y del coste de la enfermedad» —con cita al texto famoso de Winslow de 1955¹⁴.

José Manuel Romay organizó en 1964 la redacción de un Plan Nacional de Sanidad, a través de varias ponencias para la recogida de datos estadísticos, evaluación de las prestaciones y propuesta de cambios y objetivos en orden priorizado¹⁵. Un informe del médico francés Paul V. Ollé, que visitó España enviado por la OMS entre el 29 de septiembre y el 10 de octubre de 1965 para recabar noticias sobre la marcha de distintos proyectos de colaboración, cubriendo un amplio catálogo de entrevistas con responsables sanitarios¹⁶,

-
11. Ministerio de la Gobernación. Decreto 499/1963, de 28 de febrero, BOE 16 de marzo; O.M. de 18 de febrero de 1964, BOE 9 de marzo. Una nueva reorganización a nivel central ocurrió en 1969, Decreto 3559/1968 de 26 de diciembre. BOE 17 Mar 1969.
 12. García Orcoyen, Jesús. Aspectos sanitarios de la Sanidad española en el año 1964. *Medicamenta*. 1965; 411: 3-12 (11).
 13. García Orcoyen, Jesús. Aspectos de la Sanidad española en el año de 1970. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1971; 45: 1-72 (45).
 14. Martínez Navarro, J. Ferrán. Transición democrática y fin de la Higiene Pública. In: Enrique Perdiguerro-Gil, ed. *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la Transición democrática*. Elche: Universidad Miguel Hernández, edición electrónica; 2015. Winslow, Charles E.A. Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud. Washington: Organización Mundial de la Salud [Serie de Monografías, n. 7]/ Oficina Sanitaria Panamericana [Publicaciones científicas n. 16], 1955.
 15. Romay tuvo una «intervención destacada y meritisísima» según su superior. García Orcoyen, Jesús. Aspectos de la Sanidad española en 1964. *Medicamenta*. 1965; 411: 3-12 (12).
 16. Ollé, P.V. Rapport sur une visite en Espagne, 29 septembre -10 octobre 1965 (mecanografiado). Archivos de la OMS, Ginebra. Project Files, SPA-SHS-001 1965-1979 SHS Health Demonstration and Training Area (SPA/68/004) A PRO.528.

precisa que el resultado inicial era confuso e inmanejable, lo que provocó, a comienzos de 1965, el encargo a Rodrigo Varo de la redacción final. Varo se puso al frente de una Oficina de Coordinación del Plan que se instaló en la Escuela Nacional de Sanidad¹⁷, en aquel momento en situación transitoria pues su director desde la inmediata posguerra, Gerardo Clavero del Campo (1895-1972) se había reintegrado desde 1963 a su cátedra en Cádiz para jubilarse en noviembre de 1965, por lo que es muy posible que Varo actuara como Director interino de la misma —su nombramiento no consta en el BOE, donde se convocó la plaza a concurso con fecha de 1 de febrero de 1966, una vez jubilado Clavero¹⁸.

Rodrigo Varo Uranga (1901-1984) se licenció en Medicina por la Universidad de Madrid en 1925 y perteneció a la primera generación de oficiales sanitarios de la Escuela Nacional de Sanidad. Becario de la *International Health Division* (Fundación Rockefeller), realizó estancias de estudio en Estados Unidos, Inglaterra y Francia entre 1927 y 1928, consiguiendo el master en Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins¹⁹. Fue Inspector Provincial de Sanidad en alguna provincia del Norte (¿Logroño?) antes o/y durante la Guerra²⁰, puede que en el bando perdedor, pues no consta su nombre entre los médicos de Sanidad Nacional con plaza adjudicada en 1941²¹ y marchó a Venezuela en algún momento, donde trabajó en el Distrito sanitario de Aragua hasta su regreso a España con la adscripción mencionada²². Desde 1966 hasta su jubilación fue jefe provincial de Sanidad en Valencia.

Sobre el trabajo acometido por Varo, la redacción final del Plan de Actividades Sanitarias, Ollé se admiraba por el método seguido, la forma

17. García Orcoyen, Jesús. Aspectos sanitarios de la Sanidad española en el año 1965. *Medicamenta*. 1966; 435: 3-12 (11).

18. Archivo Histórico Universidad de Sevilla, leg. 1995. Agradecemos al Prof. Francisco Herrera de la Universidad de Cádiz el suministro de esta fuente documental.

19. The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowships Awards for the Years 1917-1950*, New York. 1951, p. 228-229 e información suministrada por Ferran Martínez Navarro y Lourdes Mariño.

20. Varo Uranga, Rodrigo; Paris Eguilaz, H. Contribución al estudio de la epidemiología y profilaxis de la Fiebre de Malta en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1935; 10 (2): 337-394.

21. Sendas órdenes de 25 de octubre de 1941, relacionando separadamente las plazas de provisión ordinaria y las de elección. BOE 311, 28 Oct 1941.

