

La Salud Pública durante el franquismo

PEDRO MARSET CAMPOS (*)

JOSÉ MIGUEL SÁEZ GÓMEZ (**)

FERNANDO MARTÍNEZ NAVARRO (***)

SUMARIO

Introducción. Objetivos. 1.—Evolución general de la Salud Pública entre 1900 y 1978. 2.—Evolución de la Salud Pública en España a lo largo del siglo xx. 3.—La Sanidad durante el franquismo. 3.1.—Producción científica en Salud Pública. 3.2.—Creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad. 3.3.—La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963. 4.—Conclusiones.

RESUMEN

Se comparan los rasgos más relevantes de la evolución de la Salud Pública como ciencia a lo largo del franquismo con el comportamiento de parámetros significativos de la evolución sanitaria del país (tasas de mortalidad y de morbilidad, gasto sanitario, desarrollo institucional del sistema sanitario), para caracterizar la herencia que gravita sobre las actuales dificultades de la Salud Pública española. Se constata el retroceso vivido en la postguerra, producto de la identificación que hicieron sus vencedores de las innovaciones acontecidas durante la Segunda República con la política de izquierdas, la tardía modernización impuesta por el proceso acelerado de industrialización y el obstáculo originado por la consolidación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que produjo una dinámica puramente asistencial y curativa-rehabilitadora.

BIBLID [0211-9536(1995) 15; 211-250]

Fecha de aceptación: 31 de enero de 1994

(*) Doctor en Medicina, es Catedrático de Historia de la Ciencia, Universidad de Murcia.

(**) Doctor en Medicina, es Profesor Titular de Historia de la Ciencia, Universidad de Murcia.

Unidad de Historia de la Medicina. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina. E-30100 Espinardo (Murcia).

(***) Doctor en Medicina y Profesor de Salud Pública, es Jefe del Área de Vigilancia Epidemiológica del Centro Nacional de Epidemiología.

Instituto de Salud Carlos III. C/. Sinesio Delgado, 6. E-28029 Madrid.

INTRODUCCIÓN

La actual situación de la salud pública en nuestro país, tanto en la vertiente de práctica sanitaria como en su dimensión teórica, parece estar sometida a dificultades de cierta importancia. La puesta en marcha de la tercera ley de sanidad que ha tenido España (1855, 1944 y 1986), la correspondiente a la etapa de la democracia industrial, atraviesa un cierto *impasse* por confluir sobre su desarrollo dinámicas contradictorias. Éstas se podrían esquematizar en las siguientes: 1.^a) las debidas a la crisis económica, crisis del Estado del Bienestar, y la salida neoliberal a la misma con recortes de gastos sociales, y por lo tanto sanitarios (1); 2.^a) las motivadas por la insuficiencia del desarrollo democrático, a la crisis del modelo democrático representativo y a la escasa participación de la población, con la consecuencia de opciones tecnocráticas y autoritarias en la construcción del marco social de relaciones, y por ello del modelo sanitario (2); 3.^a) las científicas derivadas de la situación de subordinación intelectual que adopta la ciencia médica en general y la sanitaria en particular respecto a la hegemonía norteamericana (3), con la subsiguiente importación de modelos teóricos no aplicables a una realidad sociosanitaria diferente; y, 4.^a) las

-
- (1) VV.AA. (1991). *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*, Madrid, F.I.M.; MAESTRO, A.; HUERTAS, R. (1992). *La salud y el Estado: los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis*, Madrid, F.I.M.; BERZOSA, C. (1994). Crisis de la sanidad pública. ¿Es necesaria su privatización? *Quadern CAPS / Invierno*, n.º 20, 51-56.
 - (2) RAMOS GARCÍA, E.; SÁNCHEZ MORENO, A.; MARSET, P. (1992). Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la atención primaria de salud (I). Problemas históricos y conceptuales. *Atención Primaria*, 9, 334-336; OFFE, C. et al. (1985). *Capitalismo y Estado*, Madrid, Ed. Revolución; PÉREZ DÍAZ, V. (1978). *Estado, burocracia y sociedad civil*, Madrid, Alfaguara; OFFE, C. (1992). *Partidos políticos y nuevos movimientos sociales*, Madrid, Ed. Sistema; BOBBIO, N. (1987). *Estado, gobierno, sociedad*, Barcelona, Plaza y Janés; CHOMSKY, N. (1992). *El miedo a la democracia*, Barcelona, Ed. Crítica; CHOMSKY, N. (1992). *Ilusiones necesarias. Control del pensamiento en las sociedades democráticas*, Madrid, Libertarias/Prodhufo; HELD, D. (1992). *Modelos de democracia*, Madrid, Alianza Universidad.
 - (3) LÓPEZ PIÑERO, J. M.; TERRADA, M. L. (1992). Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica. *Med. Clín. (Barc)*, 98, 64-68, 101-106, 142-148 y 384-388; TERRADA, M. L.; LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1991). La producción científica española y su posición en la comunidad internacional. In: José María López Piñero (ed.) *España/Ciencia*, Barcelona, Espasa-Calpe, pp. 73-112; MARSET, P. (1990). *La universidad europea y la transformación de la sociedad*, Madrid, F.I.M.

contradicciones más importantes son las debidas a la persistencia de la historia reciente de nuestro país, en concreto, las causadas por la peculiar configuración de la salud pública a lo largo del franquismo. Sobre este último aspecto es sobre el que vamos a incidir, dado que el paso a la democracia no se hizo mediante la ruptura democrática con las estructuras previas sino a través de la reforma paulatina de las mismas, y por ello con el continuismo de parte importante de los valores y conductas anteriores (4).

En general la débil industrialización de España, y su correlato, la debilidad de la democracia y de la representación obrera frente a la pervivencia de pautas sociales y culturales del antiguo régimen, explica la lenta evolución de la salud pública en nuestro país. Se pueden distinguir tres etapas en la historia de la salud pública española a lo largo del siglo xx (5): 1) la primera, hasta los años treinta, en la que tras una lenta incorporación de los presupuestos generales de la ciencia salubrista, en los breves años de la Segunda República se produce un avance de gran envergadura, unido a la consolidación de los funcionarios salubristas; 2) la segunda, correspondiente al franquismo, de claro retroceso teórico, pero con el importante fenómeno del desarrollo industrial y la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad; y 3) la tercera, la actual de la democracia, caracterizada por el intento de adaptar los presupuestos del Estado de Bienestar y las recomendaciones de la OMS (Alma-Ata, 1978) en un contexto de libertades políticas, pero con los problemas derivados de la persistencia de la crisis estructural de la economía mundial y española (6).

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende, por una parte, apuntar los rasgos más significativos de la evolución de la salud pública como ciencia a lo largo del

-
- (4) EQUIPO DE ESTUDIO (1976). *Prueba de fuerza entre el reformismo y la ruptura*, Madrid, Elías Querejeta ediciones; GARCÍA DELGADO, J. L.; SEGURA, J. (1977). *Reformismo y crisis económica. La herencia de la dictadura*, Madrid, Ed. Saltés; *La crisis, la reforma y los trabajadores* (1977), Madrid, Ediciones de la Torre; LACALLE, D. (1990). *Clases sociales y capitalismo*, Madrid, Endymion; MARSET, P. (1986). La política sanitaria y los profesionales. In: VV.AA., *La Sanidad española a debate*, Madrid, F.A.D.S.P.; y MARSET, P. (1990). Evaluación de la reforma sanitaria: marcos teóricos previos. In: VV.AA., *Situación actual y perspectivas. La reforma sanitaria*, Madrid, F.A.D.S.P.

franquismo, extraídos del análisis de los trabajos publicados en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vehículo privilegiado de publicación a lo largo de esos años, y por otra contrastar esos resultados con la evolución peculiar de parámetros significativos de la evolución sanitaria del país (tasas de mortalidad y de morbilidad, gasto sanitario, desarrollo institucional del sistema sanitario), para, con ello, comprender su posible incidencia en los años de la transición y consolidación democráticas.

Las hipótesis que guían nuestra indagación postulan una influencia negativa de las consecuencias políticas del desenlace de la Guerra Civil, al haber adquirido la Salud Pública durante la Segunda República una clara connotación ideológica de izquierdas; con ello, las innovaciones epistemológicas y metodológicas introducidas en esa etapa se perderán y la ciencia retrocederá a las ideas propias de principio de siglo. También pensamos que la acelerada industrialización del país ocurrida en la segunda mitad del franquismo dará lugar a una tardía incorporación de los modernos conceptos salubristas, al enfrentarse con las consecuencias que tanto en infraestructura como en cambio de perfil epidemiológico implica el fenómeno demográfico de la industrialización. Por último estimamos que el crecimiento y consolidación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, al adquirir un protagonismo médico de gran relieve, con su lógico énfasis en la asistencia, traerá como consecuencia la infravaloración de los componentes preventivos y promotores de salud en el panorama científico médico, incluso en el de la propia salud pública.