22. Consta que en 1947 ya se encontraba allí, al servicio del Ministerio de Sanidad. Kaplan, Janet A. *Viajes inesperados. El arte y la vida de Remedios Varo*. Madrid: FBE/Era, 1988. En el Escalafón rectificado a 21 de diciembre de 1962 del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional (BOE, 15 Abr 1963, p. 6217-6220) figura en excedencia voluntaria.

de exposición y los resultados²³, advirtiendo de que era tal su amplitud que podía esperarse que, aunque lo limitaran tras su evaluación por el Consejo de Ministros y la temible sanción de Hacienda, por solicitar la inversión de más de 45.000 millones de pesetas en diez años, de él siempre se salvaría algo positivo.

El Plan de Actividades Sanitarias de 1965 se encuentra exclusivamente en formato mimeografiado, y sólo hemos encontrado ejemplares en la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud en Madrid y en la Universidad de Valencia. Consiste en dos volúmenes de 44 × 31 cm, el primero es propiamente el texto, dividido en diez capítulos (Consideraciones generales, Esquema del plan, Problemas sanitarios generales, Enfermedades transmisibles, Enfermedades no transmisibles, Otros problemas, Legislación, Reestructuración de servicios y Costes) y el segundo reúne mapas de todas las provincias. Todas las páginas aparecen divididas en columnas temáticas. Por ejemplo, dentro del Capítulo 6 (Otros Problemas), Sección 6.1 (Higiene Materno-Infantil), la p. 213 está formada por las siguientes columnas y contenidos: Objetivos parciales («6.1.1.8. Utilización de personal voluntario femenino de carácter auxiliar») Operaciones («6.1.1.8.1. La Dirección General de Sanidad realizará las gestiones necesarias para establecer en todo el país un sistema de colaboración entre todos los Organismos Oficiales o privados que disponen de personal voluntario dedicado total o parcialmente a labores de protección de la madre y el niño», etc), Referencias (ninguna), Cronología, subtitulada «Intensidad de acción» y subdividida a su vez en tantas columnas como años median entre 1965 y 1971 (dos cruces en la columna «1966») y Justificación y Observaciones («Existe un número considerable de personal femenino voluntario, asociado o dependiente de diversas entidades...»). En conjunto se puede concebir como un catálogo de deficiencias e instrumentos para superarlas, que en las iniciales «Consideraciones generales» se tienen por prudentes y factibles aunque plantearan ciertas innovaciones legislativas. El principal obstáculo que advertía era la diversificación de competencias en materias relativas a la salud, lo que impedía una correcta planificación desde la DGS.

En la más recia tradición higienista, el Plan se proponía «situar a los españoles en las mejores condiciones posibles para realizar sus funciones

23. «On ne peut qu'être rempli d'admiration pour le travail accompli en 8 mois, par la méthode et l'ordre employés, et par le résultat obtenu». Ollé (1965), n. 16, p. 2.

sociales», en el marco de la aceleración del desarrollo industrial previsto. Apuntaba, pues, al «perfecto desarrollo físico y mental» de los ciudadanos²⁴.

Una propuesta llamativa era la necesidad de racionalización territorial de la oferta sanitaria a través del concepto de Distrito Sanitario (Capítulo 3, Sección 13), que aunque no debía contar con una población superior a 100.000 habitantes según los estándares internacionales, en España, por «consideraciones prácticas», se incrementaba al doble. Como recordaba el documento, esto significaba recuperar la política de Centros Secundarios de Higiene —iniciada por Marcelino Pascua como responsable de la Sanidad Republicana en 1932 y sancionados en la Ley de Bases de Sanidad de 1944—²⁵, política que consideraba fracasada por «falta de programa bien concebido y de los medios adecuados de personal y material»; esto último, sin duda, critica la escasa atención que les había prestado la DGS de Palanca en los decenios inmediatos posteriores a la Guerra Civil. Para llevarla a cabo se pensó inicialmente en realizar pruebas en algunas comarcas señaladas, las de Dueñas (Palencia), Carlet (Valencia) y Talavera de la Reina (Toledo), siendo esta última la que se decidió ofrecer para la colaboración con la OMS en el marco del programa E30²⁶.

Es en el contexto de este programa donde tuvo su marco orgánico el «Informe sobre la organización de los servicios sanitarios en España» redactado, tras una visita realizada entre el 28 de septiembre y el 17 de diciembre de 1967 en su calidad de consultor de la OMS, por el Profesor de Salud Pública Fraser Brockington, jubilado de la Universidad de Manchester, de quien vamos a hablar a continuación.

3. El ideal higienista de Fraser Brockington y su visita a España

Colin Fraser Brockington (1903-2004) se graduó en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cambridge (1928), luego de pasar tres años en el Guy's Hospital

24. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Plan de Actividades Sanitarias, 1965 (ejemplar mecanografiado) (citas del capítulo 1).

25. Bernabeu Mestre, Josep. La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933. *Revista Española de Salud Pública*, 2000; 74: 1-13; Autor 2000.