1. EVOLUCIÓN GENERAL DE LA SALUD PÚBLICA ENTRE 1900 Y 1978

Estas tres etapas acaecen paralelamente, y en cierta forma están influidas por la evolución de la salud pública en el ámbito internacional (Occidental) (7), que es del siguiente tenor:

- (5) MARSET, P.; RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; SÁEZ GÓMEZ, J. M. (1994). Historia de la Salud Pública en la España de los siglos XIX y XX. In: F. Martínez Navarro et al., *Manual de Salud Pública*, Madrid, Interamericana.
- (6) BERZOSA, C. et al. (1990). *Tendencias de la economía mundial hacia el 2000*, Madrid, Iepala.
- (7) MARSET, P.; SÁEZ GÓMEZ, J. M. (1994). Historia de la Salud Pública. In: F. Martínez Navarro et al., *op. cit.* en nota 5.

Una primera etapa, hasta los años treinta, es de configuración del modelo naturalista de la epidemiología, con declive de la dimensión social. En ella se produce, por la presión obrera, la adopción de los esquemas de Seguro Obligatorio de Enfermedad, y se consolidan los cuerpos de funcionarios sanitarios, con la creación de las Escuelas de Sanidad para la formación de estos profesionales. Esta profesionalización (burocratización) de los sanitaristas hizo perder impulso a los objetivos de reforma, y el uso de los métodos científicos rebajaron, cuando no sustituyeron, el compromiso inicial con la mejora de las condiciones de vida de la gente pobre (8).

La segunda etapa está influida por las ideas sociales y políticas que se desprenden del fortalecimiento del movimiento obrero, en medio de la crisis del capitalismo que, tras el *crack* económico de 1929, lleva a la Segunda Guerra Mundial. Tras ésta se desarrolla el Estado de Bienestar y la creación de los Servicios Nacionales de Salud en el Occidente europeo. Éstos son consecuencia de la presión del movimiento obrero (con su mayoritaria presencia en los parlamentos europeos), y de la existencia de grupos profesionales sanitarios progresistas formulando estas propuestas. En esta etapa, se configura la «revolución epidemiológica», aplicada a las enfermedades no infecciosas, se postula una teoría de la «medicina social», que no llega a cuajar como práctica sanitaria, y se consolidan las dimensiones administrativistas de la salud pública.

La tercera etapa abarca desde la crisis fiscal del Estado en 1973 (9) hasta la actualidad. En ella se combina el profundo cambio demográfico en Occidente (envejecimiento) con la crisis de los modelos económicos del capitalismo keynesiano y del socialismo real, surgiendo la ofensiva neoliberal de desmantelamiento del Estado de Bienestar. Se critica la inadecuada confianza en la dimensión curativa y asistencial desarrollada en la etapa anterior, y se configura la «Nueva Salud Pública», con el Informe Lalonde en Canadá en 1974, y la Conferencia de Alma Ata de la OMS en 1978. Se supera en Occidente la medición del nivel sanitario a base de indicadores negativos (tasa de mortalidad infantil, por enfermedades específicas, esperanza de vida) con la adopción de indicadores positivos sobre la calidad de

(8) FEE, E.; PORTER, D. (1991). Public Health, preventive medicine, and professionalization: Britain and the U.S. In: Elizabeth Fee y Roy M. Acheson, *A history of education in Public Health*, Oxford, O.U.P., p. 15.

(9) O'CONNOR, J. (1973). *The fiscal crisis of the State*, New York, St. Martin's Press.

vida. Se incide en los «estilos de vida» (10) como factor clave para modificar los patrones de morbilidad y mortalidad, pero existe resistencia para introducir conceptos globalizadores en el análisis de la salud, desde los procedentes de los procesos de producción económica y de la organización de la sociedad hasta los derivados de la conciencia ecológica (11). Por otra parte la OMS desarrolla un nuevo modelo de servicio sanitario basado en la integración de promoción y prevención con la curación, introduciendo la participación de la población en los procesos de planificación de la salud (12).

2. EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA A LO LARGO DEL SIGLO XX

En la primera etapa española destaca el avance operado en los años de la II República con la incorporación de los postulados de las nuevas teorías y prácticas sanitarias (epidemiología). Las figuras más relevantes de esta época son Ángel Pulido, Carlos M.^a Cortezo, Martín Salazar, Amalio Gimeno, Gustavo Pittaluga y Marcelino Pascua. Se consolidan los dos cuerpos de funcionarios sanitarios (Sanidad Exterior y Sanidad Interior), gracias a la Instrucción General de Sanidad (1904), se crea la Escuela de Nacional Sanidad (1924), se regulan las competencias sanitarias de los ayuntamientos (1925), merced a las modificaciones introducidas por Calvo Sotelo en el ámbito provincial y municipal y aplicadas a la sanidad por Murillo Palacios, y como hecho caracterizador del salto que supone la II República para la sanidad (primacía del Parlamento sobre el Ejecutivo), se desarrolla una intensa actividad legislativa encaminada a recuperar el tiempo perdido.

La influencia de las ideas de progreso, en el ámbito político a través

(10) TERRIS, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. Washington, *Conferencia sobre Implementing the Health Promotion Strategies en la OPS* (mimeografiado).

(11) O.P.S. (1992). *La crisis de la salud pública: Reflexiones para un debate*, Washington, OPS.

(12) O.M.S. (1978). *Alma Ata. Atención Primaria de Salud*, Ginebra, Serie Salud para Todos, n.º 1, y O.M.S. (1987). Carta de Ottawa para la promoción de la salud (informe). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 61, 129-133.

de Izquierda Republicana o del PSOE, y en el sindical de la UGT y de la CNT, tienen su reflejo en la naturaleza de los cambios sociales y sanitarios que se van introduciendo. Hay que recordar cómo uno de los sanitaristas relevantes de este momento, Sadí de Buen, es quien lleva la ponencia oficial en el XVII Congreso de la UGT de 1932, que propone entre otras cosas la creación de un Ministerio de Sanidad y del Seguro Obligatorio de Enfermedad (13).

En la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* se pasa de un predominio de artículos dedicados a temas de microbiología al interés por la epidemiología y la administración sanitaria (14), reflejo de la incorporación de los nuevos conceptos y prácticas sanitarias. España es uno de los primeros países en seguir las recomendaciones de la Sociedad de Naciones adoptando una estructura comarcal de Salud. Crea en plena Guerra Civil el Ministerio de Sanidad y aprueba el esquema del Seguro Obligatorio de Enfermedad (15).

Un repaso a la evolución de los presupuestos ordinarios de la Dirección General de Sanidad (Gráfica 1) confirma la importancia que cobra con la República la actuación sanitaria: en 1900 los gastos en Sanidad son de 738.652 ptas., un 0.08% de los gastos del Estado, para 1910 ascienden a 1.451.096 ptas., un 0.12% del presupuesto del Estado, en 1921 la cifra presupuestada es de 6,62 millones de ptas., un 0.24% de los gastos del Estado, estancándose a lo largo de la Dictadura de Primo de Rivera en torno a los 7 millones, un 0.25% del Presupuesto del Estado, en 1930 sube a 10.3, un 0.27% de los gastos del Estado, en 1932 asciende a 15,6 millones, una subida del 50%, que supone un 0.36% del presupuesto de gastos del Estado, alcanzando en 1933 la cantidad de 31,43 millones, una subida del 100% (16), con lo que se sitúa en el 0.71% de los Gastos del Estado.

(13) HUERTAS, R. (1992). La concepción de los servicios sanitarios en la II República. In: Rafael Huertas y Ricardo Campos (eds.), *Medicina Social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, Madrid, F.I.M., p. 557.

(14) PARRA, P. et al. (1983). Cincuenta años de «Revista de Sanidad e Higiene Pública (1926-1975)». Análisis bibliométrico de su producción científica. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 57, 969-1038.

(15) HUERTAS (1992), *op. cit.* en nota 13.

(16) MAZUECOS JIMÉNEZ, A. (1980). La política social socialista durante el primer bienio republicano: trabajo, previsión y sanidad. *Estudios de Historia Social*, n.º 14, 135-155 (p. 151).

En la apertura al I Congreso Nacional de Sanidad, celebrado en 1934, Nájera (17) habló del «vigoroso impulso» que le dió a la Sanidad la República. Ilustra acerca de estos avances el que el Gobierno Lerroux apruebe este año de 1934 la Ley de «Coordinación Sanitaria» que entre otras cosas crea las Mancomunidades de Municipios como órgano administrativo para afrontar problemas sanitarios (18), y propone que los médicos titulares pasen a ser de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y puedan dirigir los Centros Primarios de Higiene (19). En este contexto se crea en 1934 por decreto el Servicio de Higiene del Trabajo (20).