26. Sánchez Domínguez, Antonio. Reorganización administrativa de la medicina rural española. *Rev San Hig Pub*, 1968; 42(5-6): 259-274. En este texto se emplean las mismas palabras que en el Plan de Actividades Sanitarias para identificar y criticar la estrategia de Centros Secundarios.

como alumno interno de John Ryle (1889-1950)²⁷. También en Cambridge obtuvo el diploma de Salud Pública (1929) y se doctoró (1932). Luego de una carrera de veinte años en las administraciones públicas como *Medical Officer of Health* (MOH), que intercaló con algunos pocos (entre 1933 y 1936) de práctica privada y que compartió, a partir de 1948, con una plaza de profesor ayudante (*Lecturer*) de Medicina Preventiva en la Universidad de Leeds, en 1951 aceptó el puesto de catedrático de Medicina Social en la Universidad de Manchester, en el marco de un proyecto de colaboración con la Fundación Rockefeller, que le permitió viajar por universidades de EE.UU. y Canadá durante el último trimestre de 1951²⁸. Se jubiló de su puesto universitario en 1964, con el nombramiento de profesor emérito, para continuar activo como consultor de la OMS hasta 1972²⁹.

En tanto que médico social, Brockington fue un representante típico, bien que distinguido, de su desempeño en Gran Bretaña. Su trabajo en la administración local sanitaria se inició en un hospital de infecciosos en Brighton en 1929-30 y se consolidó en Warwickshire, como ayudante y luego responsable sanitario del distrito (1938-1946), centrándose en la salud escolar. Desarrolló una enérgica campaña sobre nutrición infantil que culminó en 1946 con la extensión a todo el sistema escolar de la provisión gratuita de leche y comida para los escolares. Su carrera le llevó, además, por West

-
27. Sobre Ryle, véanse los trabajos de Dorothy Porter: *Social Medicine and the New Society: Medicine and Scientific Humanism in mid-Twentieth Century Britain*, *Journal of Historical Sociology*, 1996; 9(2): 168-187; *Changing disciplines: John Ryle and the making of social medicine in Britain in the 1940s*. *History of Science*. 1992; 30 (88): 137-164; and, *John Ryle: doctor of revolution?* In: Porter, Dorothy; Porter, Roy, eds. *Doctors, Politics and Society: Historical Essays*, Amsterdam: Rodopi, 1993, 229-247.
 28. La documentación de este viaje y de su contexto se conserva en el Archivo Rockefeller, Sleepy Hollow NY, RF, RG 1.2, Series 401, Box 7, Folder 52.
 29. Además de las diversas notas necrológicas con las que se conmemoró su fallecimiento [Acheson, Roy. *Fraser Brockington. Pioneering public health in practice and theory*. *The Guardian*, 30 November 2004; *Professor Fraser Brockington. Public health expert who established the first British university course in nursing*. *The Times*, December 9, 2004; Bullamore, Tim. *Fraser Brockington*. *British Medical Journal*. 2005 Feb 12; 330 (7487): 365], hemos consultado documentación que se conserva en el Archivo de la Universidad de Manchester, Biographical Files, GB 133 MMC/2/BrockingtonF/1. Existe una biografía manuscrita hecha por su hijo Ian Brockington: *Fraser's travels: an evangelist in Public Health* (2011), disponible en la Biblioteca de la OMS, Ginebra, WZ 100 2011BR.

Sussex y Yorkshire. Publicó extensamente en la revista de la sociedad profesional sanitaria, *Public Health*³⁰.

En su manual *The Health Of the Community. Principles of Public Health for Practitioners and Students* (1954; reeditado en 1960 y 1965), Brockington plasmó su experiencia de años como higienista, defendiendo un concepto de Salud Pública como quehacer integrado con componentes preventivos y curativos y distintas dimensiones profesionales, en línea con la tendencia dominante en la Salud Pública británica³¹ y con las ideas básicas que se expresaron en los sucesivos Informes Técnicos de la OMS que transmitían los acuerdos de su Comité de Expertos en Administración sanitaria; sin ir más lejos, el correspondiente a la Tercera Reunión, celebrada en octubre de 1959, sobre Servicios Sanitarios Locales, calificaba de «concepción sanitaria moderna» a la tendencia, visible en la organización de muchos países, de establecer servicios sanitarios integrados³². El elemento central estructural en esa visión lo ocupaba el *Health Centre* como lugar que conjugaba la atención médica general, los servicios de prevención médico-sociales y el trabajo social, componiendo una oferta médica y sanitaria completa, en la que colaboraban diferentes tipos de profesionales, apropiada para el ejercicio de la educación sanitaria de la población y eventualmente fortalecida con ofertas de especialidad. Cada centro de salud debía cubrir un área específica, definida en términos geográficos y sociales amplios, comprendiendo entre dos y cuatro mil familias. Este concepto unitario, donde la clínica y el salubrismo unirían sus fuerzas, lo hacía proceder del Informe Dawson de 1920 y resulta omnipresente en sus textos como elemento central para una correcta atención sanitaria. Fue también responsable de su actitud crítica frente al *National Health Service*, iniciado en 1948 tras la aprobación de la preceptiva ley dos años antes, al que reprochaba «ausencia de enfoque epidemiológico, focalización en la enfermedad individual de tratamiento

-
30. Algunos trabajos significativos de esa época son: Brockington, Frager. The influence of the growing family upon the diet in urban and rural districts. *Journal of Hygiene* (London). 1938; 38 (1): 40-61; Brockington, C. Fraser. Effects of war-time nutrition on children. *Public Health*. 1942; 55: 175-178; Brockington, C. Fraser. Homelessness in children; causes and prevention; analysis of unparented children in three English counties. *Lancet*. 1946; 22; 1 (6408): 933-936.
 31. Newsholme, Arthur. *Medicine and the state: the relation between private and official practice of medicine with special reference to public health*, London: Allen and Unwin; 1932, citado por Martin Gorsky. *Public health in interwar England and Wales: did it fail?* *Dynamis*, 2008; 28: 175-198.
 32. La tercera reunión del Comité de Expertos en Administración de Salud Pública se publicó como número 194 de la Serie de Informes Técnicos de la OMS en 1960.

hospitalario, incomprensión de la salud de la comunidad como un todo»³³. La orientación hospitalocéntrica del nuevo NHS supondría una amenaza para el objetivo de coordinación de servicios preventivos y curativos³⁴. Veremos que estas preocupaciones encontraron eco en el texto de su informe sobre la situación sanitaria española, tanto en sentido positivo, admirando determinados rasgos estructurales de la organización sanitaria española, como negativo, en la medida en que veía reproducidos los fallos del sistema británico que denunciaba.

Su relación con la OMS comenzó en 1950, cuando ingresó como miembro del grupo consultivo para Salud Maternoinfantil³⁵, tomando parte en diversas reuniones de expertos en Salud Escolar y en temas de educación profesional, incluyendo, señaladamente, la del personal de enfermería. Contribuyó a las discusiones técnicas sobre salud rural previas a la VII Asamblea Mundial de la Salud (México, 1955) con una reflexión sobre la creación de «unidades de salud» (sinónimo de centros de salud)³⁶, y realizó numerosas misiones como consultor o asesor en países europeos, asiáticos y americanos. Igualmente sirvió a otras instituciones, como el *British Council* y distintas sociedades profesionales, en viajes al extranjero, además de recibir invitaciones oficiales, como la de la Unión Soviética en 1955³⁷. En sus intervenciones enfatizó el papel de las zonas piloto para la enseñanza práctica de todo tipo de personal sanitario.

-
33. Brockington, C. Fraser. *The health of the community. Principles of public health for practitioners and students*. London: J&A Churchill Ltd, 1954; p. 388.
 34. Es sabido que el resultado final fue el temido por los salubristas británicos, véase Lewis, Jane. *What price community medicine?* Brighton: Harvester, 1986, si bien la resistencia a nivel local aportó importantes beneficios para las comunidades, según la interpretación alternativa de Martin Gorsky, en *Local leadership in public health: the role of the medical officer of health in Britain, 1872-1974*. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007; 61(6): 468-472; y Gorsky, n. 31.
 35. Appointment to expert advisory panels. WHO. Executive Board. Seventh sesión, 1 Feb 1951. EB7/93, p. 14.
 36. Brockington, Fraser. *The development of Health Units*. A7 Technical Discussions /4, 10 March 1954 y Proposed arrangements for technical discussions to be held during the Seventh World Health Assembly. WHO. Seventh World Health Assembly. A7/Technical Discussions/7. 5 May 1954. El mismo concepto lo empleó en 1966 con motivo de la preparación del 16º informe del Comité de Expertos de la OMS en Formación profesional y técnica del personal médico y auxiliar, que dirigió.
 37. Brockington, Fraser. *Public health in Russia*. *Lancet*. 1956; 271 (6934):138-141; *Medical Education in the USSR*. *Public Health*. 1956; 69: 149-151.

Este conjunto de actividades y relaciones, junto a su demostrada capacidad docente, le llevó a escribir un texto que se hizo rápidamente famoso en inglés, *World health / La salud en el mundo* (con hasta tres ediciones inglesas, desde 1957 que fue publicado por la OMS, y una en español en Buenos Aires, 1964)³⁸, con un preámbulo del correspondiente Director General de la OMS, Marcolino G. Candau en la primera edición y Hafdan Mahler en la tercera. El libro es un panegírico muy bien construido de la existencia y finalidades de la propia OMS, así como de la Salud Pública como disciplina o actividad profesional, publicado con motivo del décimo aniversario de la organización y dirigido a un público no especializado. Como afirma Roy Acheson, uno de sus necrólogos, en materia sanitaria Brockington era «ciudadano del mundo». Basado en su visión euro y anglocéntrica de la historia, explicaba la expansión de la práctica sanitaria mediante la incorporación de los desarrollos pioneros noreuropeos y británicos por los distintos países («neófitos de la salubridad») en una secuencia marcada por las guerras mundiales y venía a defender la conveniencia de actuar desde Occidente para evitar la reproducción de los males de la industrialización en los países en vías de desarrollo. Creía que era posible aplicar los saberes generados por la historia europea para garantizar la salud de la población del resto del mundo: «He aquí la gran oportunidad para guiarnos que ha heredado la OMS»³⁹.