Marcelino Pascua entiende en 1936 la enfermedad como consecuencia de la organización social, y por lo tanto defiende que una mejor organización sociosanitaria evitaría la mayoría de las enfermedades. También critica aspectos diversos de la práctica médica, «el mundo de práctica y ejercicio profesional es consecuencia de la actual estructura capitalista de la sociedad (que) hace que la medicina se transforme en un objeto de comercio» (21).

3. LA SANIDAD DURANTE EL FRANQUISMO

El final de la guerra civil significó la derrota de los principales protagonistas que desarrollaron los avances sanitarios de la II República, y la interrupción y abandono de las concepciones y logros conquistados en la etapa anterior. Como en el resto de las ciencias (22), en sanidad se dió un

-
- (17) RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; MENÉNDEZ NAVARRO, A. (1986). El primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 60, 1095-1107 (p. 1099).
- (18) BANDO CASADO, H. C. (1986). Evolución histórica de la protección de la salud en España: desde 1812 hasta la Ley General de Sanidad (1986). *Estudios sobre Consumo*, 8/9, 51-61 (p. 56).
- (19) RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1992). La estadística en la administración sanitaria española del siglo xx. In: *I Encuentro Marcelino Pascua*, Madrid, Instituto Carlos III, pp. 47-77 (pp. 56-57).
- (20) SOTO CARMONA, A. (1985). La higiene, la seguridad y los accidentes de trabajo. España (1874-1936). *Civitas, revista española de derecho del trabajo*, 7-9, 389-433 (p. 391).
- (21) HUERTAS (1992), *op. cit.* en nota 13, p. 564.
- (22) MARSET, P.; VALERA, M.; LÓPEZ, C. (1981). Repercusiones de la guerra civil española (1936-1939) en la producción científica en Física, a través de los *Anales de la Real Sociedad Española de Física y Química* (1903-1975). *Dynamis*, 1, 179-202.

paso atrás, que supuso retroceder científicamente a las concepciones de principios de siglo, favorables a la práctica de integrar la higiene y la microbiología, con abandono de las dimensiones sociales así como de las nuevas concepciones sobre epidemiología y administración sanitaria.

Se puede entender que la dimensión de los problemas causados y arrastrados como consecuencia de la guerra civil explicaría en parte este retroceso temático y científico. De esta forma en el transcurso de la guerra se convierte en prioritaria la necesidad de sueros y vacunas, la lucha contra las enfermedades venéreas, y la lucha antipalúdica, y al acabar la contienda la irrupción y extensión de tres grandes epidemias centran los esfuerzos de los sanitarios del régimen de Franco, la de viruela, la del tifus exantemático y la de difteria (23), junto con la preocupación por la tuberculosis, la mortalidad infantil y el paludismo.

La evolución y características de los artículos publicados en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* es una muestra de lo que se indica. Se comprueba un aumento en la proporción de artículos dedicados a enfermedades infecciosas y parasitarias (47,6% de lo publicado entre 1940 y 1974), con descensos significativos en los temas de saneamiento ambiental (5,1%), epidemiología (16,7%, enfermedades infecciosas y parasitarias) y administración y organización sanitaria (11,2%, que en la práctica se limita a la organización de la lucha contra las enfermedades infecciosas por medio de «campanas») (24). Desde el punto de vista de la práctica sanitaria también se retrocedió, al abandonar la estructura y funcionamiento que se había adoptado en la República, desapareciendo prácticamente la estructura comarcal sanitaria, y quedando sólo la provincial y la central (25).

La evolución de los presupuestos del Estado dedicados a la Dirección General de Sanidad (DGS) también revelan una primera etapa de estancamiento, con una posterior recuperación paulatina. De esta forma (Tabla 1, Gráfica 2) si en la II República se duplica lo gastado por la DGS en toda

(23) PALANCA, J. A. (1958). *Discurso de apertura del curso académico 1958-1959*, Madrid, Estades, pp. 32 y ss.

(24) PARRA *et al.* (1983), *op. cit.* en nota 14.

(25) MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1994). Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo xx. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68 (monográfico: II Encuentro Marcelino Pascua, junio de 1992), 29-44.

TABLA I

Evolución de los presupuestos de la Dirección General de Sanidad, mancomunidades sanitarias, del P.N. Antituberculoso, de las inversiones del P.N.A. (en millones de ptas.) y porcentaje de la DGS sobre los gastos del Estado, 1941-1975

Años.....	D.G.S.	Manc.	P.N.A.	PNA-I	DGS/Estado
1941.....	45		38	179	0.7
1942.....	83		73	3	1.13
1943.....	94		74	10	1.05
1944.....	103		76	21	0.99
1945.....	199	163	111	24	1.87
1946.....	131	161	107	20	1.16
1947.....	112	176	128	700	0.82
1948.....	156	203	156	40	1.01
1949.....	167	220	162	40	1.03
1950.....	182		208	40	0.97
1951.....	182		259	71	0.89
1952.....	326	250	326	425	1.44
1953.....	326				1.36
1954.....	341	250	327		1.25
1955.....	341	290			1.12
1956.....	488	402			1.29
1957.....	488	396			1.13
1958.....	556				1.02
1959.....	556				0.83
1960.....	606		420		0.83
1961.....	606		388		0.77
1962.....	807		501		0.74
1963.....	807				0.60
1964.....	1.354				0.88
1965.....	1.354				0.75
1966.....	2.018				0.96
1967.....	2.018				0.81
1968.....	4.022				1.50
1969.....	4.022				1.29
1970.....	5.380				1.53
1971.....	5.380				1.45
1972.....	6.396				1.52
1973.....	7.979				1.68
1974.....	8.869				1.69
1975.....	11.891				1.81

FUENTE: NAVARRO GARCÍA, Ramón (1992). *Historia de la Salud Pública en España a lo largo del siglo xx*, Tesis Doctoral, Alcalá de Henares; CECA (1975). *Estadísticas Básicas de España 1900-1970*, Madrid, FIES; INE (1980). *Anuario Estadístico de España, 1979*, Madrid, BOE; MOCHÓN, F.; ANCOECHEA, G.; ÁVILA, A. J. (1988). *Economía española, 1964-1987*, Madrid, McGraw Hill; TAMAMES, R. (1973). *La República. La Era de Franco*, Madrid, Alianza Universidad; y elaboración propia.

la etapa anterior, expresado en proporción del Gasto del Estado (se pasa de 0.33 en 1909, 0.24 en 1921 ó 0.28 en 1930 a 0.71% en 1933), en esos primeros años de la postguerra la proporción suele estar por debajo del 1% de los gastos del Estado. El final de los años cuarenta y primeros años de los cincuenta se sitúan los presupuestos de la DGS entre el 1 y el 1.5% de los gastos del Estado. Sin embargo se vuelve a bajar por debajo del 1% desde 1958 hasta 1967. A partir de este año se inicia un importante ascenso de los presupuestos de la DGS proporcionalmente a los del Estado, que se extiende de forma progresiva hasta el final del franquismo, probablemente coincidente con el éxito del proceso de industrialización. Hay que tener en cuenta que esta evolución de la proporción que supone el presupuesto de la DGS en relación con los del Estado sólo sirve a efectos ilustrativos, puesto que en la práctica, como señala acertadamente Ramón Navarro (26), los gastos que se pueden incluir bajo el epigrafe genérico de «sanitarios» alcanzan a muchos más componentes, pero cuyo seguimiento es difícil por la inconstancia en su consignación oficial (27).

Los principales protagonistas en esta nueva etapa proceden de la sanidad militar, lo cual es congruente con dos aspectos: la naturaleza militar de la victoria sobre las fuerzas de la República, y la previa existencia de un cuerpo de sanitarios de la administración central con cierta componente tecnocrática y burocrática, así como la tradición de medicina militar en las colonias. A partir de este núcleo militar e ideológico, anclado en las concepciones de comienzo de siglo, se ejerce hegemonía sobre las diferentes facetas de la salud pública, con fuerza tal que aún se puede percibir en nuestros días. De esta forma se puede apreciar esta influencia en la provisión de las diferentes cátedras de higiene y sanidad asociadas a las de microbiología, de las que quedaban como apéndices; también se aprecia este hecho en la Escuela Nacional de Sanidad.

La depuración en el Cuerpo de Sanidad Nacional no fue importante

-
- (26) EPELDEGUI, T. *et al.* (1980). Sanidad y gasto público. *Presupuesto y gasto público*, 5, 9-49.
- (27) De esta forma habría que contemplar los gastos del Patronato Antituberculoso, los de este Patronato Antituberculoso destinados a inversiones, los del PANAP a partir de su creación, los de las Mancomunidades Sanitarias (hasta que son suprimidas en 1967), los de los Institutos Provinciales de Sanidad, y cuando son asumidas por el Estado (en 1954 y 1962), las nóminas de los Titulares.

numéricamente, como sí lo fue en el Cuerpo de Maestros Nacionales (28), aunque afectó a cuadros significativos. De los 151 miembros del Cuerpo de Sanidad Nacional existentes en 1932, descontando los que se jubilaron (Aniceto Bercial, Miguel Trallero, Leonardo Rodrigo Lavín, Pedro Clemente Mariana), o los que consta su fallecimiento (Manuel de Torres Grima, Gabriel Ferret Obrador) son 33 los que por una u otra causa no aparecen en el listado de médicos de 1942, un 22%. Los 27 médicos que aprobaron en mayo de 1936 la oposición al Cuerpo de Sanidad todos menos uno, excluido por razones políticas, fueron ingresados en febrero de 1941 con efectos desde agosto de 1936. Desde el final de la guerra hasta 1942 fueron 20 los que ingresaron, un 11% del conjunto. De todas formas tras esta incorporación se enlentece, e incluso se congela el ingreso al Cuerpo de Sanidad Nacional puesto que de los 162 funcionarios existentes once años más tarde, en 1953, el 83% [134] proceden de antes del desencadenamiento de la Guerra Civil, sólo 26, un 16%, han ingresado tras el término de esta.

La trayectoria de Pascua o la de Pittaluga, exiliados, o lo que le sucedió a Sadí de Buen, exponen el drama que para la Sanidad significó la Guerra Civil. A pesar de no pertenecer Pascua al Cuerpo de Sanidad Nacional, simboliza la pérdida sufrida por España en el terreno de esta disciplina. Tras una breve estancia como profesor de Bioestadística en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Johns Hopkins (1940-1948), pasó a desempeñar el cargo de Director del Departamento de Estadísticas Sanitarias de la recién creada Organización Mundial de Salud, hasta su jubilación en 1957. Su *Manual de Metodología de la Bioestadística* fue publicado en España en 1965 (29).

Lo que sí es importante destacar de la composición del Cuerpo de Sanidad Nacional en esos años cincuenta, tras la Guerra Civil, es la escasa renovación, y poca ampliación de sus efectivos. Parece como un conjunto cerrado, con poca apertura, puesto que si en 1953 son 162 los miembros del Cuerpo (más 26 vacantes), en total 188, en 1975 esta cifra total ha

(28) CÁRDENAS, I. (1987). *La geografía y la formación de maestros en España: su evolución en la Escuela Normal de Murcia (1914-1976)*, Murcia, Universidad de Murcia, p. 15.

(29) BERNABEU, J. (1992). Marcelino Pascua desde la perspectiva histórica. In: *I Encuentro Marcelino Pascua*, Madrid, Instituto Carlos III, pp. 11-16; y CLAVERO GONZÁLEZ, G. (1992). La obra de Marcelino Pascua en su entorno. In: *I Encuentro Marcelino Pascua*, Madrid, Instituto Carlos III, pp. 17-26.

descendido a 175. Es comprensible que ello implique un predominio de los médicos de más edad. Así (Gráfica 3) en ese año de 1953 una cuarta parte tiene más de 60 años, y un 58% están entre los 60 y los 47 años, siendo sólo un 16% los que están por debajo de los 47 años, ninguno tiene menos de 35 años. Como nota anecdótica de la composición de este Cuerpo de Sanidad Nacional hay que resaltar el que sólo haya dos mujeres, María de las Mercedes Gironza Solanas, y Cecilia García de Cosa ingresadas antes de la Guerra civil. Al final del franquismo se ha producido la renovación etaria del Cuerpo de Sanidad Nacional, puesto que ahora el colectivo mayor de 60 años supone un 10%, mientras que casi la mitad un 45.8% tienen entre 36 y 46 años, y más de una cuarta parte tiene menos de 35 años. Vuelve a llamar la atención el hecho que entre los 157 componentes del Cuerpo de Sanidad Nacional en 1975 sólo exista una mujer, Pilar Nájera, que ingresó en 1962. Se entiende que una consecuencia de este rejuvenecimiento sea, entre otras cosas, la modernización conceptual y metodológica. De todas formas el hecho más relevante en relación con la composición del Cuerpo de Sanidad Nacional a lo largo del franquismo es su rigidez, su nula ampliación, la lenta adaptación a la profunda transformación que se ha producido en el panorama sanitario español. Se puede argumentar como razón parcial para este anquilosamiento en la composición del Cuerpo de Sanidad Nacional la presión corporativa dirigida a obtener beneficios de diversa índole merced al escaso contingente de funcionarios a la hora de distribuir probables compensaciones. Aunque en este sentido hay que recordar que cuando en 1965 con la reforma de la Función Pública desaparecen los complementos retributivos a partir del reparto de las tasas, no por ello se produce un amplio incremento del Cuerpo de Sanidad Nacional antes de 1975. Pero lo más destacable es que la Dirección General de Sanidad no desempeña ningún papel en las modificaciones de la estructura sanitaria de esos años. De hecho la estructura más importante creada en esta etapa, la red asistencial del Seguro Obligatorio de Enfermedad, se hace a base de Inspectores del Seguro, y de otros profesionales, con escasa formación salubrista.

3.1. *Producción científica en Salud Pública*

Reflejo de la nueva situación creada con la Guerra Civil y la instauración del franquismo es lo acontecido con la *Revista de Sanidad e Higiene*

Pública. No consta consejo de redacción ni secretaría, y se consigna por orden alfabético a los siguientes 26 facultativos, de los que más de la mitad [14] son del Cuerpo de Sanidad Nacional: Salvador Almansa de Cara, Alberto Anguera Inglés, José Balén García, José M.^a Clavera, Santiago Colomo de la Villa, Obdulio Fernández, F. Garrido Quintana, Clemente García Luquero, Manuel González Ferradas, José Luis Guardiola, Isidoro Hernández, Casiano Irizar, Joaquín Mestre Medina, Luis Nájera Angulo, José Alberto Palanca y Martínez Fortún, Joaquín de Prada Fernández Mesones, F. Rey, José San Román, José Sierra Inestal, E. Suárez Peregrín, Angel Uruñuela Miranda, Antonio Vallejo Nájera, Antonio María Vallejo de Simón, Victoriano Vallejo de Simón, A. Vich y Pedro Villoslada. A partir de 1938 desaparecen las secciones que se habían consolidado en el periodo republicano, sólo se publican trabajos, y deja de ser la revista el foro en el que se reflejaba la intensa actividad y las preocupaciones y proyectos de los profesionales de la sanidad.

De hecho esta impresión de abandono se constata al observar la evolución del número de trabajos publicados (Tabla 2, Gráfica 4). Tras

TABLA 2

Producción de la Revista de Sanidad e Higiene Pública

Año	N.º Arts.	% Arts.	N.º Págs.	AT/100 P	N.º AA.	% AA.
1940	34	2.89	584	5.82	34	2.89
1941	60	5.11	770	7.79	94	8.01
1942	43	3.66	597	7.20	137	11.67
1943	53	4.51	1036	5.11	190	16.19
1944	48	4.09	702	6.83	238	20.28
1945	49	4.17	930	5.26	287	24.46
1946	47	4.00	1264	3.71	334	28.47
1947	46	3.92	1256	3.66	380	32.39
1948	39	3.32	1072	3.63	419	35.72
1949	32	2.72	936	3.41	451	38.44
1950	27	2.30	930	2.90	478	40.75
1951	27	2.30	788	3.42	505	43.05
1952	20	1.70	700	2.85	525	44.75
1953	18	1.53	754	2.38	543	46.29
1954	24	2.04	972	2.46	567	48.33
1955	25	2.13	756	3.30	592	50.46
1956	20	1.70	840	2.38	612	52.17
1957	20	1.70	684	2.92	632	53.87

TABLA 2

Producción de la Revista de Sanidad e Higiene Pública. (Continuación)