Como parte de sus tareas de consultor para la OMS, Brockington vino a España entre el 28 de septiembre y el 17 de diciembre de 1967. Instalado en un despacho en la Dirección General de Sanidad, pero sin problemas para desplazarse, contactó con personas, centros e instituciones de las provincias de Ávila, Ciudad Real, Granada, Jaén, Madrid, Palencia, Toledo y Valencia,

-
38. Brockington, Fraser C. *World Health*, 1st ed. Geneva: World Health Organization, 1957; London: J.&A. Churchill, 1958; The Whitefriars Press Ltd, 1958; Harmondsworth, Middlesex and Baltimore, MD: Penguin Books, 1958; en español: *La salud en el mundo*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1964; 2nd ed. London: J. & A. Churchill; 1968; Boston: Little, Brown; 1968; Harmondsworth, Middlesex and Baltimore, MD: Penguin Books; 1968; 3rd ed. London & Edinburgh: Churchill & Livingstone; 1975.
39. Brockington (1964), cit. n. 3, p. 25. A este autor pertenece la división de la historia de la Salud Pública en tres etapas, identificadas por el tipo de prácticas y la morbimortalidad dominante (en Brockington, C.F. *The difficulties of public health: past, present and future*. *The Lancet*. 1949; 759-763 y *A short history of public health*. London: J&A Churchill, 1956 y 1966), que tuvo trascendencia en la medida en que contribuyó a facilitar la aceptación de la hipótesis de la transición epidemiológica, formulada por Omran, Abdel R. *The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change*. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971; 49: 509-538.

además de miembros de la administración central, para, según su propio relato, conocer de primera mano los problemas de la administración de salud, el estado de zona de demostración prevista, la organización hospitalaria, la formación de personal y la estadística sanitaria.

Llegó convencido de que iba a ser una tarea dura, por la información que recibió de Paul Ollé, a quien visitó en París unos días antes de llegar a España. Este le puso sobre aviso de que las autoridades españolas eran muy reacias a aceptar un informe general externo sobre la situación sanitaria —lo que había alargado extraordinariamente la concesión del permiso de viaje— por la conciencia de superioridad que les poseía y por su rechazo a la injerencia extranjera, rasgos que pudo verificar por sí mismo. De la DGS recordaba, en particular, que su titular acudía una vez por semana a la oficina, puesto que el resto del tiempo lo empleaba en su labor como obstetra y ginecólogo, en calidad de lo cual servía a la familia Franco, así como que el núcleo dirigente consistía en dos médicos mayores y tres jóvenes, lo que revelaba, a su parecer, un hueco generacional que él ligaba a la Guerra Civil. También recordaba con tono de escándalo que el director de la Escuela Nacional de Sanidad de aquel momento combinaba su puesto con otros 16 trabajos. Estas informaciones no constan en el Informe final, del que hablaremos a continuación, sino en unas notas biográficas redactadas en 2001 y entregadas a su Universidad⁴⁰.

4. *El Informe sobre la organización de los servicios sanitarios en España*

Como era habitual, el consultor entregó un informe final de su estancia tanto al Gobierno como a la OMS. La copia en francés del mismo que hemos consultado figura con registro de entrada en Ginebra a 9 de mayo de 1968⁴¹.

El Informe comprende cuatro apartados principales, en los que analiza la legislación, la administración —o sea, la práctica de gobierno—, la

40. La descripción del viaje se encuentra en las páginas 19-21 de su Curriculum Vitae and biographical notes of Professor Brockington, 2001. Archives University of Manchester, Manchester Medical Collection, Biographical Files, GB133 MMC/2/BrockingtonF/1.

41. Rapport sur l'organisation des services de santé en Espagne. Mission effectuée du 28 septembre au 17 décembre 1967 par le Dr Fraser Brockington (ex-professeur de Médecine sociale et préventive, Université de Manchester) Consultant de l'OMS en administration de la santé publique. *Precede al título*: World Health Organization. Regional Office for Europe / Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional d'Europe. Zone de démonstrations et de formation sanitaires. ESPAGNE 0030 / PNUD(AT) 219-65. En adelante se cita como Brockington (1967).

infraestructura y la formación del personal, y acaba con recomendaciones (al Gobierno) y sugerencias (a la OMS). Estilísticamente es mucho más analítico que el ya conocido de Bailey para la Fundación Rockefeller de 1926⁴²; carece de descripciones de detalle y sólo da la impresión general en cada asunto.