Año	N.º Arts.	% Arts.	N.º Págs.	AT/100 P	N.º AA	% AA
1958	21	1.79	676	3.10	653	55.66
1959	25	2.13	600	4.16	678	57.80
1960	28	2.38	780	3.58	706	60.18
1961	21	1.79	696	3.01	727	61.97
1962	23	1.96	654	3.51	750	63.93
1963	19	1.61	510	3.72	769	65.55
1964	19	1.61	752	2.52	788	67.17
1965	22	1.87	563	3.90	810	69.05
1966	17	1.44	400	4.25	827	70.50
1967	20	1.70	372	5.37	847	72.20
1968	42	3.58	838	5.01	889	75.78
1969	38	3.23	870	4.36	927	79.02
1970	53	4.51	1430	3.70	980	83.54
1971	49	4.17	1233	3.97	1029	87.72
1972	56	4.77	1158	4.83	1085	92.49
1973	57	4.85	1113	5.12	1142	97.35
1974	31	2.64	1162	2.66	1173	100.00

unos pocos años en que crece el número de trabajos, a partir de 1941 desciende y se sitúa en una meseta de escasez, que con altibajos se extiende hasta 1968 en que vuelve a resurgir la revista. Se puede caracterizar casi todo el franquismo por esta insuficiencia científica en salud pública. Los autores más prolíficos de la etapa franquista publicando en la revista son (Tabla 3): Álvaro Lozano Morales con 35 trabajos, Pérez Gallardo con 26, Rey Calero con 25, Manuel Mezquita López con 23, Carlos Rico-Avello y Rico con 22, Clavero del Campo con 21, Rafael Ibáñez González con 20, Gimeno de Sande con 19, Jesús Villar Salinas con 16, Rafael Nájera Morrondo con 15, Saiz Moreno con 14, Luis Nájera Angulo y Luis Contreras Poza con 13, J. M.^a Romeo Viamonte, Gerardo Clavero González, Durich y Remlinger con 12 artículos, Avelino Senra Varela, Julián Ramo, y Socias con 11 trabajos, y ya con 10 o menos artículos están entre otros Federico Beato Gonzalez, Alberto Anguera, Enrique Angolotti, Juan Dantín Gallego, V. Altava, Mariano Maldonado Sampedro, Enrique Nájera, J. M. Palacios Mateos, Benjamín Sánchez Fernández de Murias, Juan de la Serna, Federico Bravo Morate, C. García Luquero, Adolfo Serigó Segarra, Luis Valenciano, Francisco J. Yuste Grijalba, Manuel Domínguez Carmona, Jesús

TABLA 3

Relación de los autores más productivos en la Revista de Sanidad e Higiene Pública (1940-1974) y productividad de los autores

<i>Autores</i>	<i>Artículos/Autor</i>
LOZANO MORALES	35
PÉREZ GALLARDO	26
REY CALERO	25
MEZQUITA LÓPEZ	23
RICO-AVELLO	22
CLAVERO DEL CAMPO	21
IBÁÑEZ GONZÁLEZ	20
GIMENO DE SANDE	19
VILLAR SALINAS	16
NÁJERA MORRONDO, R.	15
SAIZ MORENO	14
NÁJERA ANGULO, L.	13
CONTRERAS POZA	13
ROMEO VIAMONTE	12
REMLINGER	12
DURICH	12
CLAVERO GONZÁLEZ	12
SOCIÁS	11
SENRA VALERA	11
JULIÁN RAMO	11
8	10
6	9
7	8
5	7
10	6
17	5
25	4
41	3
113	2
455	1

García Orcoyen, Obdulio Fernández Rodríguez, Joaquín de Prada, Agustín Pumarola Busquet, Primitivo de la Quintana, Francisco Grande Covián, Gonzalo Piédrola Gil y Emilio Zapatero.

La comprobación del cumplimiento de la ley de Lotka (Gráfica 5) sobre la desigual aportación del conjunto de autores permite apreciar que

el distanciamiento de la distribución teórica se realiza a expensas del mayor número de lo esperado de autores ocasionales, que sólo publican una vez sobre temas de higiene [455] cuando la cifra debería ser algo inferior [340], teniendo en cuenta la cantidad total de trabajos canalizados por la revista a lo largo de los años del franquismo, 1.173. En cuanto a los grandes productores esta ecuación de Lotka señala una situación «normal», incluso de mayor proporción de grandes productores, puesto que una pequeña parte de autores, 28 (el 3.9% de los 707 autores), los más prolíficos (grandes productores, i.p.>1) publica el 36.06% del total de artículos. Esta preponderancia del núcleo reducido de los autores prolíficos podría estar en relación con la situación de hegemonía fáctica del grupo de higienistas que se alinea en el bando vencedor de la Guerra Civil y que dirige la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*.

En las dos primeras décadas los autores más prolíficos (Tabla 4) son,

TABLA 4

Evolución quinquenal de las publicaciones de los principales productores en la Revista de Sanidad e Higiene Pública (1940-1974)

	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	Total
LOZANO MORALES	8	14	7	6	—	—	—	35
PÉREZ GALLARDO	3	3	5	—	7	3	5	26
REY CALERO	—	—	—	—	2	5	18	25
MEZQUITA LÓPEZ	4	2	1	3	1	5	7	23
RICO-AVELLO	2	12	3	2	1	—	2	22
CLAVERO DEL CAMPO	3	11	6	—	1	—	—	21
IBÁÑEZ GONZÁLEZ	2	8	3	2	1	3	1	20
GIMENO DE SANDE	—	5	5	2	—	2	5	19
VILLAR SALINAS	2	10	4	—	—	—	—	16
NÁJERA MORRONDO, R	—	—	—	—	1	1	13	15
SAIZ MORENO	2	1	2	2	1	1	5	14
NÁJERA ANGULO, L	7	2	1	2	—	1	—	13
CONTRERAS POZA	—	3	1	1	1	1	6	13
ROMEO VIAMONTE	—	10	2	—	—	—	—	12
REMLINGER	3	7	2	—	—	—	—	12
DURICH	2	3	4	1	1	1	—	12
CLAVERO GONZÁLEZ	—	—	—	—	—	4	8	12
SOCÍAS	9	1	1	—	—	—	—	11
SENRA VARELA	—	—	—	—	—	—	11	11
JULIÁN RAMO	—	—	—	—	—	4	7	11

Lozano Morales [35 trabajos], Clavero del Campo [20], Rico-Avello [19], Villar Salinas [16], Ibáñez González [15], Luis Nájera Angulo [12], Romero Viamonte [12], Remlinger [12], Gimeno de Sande [12], Socias [11], Pérez Gallardo [11] y Mezquita López [10]. De este panorama descrito llama poderosamente la atención la escasa presencia que entre los principales productores de artículos tienen los catedráticos de la disciplina de Higiene y Sanidad. Sólomente aparecen entre aquellos con un índice de productividad superior a 1 los profesores Clavero, Director del Instituto Nacional de Sanidad, e Ibáñez González de la Facultad de Medicina de Granada. Una gran cantidad de estos autores prolíficos son profesores responsables de distintas disciplinas de la Escuela Nacional de Higiene y Salud Pública como Nájera Angulo o Pérez Gallardo, y otros son altos cargos en la sanidad militar, a la que también pertenece parte importante de los anteriores (Palanca, Piédrola). Tenemos así una disociación entre la realidad universitaria y la disciplina de higiene, tanto en su vertiente práctica como teórica, que, consolidada en este periodo, continuará más allá del franquismo. De hecho, en el curriculum impartido en las Facultades de Medicina durante estos años, destaca la poca entidad y relevancia de la materia de higiene y medicina preventiva. Las exiguas 60 horas en sexto curso representan, efectivamente, una escasa proporción de las 5.500 horas del curriculum médico. Uniendo todas las materias relacionadas con las cuestiones sociales no supera el 3% del total de horas impartidas (30).

Temáticamente (Tabla 5) destaca el retroceso a cuestiones debatidas a principio de siglo, como supone el interés por las enfermedades infecciosas y parasitarias que, hasta 1964 ocupan el 58.3% del total de lo publicado, y que aunque descende vuelve a adquirir cierta entidad a finales del periodo (Gráficas 6, 7 y 8). Dentro de ellas son significativas y reflejan la evolución de la morbilidad y mortalidad de entonces los artículos publicados sobre tuberculosis, paludismo e inmunización. Por el contrario el saneamiento ambiental merece un escaso 1.4%. Una situación intermedia, con un menor interés en cuanto al volumen de artículos publicados reciben temas

-
- (30) MARSET, P. (1983). Funciones de la Salud Pública como base de la formación sanitaria. In: *Actas VII Congreso Nacional de Educación Médica*, Barcelona, pp. 125-137; y MARSET, P. (1983). Distribución de las materias médicas del currículum médico basado en la salud. In: *Actas VII Congreso Nacional de Educación Médica*, Barcelona, pp. 149-157.

TABLA 5

Evolución de la producción de la Revista de Sanidad e Higiene Pública por temas, 1940-1974

Temas	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
TBC ¹	8 (6.4)	14 (9.4)	13 (15.7)	4 (6.8)	4 (9.1)	1 (3.6)	5 (6.9)
PALUDISMO ¹	16 (12.8)	47 (31.7)	14 (16.9)	4 (6.8)	2 (4.5)	2 (7.1)	1 (1.4)
BRUCELOSIS ¹	1 (0.8)	9 (6.1)	4 (4.8)	4 (6.8)	4 (9.1)	1 (3.6)	5 (6.9)
SALMONELOSIS ¹	3 (2.4)	2 (1.3)	3 (3.6)	2 (3.4)	2 (4.5)	2 (7.1)	3 (4.2)
INFECCIOSAS ²	125 (52.5)	148 (69.5)	83 (71.5)	59 (53.1)	44 (40.0)	28 (20.1)	72 (29.3)
C-VASCULARES ²	1 (0.4)	1 (0.5)	0	2 (1.8)	2 (1.8)	0	2 (0.8)
LABO ²	31 (13.0)	19 (8.9)	10 (8.6)	13 (11.7)	20 (18.2)	16 (11.5)	41 (16.7)
INMUNIZACIÓN ²	7 (2.9)	18 (8.4)	5 (4.3)	9 (8.1)	4 (3.6)	4 (2.9)	5 (2.0)
SALUD MENTAL ²	6 (2.5)	2 (0.9)	0	3 (2.7)	2 (1.8)	10 (7.2)	11 (4.5)
SALUD INFANTIL ²	23 (9.7)	12 (5.6)	5 (4.3)	6 (5.4)	8 (7.3)	15 (10.8)	19 (7.7)
EPIDEMIOLOGÍA ²	35 (14.7)	30 (14.1)	29 (25.0)	17 (15.3)	23 (20.9)	21 (15.1)	42 (17.1)
HOSPITALES ²	2 (0.8)	0	1 (0.9)	0	3 (2.7)	6 (4.3)	5 (2.0)
SANID. AMBIENTAL ²	0	5 (2.3)	4 (3.4)	0	2 (1.8)	21 (15.1)	28 (11.4)
SANID. ALIMENTOS ²	5 (2.1)	1 (0.5)	0	10 (9.0)	24 (21.8)	6 (4.3)	14 (5.7)
ADMÓN ²	18 (7.6)	28 (13.1)	14 (12.1)	12 (10.8)	8 (7.3)	18 (12.9)	34 (13.8)
EPS ²	0	0	0	0	0	3 (2.1)	4 (1.6)
TODOS	238	213	116	111	110	139	246

NOTAS:

- (1) Los porcentajes van referidos al total de artículos sobre enfermedades infecciosas de cada período.
- (2) Los porcentajes van referidos al total de artículos de cada período.

como la higiene maternoinfantil con un 6.8%, los métodos de laboratorio con un 11.8%, o los de administración sanitaria con un 10.1%, por delante de temas como estadística sanitaria, cáncer, higiene mental, nutrición, etc., cuya producción es ínfima.

En relación con la predilección de los diferentes autores por los distintos temas vale la pena señalar que Clavero del Campo trata sobre todo de las rickettsiosis, especialmente de la fiebre Q, del paludismo, sus vectores, su epidemiología, así como su tratamiento y lucha antipalúdica. Menor volumen tienen sus trabajos sobre los Aedes. También centra parte del interés de Pérez Gallardo las rickettsiosis, así como el tifus. Lozano Morales le presta atención al paludismo, Mezquita López a la epidemiología de las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como a las técnicas de despiojamiento, control de manipuladores, y lucha contra el cólera. Rico Avello dedica 12 de sus 22 trabajos a la historia de la medicina, aunque también se preocupa de la epidemiología del paludismo, tuberculosis y bilharziasis.

La colaboración en los trabajos científicos, medida a través del índice firmas/trabajo, se utiliza tradicionalmente (31) como indicador del grado de apoyo institucional a la investigación, así como indirectamente del grado de institucionalización de una disciplina y de calidad científica. Se estima que es significativo el momento en el que en una ciencia más de la mitad de los artículos publicados están firmados por dos o más autores, momento que para el conjunto de las disciplinas dedicadas a las ciencias experimentales se sitúa en los años cincuenta (32), mientras que en las ciencias médicas acaece en la década de los años 70: en Traumatología y Ortopedia en 1970 (33), en Aparato Digestivo así como en Obstetricia y

(31) PRICE, D. J. S. (1969). *Little Science, Big Science*, Columbia, University Press.

(32) *Ibidem*; LÓPEZ FERNÁNDEZ, C. (1986). *La producción española en Física durante el periodo (1940-1975), a través de los Anales de la Real Sociedad Española de Física y Química*, Zaragoza, Tesis Doctoral; PALAO POVEDA, G. (1990). *Aproximación a la investigación química española desde 1940 a 1965 a través de los Anales de la Real Sociedad Española de Física y Química*, Murcia, Universidad, Tesis Doctoral.

(33) LAMATA, M.; MARSET, P.; NAVARRO QUILIS, A. (1975). Evolución de la producción médica española en traumatología y ortopedia durante el periodo 1965-1972, a través del «Índice Médico Español». *Revista española de Cirugía Osteoarticular*, 10, 223-246.

Ginecología, en 1971 (34), en Cirugía vascular en 1973 (35), en Oftalmología así como en Toxicomanías, en 1974 (36). Fuera del periodo franquista se sitúan las disciplinas de índole más social como la Geriatria en 1976 (37), o la Neuropsiquiatria, y la nuestra, la Salud Pública, ya en 1980 (38). Los originales de la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* firmados por un solo autor (Tabla 6, Gráfica 9) que, para los años anteriores a 1964 son más del 80%, descienden al 70% en el quinquenio 1965-1969, y al 59% en el 1970-1974. Ello indica una paulatina introducción del trabajo en equipo pero también deja claro que a lo largo del franquismo no se institucionaliza la salud pública como disciplina científica.

Esta escasa colaboración entre los autores higienistas se da también entre (Tabla 7) los autores más prolíficos: Villar Salinas publica sus 16 trabajos en solitario, Rico Avello 21 de sus 22 trabajos, Clavero González 11 de sus 12 artículos. La producción en solitario es superior al 80% de su producción en Lozano Morales, Sáiz Moreno, Nájera Angulo, Contreras

-
- (34) GIMÉNEZ ABADÍA, M. A.; MARSET, P. (1975). Análisis de las publicaciones periódicas médicas sobre patología digestiva para el período 1965-1971, según el «Índice Médico Español». *Revista española de Enfermedades del Aparato Digestivo*, 46, 203-224; RODRÍGUEZ GARCÍA, J. R. (1974). *La producción científica española en Obstetricia y Ginecología. Estudio analítico y sociométrico*, Madrid, Universidad Complutense, Tesis Doctoral.
- (35) SAN SEGUNDO, E. (1986). *Evolución de la producción científica española en angiología y cirugía vascular según el I.M.E. (1965-1983)*, Murcia, Universidad, Tesis de Licenciatura.
- (36) POSADAS MARTÍNEZ, A. (1980). *Evolución de la producción científica en Oftalmología en España (1972-1978)*, Murcia, Universidad, Tesis de Licenciatura; HOYOS ORTIZ, A. P. (1987). *Evolución de la producción española sobre glaucoma a través de los Archivos de la sociedad española de oftalmología (1961-1985)*, Murcia, Universidad, Tesis de Doctorado; REGOJO ALMELA, M. A. (1986). *Estudio bibliométrico de la producción española sobre «toxicomanías y drogodependencias» en el periodo 1970-1985*, Murcia, Universidad, Tesis de Licenciatura.
- (37) GIL GIL, J. M. (1986). *Análisis bibliométrico de la producción científica española de geriatría y gerontología durante el periodo 1974-1983*, Murcia, Universidad, Tesis de Licenciatura.
- (38) ASENCIO RODRÍGUEZ, O. (1986). *Estudio bibliométrico de los artículos sobre neuro-psiquiatria-psicología recogidos en el Índice Médico Español durante el periodo 1976-1980*, Murcia, Universidad, Tesis de Licenciatura; GUTIÉRREZ GARCÍA, J. J. (1984). *Evolución de la producción científica española en Salud Pública según el I.M.E. (1974-1983)*. Murcia, Universidad, Tesis de Licenciatura.

TABLA 6

Evolución del índice firmas/trabajo en la Revista de Sanidad e Higiene Pública, 1940-1974

Firmas	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
1	202 (84.9)	178 (83.6)	93 (80.2)	91 (82.0)	90 (81.8)	96 (69.1)	145 (58.9)
2	32 (13.4)	27 (12.7)	12 (10.3)	10 (9.0)	8 (7.3)	23 (16.5)	47 (19.1)
3	3 (1.3)	8 (3.7)	11 (9.5)	4 (3.6)	7 (6.4)	9 (6.5)	26 (10.6)
4-6	0	0	0	6 (5.4)	3 (2.7)	10 (7.2)	19 (7.7)
+ 6	0	0	0	0	1 (0.9)	0	4 (1.6)
ARTIC.	238	213	116	111	110	139	246