Empieza relatando que, en la España que ha visitado, «los principios de la medicina social y preventiva brillan por su ausencia». Aunque encuentra que la ley de 1944 era válida, ambiciosa y coherente, advierte de su elevado grado de incumplimiento. Llamativamente defiende a los redactores de la ley, la generación de Palanca, de quienes piensa que han visto traicionados sus planteamientos. En realidad es una opinión muy generosa, dado que fueron esos mismos quienes tuvieron en sus manos el destino sanitario de España durante las décadas siguientes a la publicación de la ley. Sus principales críticas apuntan a la mala o escasa definición de las responsabilidades y funciones de los jefes provinciales, la compartimentación en cuestiones como la higiene medioambiental, el excesivo peso de la autoridad central, la ausencia de comarcalización sanitaria y, por último, la ignorancia de datos poblacionales a efectos funcionales, junto con la nula familiaridad con la estadística moderna de la inmensa mayoría de los responsables nacionales y provinciales de Epidemiología. En consecuencia, «la extensa lista de funciones asignadas a los Institutos de Sanidad por la Ley de Bases se ha visto en la práctica muy restringida»; así, por ejemplo, la vigilancia de la vivienda, de la que da cuenta que se reducía a un trámite recaudatorio. La oferta hospitalaria y de atención médica desde el Seguro de Enfermedad, desarrollada al margen de la administración sanitaria, había conllevado la ruina práctica de esta y la desintegración de la conjunción curativa/preventiva que se suponía en manos de un único equipo profesional al nivel primario (médico titular). Finalmente, encontraba muy negativo el pluriempleo como medio habitual de vida profesional.

Pensaba que la creación de plazas para médicos (salubristas) por distrito en todas las provincias cuya población superara los 200.000 habitantes permitiría obtener una eficacia mucho mayor que una estructura con un Jefe provincial en relación directa con 200 o más médicos titulares a tiempo parcial. Coincide en este punto con la reflexión sobre la estructura provincial y la propuesta de creación de distritos contenidas en el Plan de Actividades

42. Rodríguez-Ocaña, Esteban. El Informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller. *Cronos. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 2001, 4 (1-2), 63-79.

Sanitarias (Capítulo 3, secciones 3.12 y 3.13) que ya tenían más de año y medio de antigüedad y que no habían conducido a ninguna modificación real. En sus notas biográficas, Brockington afirma que el «tratado o informe (el Plan de Actividades Sanitarias de 1965) del Dr. Rodrigo Varo Uranga», a quien identificó como «republicano», lo tenían guardado en un cajón y que a su autor lo habían enviado a Valencia para quitárselo de en medio⁴³.

Un elemento positivo al que alude con reiteración es el punto de partida legislativo, puesto que «la Ley de Bases preveía la creación de una red muy completa de servicios sanitarios, donde apenas se omitía nada», como también que el nuevo Plan de 1965 «funda su argumentación sobre premisas que son comunes a la mayor parte de las escuelas de Salud Pública». No halló, pues, incongruencias doctrinales, sino una gestión política incapaz de aplicar ni la Ley de 1944 ni el Plan de 1965 y que continuaba sin dar salida a los graves inconvenientes señalados, comenzando por la pluralidad de administraciones. Por ello consideró urgente:

«[...] elaborar una nueva ley de Sanidad que 1) pusiera a todos los servicios de salud bajo una única jurisdicción, 2) unificara y extendiera las funciones ejecutivas al escalón periférico, 3) definiera las responsabilidades de los jefes provinciales y locales en lo tocante a higiene medio-ambiental, 4) previera la elaboración de un Código sanitario puesto al día y 5) levantara una infraestructura eficaz»⁴⁴.

La creación de un servicio de atención médica prácticamente nuevo por el Seguro de Enfermedad había determinado, en su opinión, una gravísima disfunción, en especial en los centros urbanos, donde duplicaba la oferta de servicios y se diversificaba, sin coordinación, la oferta hospitalaria, lo que le llevó a calificar dicho reparto de responsabilidades como «artificial y dañino de cara a una política racional»⁴⁵. El autor lamentó que, pese a que se daban las condiciones objetivas para hacer realidad «las ideas modernas de unificación de medicina preventiva y curativa», la realidad política, con administraciones separadas — Gobernación y Trabajo, respectivamente— las hacía inviables.

Acusa la inexistencia de un Código sanitario para el control del medio ambiente, así que «se impone establecer un reglamento para todo lo que

43. Curriculum Vitae..., n. 40, p. 20.

44. Brockington (1967), n. 41, p. 7.

45. Brockington (1967), n. 41, p. 11.

tiene que ver con la inspección, los informes, la prevención y las medidas correctoras»⁴⁶. El Plan de 1965 sugería en su Capítulo 7 una Ley de Régimen jurídico de la Administración sanitaria del Estado, que incluiría dicha reglamentación de conformidad con su objetivo de precisar las relaciones entre derechos individuales y colectivos.

Otro aspecto criticado con dureza es la ausencia de base estadística en el trabajo sanitario, perfectamente en línea con las quejas de Bailey cuarenta años atrás. Recuerda que en 1964 la OMS apoyó la creación de un Departamento de Bioestadística en la DGS, con fines docentes y de investigación, para el cual se propuso a una persona que fue becada para realizar estudios especializados en Chile y se le suministró material docente, sin que este Departamento haya funcionado nunca⁴⁷. La sección de Epidemiología de la DGS se limitaba a trabajar con los casos de declaración obligatoria.

Algo parecido resulta de sus observaciones sobre el personal sanitario no médico, del todo insuficiente o inexistente (caso de la ingeniería sanitaria y la enfermería de salud pública). Esto le sirvió para subrayar la importancia que podría alcanzar la puesta en marcha de la Zona de Demostración en Talavera, cuyo retraso parecía ligado a la ausencia de candidatos cualificados para instalarse en dicha población.