TABLA 7

*Colaboración de los autores más productivos
Arículos Con "N" Firmas*

Autores	1	2	3	4-6	+ 6	Total
LOZANO MORALES	30	3	2	—	—	35
PÉREZ GALLARDO	6	3	14	3	—	26
REY CALERO	9	6	6	3	1	25
MEZQUITA LÓPEZ	14	2	3	4	—	23
RICO-AVELLO	21	1	—	—	—	22
CLAVERO DEL CAMPO	6	6	8	1	—	21
IBÁÑEZ GONZÁLEZ	11	5	1	3	—	20
GIMENO DE SANDE	13	1	3	2	—	19
VILLAR SALINAS	16	—	—	—	—	16
NÁJERA, R.	4	1	5	5	—	15
SAIZ MORENO	12	2	—	—	—	14
NÁJERA, L.	11	1	1	—	—	13
CONTRERAS POZA	11	2	—	—	—	13
ROMEO VIAMONTE	2	8	2	—	—	12
REMLINGER	9	3	—	—	—	12
DURICH	10	2	—	—	—	12
CLAVERO GONZÁLEZ	11	—	1	—	—	12
SOCIÁS	9	1	1	—	—	11
SENRA VARELA	2	8	1	—	—	11
JULIÁN RAMO	3	2	4	2	—	11

Poza, Durich y Socias; y entre el 50 y 80% de la producción de Mezquita López, Ibáñez González, Gimeno de Sande y Remlinger. Sólo tienen una producción individual inferior al 50% Pérez Gallardo (23.1%), Rey Calero (36%), Rafael Nájera Morrondo (26.7%), Romeo Viamonte (16.7%), Senra Varela (18.2%) y Julián Ramo (27.3%). Incluso entre los autores con tendencia a colaborar la formación de grupos estables es escasa. Clavero del Campo comparte 15 de sus 21 trabajos con 7 autores, con Pérez Gallardo 7, con Romero Viamonte 6, con Hernández Fernández 4, con Valle 2, uno con Fons, otro con Olivarría, y otro con Lozano Morales. Pérez Gallardo comparte 20 de sus 26 trabajos. Entre 1944 y 1952 este forma equipo con Clavero del Campo [7 trabajos], con Hernández Fernández [4], con Valle [2], y con Gallardo [1], Sanz [1] y Fox [1]. Entre 1962 y 1967 forma parte de otros dos grupos, uno con Rafael Nájera [6 trabajos], Enrique Nájera [5], Mateos [2] y Ruiz Falcó [2], y otros 8 autores con los que sólo comparte un trabajo, y un segundo grupo con Valenciano Clavel [5 trabajos], Mezquita [2], y Muelas [1]. Rey Calero, con 25 trabajos, forma equipo con Calbo Torrecillas [6 trabajos], Otero Puime [5], González R. Salinas [4], Casal [3], Román [3], Mira [3], Garrido Peralta [2], Damiano [2], López Sánchez [2], y otros 6 autores con los que comparte un solo trabajo.

Senra Varela comparte 4 de sus 11 trabajos con Palmero Troitiño, y Julián Ramo 8 de los 11 que publica con Moya, 4 con Martínez Fuertes y con otros tres autores uno. Entre los autores prolíficos no forman grupos estables Lozano Morales, Mezquita López y Rico-Avello.

Entre 1962 y 1967 Pérez Gallardo forma parte de otros dos grupos, uno constituido por Rafael Nájera [con el que colabora en 6 trabajos], con Enrique Nájera [con 5 trabajos], con Mateos [2], y Ruiz Falcó [2], y un segundo grupo con Valenciano Clavel [con quien comparte 5 trabajos], Gabriel y Galán [4], Mezquita [2] y Muelas [1]. El tema de más interés predominante en estos trabajos lo constituyen las enfermedades infecciosas, y en concreto la poliomielititis.

A partir del año 1968 vuelve a aparecer un Consejo de Redacción en la revista aunque sólo figuran los cargos públicos. De esta forma el Presidente es el Director General de Sanidad, y los vocales los subdirectores de los Servicios de Medicina Preventiva y Asistencial, de Farmacia, de Sanidad Veterinaria, el Secretario Técnico el Inspector General de Sanidad Veteri-

naria, el Director de la Escuela Nacional de Sanidad, el Director del Instituto Nacional de Oncología, el del Instituto de Hematología y Hemoterapia, el del Centro Nacional de Virología y Ecología Sanitarias, el del Centro Técnico de Farmacobiología, el de la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, el Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, el Secretario del Consejo Nacional de Sanidad, y el de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria. Como Secretario de la *Revista* figura Gerardo Clavero González.

A partir de 1971 aparecen los nombres unidos a los cargos, destacando Jesús García Orcoyen, Pedro Porras, Román Herrero Ayllón, Andrés Miranda Hernández, Alfredo Delgado, Luis Nájera Angulo, Joaquín Vaamonde, Primitivo de la Quintana, Pedro Carda, Carlos Elósegui, Florencio Pérez Gallardo, Fernando Montegui, Ciriaco Laguna, Carlos Rico-Avello, Juan Figueroa, José Sierra Inestal, Adolfo Serigó. Más tarde, por los cambios, se incorporan Federico Bravo Morate, Antonio Borregón, Arturo Criado, Benjamín Sánchez Fernández de Murias, Pilar Nájera, quien en julio de 1975 se hará cargo de la secretaría de la redacción.

En esta última etapa del franquismo es cuando la revista recupera cuantitativa y cualitativamente niveles aceptables desde el punto de vista científico. El número de artículos asciende en los años 1972 y 1973 hasta casi 60 trabajos anuales, y aunque posteriormente desciende a unos 30 al año, aún está por encima del índice de trabajos/año del periodo anterior que era de 20.

Los autores más significativos de esta última etapa son, entre otros, Rey Calero [con 18 artículos], Rafael Nájera [13], Senra Varela [11], Clavero González [8], Mezquita López [7], Julián Ramo [7], Contreras Pozas [6], Pérez Gallardo [5], Gimeno de Sande [5], Saiz Moreno [5], apareciendo autores que más tarde serán prolíficos como J. J. Viñes, Martínez Navarro, Pedro Cortina, Enrique Nájera o Luis Valenciano.

Temáticamente se advierte la incorporación de nuevas metodologías en epidemiología, conectando con las novedades del exterior. Los cambios en las concepciones pueden seguirse con el análisis temático de la producción de la revista. El interés por las enfermedades infecciosas y parasitarias desciende para el periodo 1965-1974 con proporciones de un 26%, mientras que el saneamiento ambiental asciende a un 12.7%, la salud materno infantil sube al 8.8%, y la salud mental al 5.5% (Gráfica 7). Aparecen como

temas nuevos la salud dental (4.2%), los hospitales (2.9%), la educación para la salud (1.8%), y los accidentes (1.6%). La epidemiología (Gráfica 8) se sitúa en un 16.4% y cambia su centro de interés de las enfermedades infecciosas agudas a otros procesos, ligándose estrechamente con los estudios de demografía. Asimismo cobra renovado interés el tema de la administración sanitaria y el de las nuevas técnicas y tendencias en el uso de los laboratorios en salud pública. De esta forma destaca el que uno de los más prolíficos autores de esta última etapa, Rey Calero y los autores con los que publica, tengan como tema de interés las técnicas inmunológicas, la epidemiología y los indicadores sanitarios de la población escolar.

Estos cambios en la mentalidad de los higienistas que publican parecen empujados por la propia realidad (Tabla 8): la mortalidad desciende pau-

TABLA 8

Indicadores sanitarios

	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Natalidad (x 1000)	22	21,9	20,3	21,2	21,4	20,6	19,4
Mortalidad (x 1000)	15,2	11,9	10,1	9,2	8,6	8,5	8,5
Mortalidad infecciosa	—	—	—	—	35,7	24,6	20,7 ¹
Morbilidad salmonelas (x 100.000)	—	—	46,3 ²	41,2	28,2	10,2	7,5 ¹
Mortalidad tifoidea (miles)	16,3	9,5	3,4	1,3	6,8	2,5	1,3 ¹
Mortalidad TBC pulmonar (miles)	—	—	97,2	55,6	41,1	28,0	17,6
Mortalidad TBC	118	117,5	66,6	30,9	23,1	14,9	10,4
Mortalidad paludismo (miles casos)	5,4	1,0	0,2	0,05	0	0,004	—
Mortalidad cáncer	64,4	70,0	82,3	103,1	121,7 ³	130,8	137,5 ⁴
Mortalidad diabetes	7,1	5,4	6,1 ⁵	—	—	12,2	16 ¹
Mortalidad cardiovasculares (x 10.000)	38,5 ⁶	—	33,1 ⁷	—	29,5 ⁸	—	35,8 ⁹
Mortalidad accidentes	—	—	—	—	37,3	38,0	40,8 ⁴
Mortalidad infantil (x 1.000 NV)	114,7	80,6	62,6	51,7	42,3	27,7	17,0

NOTAS: (1) 1970-73

(4) 1970-72

(7) 1950

(2) 1951-54

(5) 1950-53

(8) 1960

(3) 1960-63

(6) 1940

(9) (1970 + 1972)/2

FUENTE: Los datos son una síntesis de los ofrecidos por CLAVERO GONZÁLEZ, G. (1977) *Análisis de la situación sanitaria española. 1977*, Madrid, Subsecretaría de la Salud, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

latinamente (de 15 por mil a 8.5), y dentro de ella tanto la mortalidad infantil (de 114 por 1.000 nacidos vivos en el primer quinquenio a 17 en el último) como la mortalidad y morbilidad infecciosas para todas y cada una de las causas (de una morbilidad por salmonelosis de 46 por cien mil en el quinquenio 1950-54 a 7.5 en el último, de una mortalidad por tifoidea de 16.000 casos en el primer quinquenio pasa a mil en el periodo 1970-73, mientras que en tuberculosis se pasa de una tasa de 118 al principio a otra de 10 al final, o de 5.400 casos de mortalidad por paludismo en los primeros años a ningún caso en los últimos), al tiempo que se incrementan las atribuibles a cáncer (de 64 por mil a 137), diabetes (de 7 a 16) o accidentes (con cifras de 40 por mil en el último quinquenio).