En relación con la formación, Brockington insistió en la reforma de los contenidos de los cursos de la Escuela Nacional de Sanidad, que seguían estando dominados por la Microbiología, cuando «la Salud Pública ha salido de la era bacteriológica para entrar en una era sociológica» —lo que había sido reconocido igualmente por el Plan de 1965, al subrayar la carencia de un enfoque epidemiológico, estadístico y sociológico moderno tanto en la formación de Medicina, que lo dice expresamente citando el ejemplo de «Universidades anglosajonas», como, indirectamente, en la específica de la especialidad, donde colocaba en primer lugar en la lista de materias requeridas la Estadística y Epidemiología y en el 11º la Sociología médica (cap. 3, sección 3.4. Preparación de personal). También insistió en su extensión a otros grupos profesionales, su ampliación en centros periféricos y el reforzamiento del carácter exclusivo de la dedicación de su Director.

Lo que denominó, taxativamente, como «fracaso de la Escuela Nacional de Sanidad en lo que respecta a la formación y a la investigación en Salud

46. Brockington (1967), n. 41, p. 23.

47. Brockington (1967), n. 41, p. 27.

Pública», así como la necesidad actual de ampliar el abanico de personal auxiliar, le llevó a hacerse eco de una propuesta que afloraba entre algunos responsables españoles sobre la conveniencia de establecer un Instituto Nacional de Sanidad, sin relación con la Universidad. La formación en materia de Salud Pública recibida por los distintos tipos de profesionales sanitarios, en particular, pero no exclusivamente, el alumnado de las Facultades de Medicina, debía ser reforzada.

Las recomendaciones al Gobierno con que finaliza este documento se centraban en la reorganización de las administraciones sanitarias a nivel central, con el llamado a elaborar una nueva ley de Sanidad y a fusionar la DGS y la Seguridad Social; la reorganización de la administración periférica, con la creación de los distritos, y los cambios en formación del personal⁴⁸. Finalmente, sugería a la OMS que apoyara dichas propuestas de cambio, insistiese en la dotación para la formación de estadísticos a nivel central e impulsara la puesta en marcha de la Zona de Talavera, ofreciendo formación específica en Manchester al médico general y al pediatra actualmente activos en el área y una estancia para el director de la misma en algún centro latinoamericano apropiado.

5. Conclusión

El informe, del que se envió copia al Gobierno español el 30 de abril de 1968⁴⁹, no fue bien recibido según el recuerdo de Brockington, y su reacción inmediata fue solicitar a la OMS que España debía recibir más encargos de asesoría para países menos desarrollados. Al igual que con el Plan de Rodrigo Varo, esperaba que, con suerte, lo meterían en algún cajón para consultarlo a hurtadillas⁵⁰. La OMS, por su parte, siguió apoyando el proyecto E-30 en los años inmediatamente posteriores, y se concedió un consultor para la formación de agentes sanitarios y otro para la formación de técnicos de laboratorio, más becas para una enfermera jefe, un educador sanitario y una

48. Brockington (1967), n. 41, pp. 39-42.

49. Tatton Brown, W.E. Rapport sur une mission en Espagne, 19-24 septembre 1968, p. 2. Archivos de la OMS, Ginebra. Project Files, SPA-SHS-001 1965-1979 SHS Health Demonstration and Training Area (SPA/68/004), PRO.528.

50. Curriculum Vitae..., 2001, n. 41, p. 21.

tercera función por determinar (1969-1970)⁵¹. Pero la zona de demostración de Talavera de la Reina no se pondría en marcha, con mucha menor ambición de lo previsto, hasta 1976: así, el hospital de Seguridad Social que se inauguró allí en 1974 nunca estuvo unido administrativamente al Centro de Salud Pública⁵².

La comparación del Informe Brockington de 1967 con el de Bailey de 1926 produce una sensación de intemporalidad: cuarenta años no son nada. Los grandes problemas estructurales y profesionales de la Sanidad española continuaban incólumes: pluralidad de competencias entre administraciones diferentes, ausencia de práctica epidemiológica actualizada, escasez de personal en contacto directo con la población, centralismo exagerado y reinado de la dedicación a tiempo parcial y pluriempleo. Sin embargo, el profesor inglés encontró que el punto de partida, la legislación básica, había sido teóricamente apropiado. En sus notas autobiográficas, el profesor británico expresa claramente esta idea de fracaso práctico: *Public health was worse than in many developing countries. Spain with all the attributes, in every other way, of a highly civilised country had failed in one essential*. La explicación que encuentra extiende las responsabilidades atrás en la historia: *The reasons for this lamentable state of affairs lay deep in the culture and historical background. Some blamed lack of industrialization*⁵³. Este estigma hispánico recuerda el que sentía Bailey a mediados de la década de 1920, cuando expresaba que nunca sería posible que, en España, las cosas se hicieran a su gusto de norteamericano: siempre estaba por medio demasiada administración, demasiadas reglas y excesivo desinterés general por aspectos sanitarios.

Es cierto que existía un grave retraso en infraestructuras sanitarias y profesionales respecto de otros países, desde el siglo XIX, pero no hasta el punto de condicionar todo el desempeño en Salud Pública de la posguerra. Las posibilidades de trabajo moderno que suponía la fusión de actividades preventivas y de atención médica en los núcleos rurales y en la beneficencia urbana, junto con la labor desarrollada por las distintas luchas sanitarias

51. Archivos de la OMS, Ginebra. SPAIN 0030. Zona de demostración y formación sanitaria (SPA/68/4), EUR 171(69).

52. Atenza Fernández, Juan. El proceso de puesta en marcha del Centro Nacional de Demostración Sanitaria. En: Atenza Fernández, J., coord. El Centro Regional de Salud Pública. 25 años de servicio sanitario (1976-2001). Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha; 2001. p. 31-58.

53. Curriculum Vitae., 2001, n. 39, p. 21.

públicas, habían quebrado dada la falta de coordinación que presidió la implantación del Seguro / Seguridad Social en el terreno asistencial⁵⁴.

El Plan de 1965 oficializó una voluntad de modificar el *status quo* sanitario, pero acabó, efectivamente, en el último cajón del despacho de los responsables sanitarios. La rendición anual de cuentas que publicaba el Director General en la revista *Medicamenta* sólo lo mencionó en la entrega correspondiente a 1965 (aparecida en 1966). El informe entregado por el prof. Emil T. Chanlett, consultor de sanidad ambiental, tras una visita efectuada a España en julio de 1968 decía, taxativamente: «[El Plan de 1965] no ha sido puesto en marcha» y en 1969 se escribió, por personas muy cualificadas, que «[los objetivos sanitarios del Primer Plan de Desarrollo] se abandonaron sobre la marcha en su mayor parte»⁵⁵. De hecho, la mayoría de las propuestas de 1965, como la creación de agentes sanitarios, por ejemplo, no se harían realidad nunca. Martínez Navarro (2015) ha defendido que fue con el Segundo Plan de Desarrollo (1968-1971) cuando alcanzó vigencia el esfuerzo reformista sanitario, aunque sólo en 1974 se empezaron a producir cambios sustanciales. La fuerza del reformismo *realmente existente* no fue suficiente ni siquiera para transformar a corto plazo los servicios centrales, con movimientos tan conservadores como el nombramiento de Valentín Matilla como director de la ENS (1967-1970)⁵⁶. Matilla, auténtico mandarín de la Microbiología universitaria, se opuso a la promoción a catedráticos de Pérez Gallardo y de Rafael Nájera y puede que su presencia actuara como acicate para la virtual independencia que consiguió el Centro de Majadahonda respecto de la ENS, responsable teórico de la investigación sanitaria pública⁵⁷. Se hace necesario explorar cuáles fueron los obstáculos que encontró la aplicación del Plan, pese al indudable respaldo de la OMS, quiénes fueron los peones en esta guerra interna y cuáles fueron sus razones. Harán falta más aproximaciones en detalle al periodo desarrollista para determinar con precisión propuestas, logros y obstáculos.

-
54. Rodríguez-Ocaña, Esteban. Administraciones sanitarias periféricas en la España de la primera mitad del siglo XX. En: Ballester Añón, Rosa y Bernabeu-Mestre, Josep, eds. *Espai i salut en el procés descentralitzador del marc autonòmic espanyol: Balanç i perspectives de futur*. Alacant: Universitat d'Alacant, 2019; p. 19-33.
 55. Yuste Grijalba, F.J.; Zapatero Villalonga, E. Aspectos sanitarios del II Plan de Desarrollo. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1969; 43: 389-422 (p. 392).
 56. Valentín Matilla Gómez (1900-1997) médico de Sanidad Nacional desde 1924 y catedrático desde 1928, fue Jefe Provincial de Sanidad en Sevilla durante la Guerra (1937-1940) hasta trasladarse a Madrid, para ocupar la cátedra de Pittaluga. Ocupó la dirección de la ENS entre 1967 y 1970 y fue Secretario perpetuo de la R. Academia Nacional de Medicina.
 57. Conversación de Rafael Nájera con Esteban Rodríguez Ocaña, 19 Abr 2018.

AGRADECIMIENTOS

A la amable y eficaz colaboración del personal de distintos archivos y bibliotecas, en especial el Archivo y Biblioteca de la OMS (Ginebra), personalizado en Reynald Erard, la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (Madrid), la Biblioteca de la Universidad de Granada (Campus de la Salud), el *Centre for Heritage Imaging and Collection Care*, *John Rylands Library*, *University of Manchester* y el *Rockefeller Archive Center* (Sleepy Hollow, New York). Igualmente agradecemos las noticias suministradas por el Dr. Ferran Martínez Navarro y la Dra. Lourdes Mariño (Escuela Nacional de Sanidad) y los documentos aportados por el Prof. Francisco Herrera (Universidad de Cádiz) y el Dr. Juan Atenza (Centro Regional de Salud Pública de Castilla-La Mancha).

Trabajo realizado en el marco del Proyecto HAR2015-70688-C2-1-P (MINECO-FEDER). ■