3.2. Creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad

En una situación social y sanitaria precaria, se aprueba, en 1942, la ley de creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que se hace realidad en 1944, por la que se deslaboraiza la cobertura de riesgo, abarcando a un colectivo más amplio (beneficiarios). Esta ley obedece a las mismas causas sociales y políticas que motivaron la promulgación de sus precedentes en la Alemania de Bismarck (39) o en la Inglaterra de Lloyd George (40), la intención de la derecha política por atraerse las voluntades de los trabajadores. De esta forma se puede apreciar la pretensión de lograr legitimación y cierto apoyo de la clase trabajadora española, hostil al régimen salido de la guerra civil (persecución de sindicalistas, partidos políticos defensores de la legalidad republicana y sobre todo de izquierdas, PSOE y PCE). Para el desarrollo institucional de la misma parece que se encargó en un primer momento a la Dirección General de Sanidad (41), pero el rechazo de la misma a hacerse cargo de esta tarea motiva que se adjudique a una estructura propia del Ministerio de Trabajo, y en concreto le da la iniciativa

(39) SIGERIST, H. E. (1985). De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social. In: Erna Lesky (ed.), *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

(40) NAVARRO, V. (1984). *Lucha de clases, Estado y medicina*, México, Nueva Imagen.

(41) SOLÉ SABARÍS, F. (1965). Apunte crítico del funcionamiento de la Seguridad Social en España. In: Henri Hatzfeld, *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ed. Ariel, pp. 197-221.

organizativa al sector falangista, el más cargado ideológicamente de entre los que componen el equilibrio de fuerzas conservadoras que respaldan al régimen de Franco. Esta decisión es congruente con otras similares que se habían adoptado, y que suponían colocar al Movimiento, a la Falange, como instancia «protectora» de la clase trabajadora. De esta forma tenemos las Mutualidades y Montepíos Laborales bajo la Organización Sindical (42). Ello traerá diversas consecuencias, y también críticas, aduciendo precisamente a la extrema politización de la iniciativa, que, como señala Palanca, si «contribuyó a crear tranquilidad y satisfacción interior» (fue una obra) «más política que técnica» (43). Otra fuente sobre la tensión creada entre la Dirección General de Sanidad y el Seguro Obligatorio de Enfermedad la encontramos en el discurso que el mismo Palanca pronunció en 1958 con ocasión de la apertura del curso académico 1958-59. En él, al tratar la evolución de la sanidad española, de las «conquistas» conseguidas desde el final de la guerra civil, dedica una escasa página de las 129 del discurso impreso a mencionar la «implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad», indicando que «no intervino para nada la Dirección General de Sanidad ni el Ministerio de la Gobernación», y que «en su aplicación hubo errores considerables, en los cuales no queremos insistir» (44).

Las consecuencias de esta falta de coordinación, y del carácter político de la puesta en marcha del SOE son de todo tipo: unas estructurales, la duplicidad inicial de las redes sanitarias, con la separación posterior de las tareas asistenciales, terapéuticas, de las preventivas y promotoras; otras organizativas, la configuración de un modelo de funcionamiento basado en el autoritarismo, en el centralismo, y en la jerarquización, con el soporte de la ideología fascista; otras económicas, al ir creciendo aceleradamente la recaudación, por el vertiginoso proceso de industrialización, y a un ritmo superior al de los gastos, pues en esos momentos la población asalariada y beneficiaria es joven y con menor tasa de frecuentación sani-

(42) VERGÉS, J. (1976). *La Seguridad Social Española y sus cuentas*, Barcelona, Ariel.

(43) PALANCA MARTÍNEZ FORTÚN, J. A. (1965). Los errores iniciales del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en Felip Solé Sabaris «Apunte crítico del funcionamiento de la Seguridad Social en España», a su vez en Hatzfeld, *op. cit.* en nota 41, p. 202.

(44) PALANCA (1958), *op. cit.* en nota 23, pp. 116-117.

taria y de morbilidad, ello depara que se convierta el Seguro de Enfermedad en la instancia paraestatal más importante, y si en 1960 suponen los ingresos de la Seguridad Social un 8.75% del Producto Nacional neto en 1972 son un 11.5%, constituyendo unos dos tercios de los presupuestos del Estado (45), cuando los presupuestos de la Dirección General de Sanidad siguen siendo ridículos (46); otras consecuencias son, en fin, científicas, la escasa producción científica de índole salubrista a partir del trabajo desarrollado en la estructura del SOE.

3.3. *La ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963*

La segunda iniciativa legislativa del franquismo en materia sanitaria será la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, que toma aún como referencia la anterior Ley de Sanidad vigente, la de 1855 y la Instrucción de 1904. Pretendía fundamentalmente dos objetivos, coordinar las actuaciones sanitarias, muy dispersas, y desarrollar una labor de protección sanitaria frente a los peligros genéricos de las infecciones con todo tipo de acciones preventivas e interventoras. Sin embargo, como reconoce uno de los mentores de dicha ley, Palanca (47), «desgraciadamente, después de aprobada la Ley por las Cortes del Reino, salvo el Ministerio de Gobernación, los restantes departamentos ministeriales procedieron como si no existiese, haciendo lo que les parecía conveniente». Por otra parte no se modernizan las directrices epidemiológicas ni sanitarias en vigor antes de la Guerra Civil. Sigue siendo la Sanidad asunto del Ministerio del Interior, y el Estado sólo asume la responsabilidad pública de la prevención, no así la de asistencia. «Sólo fue eficaz en la prevención de enfermedades transmisibles puesto que heredaba la estructura anterior diseñada a tales fines» (48). De todas formas esta ley fue poco desarrollada por el Gobierno.

El tercer paso legislativo del franquismo fue la ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, encaminada a la racionalización financiera y

(45) VERGÉS (1976), *op. cit.* en nota 42, pp. 138 y 139.

(46) EPELDEGUI *et al.* (1980), *op. cit.* en nota 26.

(47) PALANCA (1958), *op. cit.* en nota 23, pp. 54-57.

(48) BANDO CASADO (1986), *op. cit.* en nota 18, p. 57.

administrativa de las entidades y prestaciones existentes (49). Previamente, en 1962 se había promulgado la Ley de Coordinación Hospitalaria por la que se intentaba racionalizar la estructura asistencial hospitalaria siguiendo los cánones europeos, y que favoreció la introducción en nuestro país de consideraciones modernas en el campo asistencial. Junto con estas legislaciones tiene lugar la reforma de la Función Pública de 1963 por la que además de la mencionada modificación de las bases retributivas de los funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional mejorando los salarios y eliminando el reparto procedente de las tasas sanitarias, se elimina una entidad que se había creado en la II República, las Mancomunidades Sanitarias, integrándola en las Jefaturas Provinciales de Sanidad. Aunque éstas habían sido desprovistas por el franquismo de la estructura institucional de ámbito subcomarcal y comarcal, y por ello vaciadas del objetivo descentralizador que les había conferido la legislación republicana, sirvieron para hacer frente económicamente a contingencias y necesidades importantes. Se consuma por ello el debilitamiento de la estructura dependiente de la Dirección General de Sanidad, precisamente cuando está creciendo e imponiéndose la estructura del SOE.

Hacia el final del franquismo, 1970, se lamentaba Rico Avello que «En España no ha existido una conciencia sanitaria, ni han prosperado las organizaciones y el desarrollo de la Medicina Preventiva ... Sobre la Sanidad gravitaban muchos años de abandono e incomprensión, de negligencia...» (50).

4. CONCLUSIONES

Al contrastar la evolución de la dimensión cuantitativa de la salud pública a lo largo del franquismo con algunos de los parámetros sociosanitarios de este período se aprecia la ausencia de institucionalización de la

(49) SOLÉ SABARÍS (1965), *op. cit.* en nota 41, y VERGÉS (1976), *op. cit.* en nota 42; y también ROMEU DE ARMAS, A. (1944). *Historia de la previsión social española*, Madrid, Ed. Revista de Derecho Privado; y RULL SABATER, A. (1970). *La Seguridad Social en España*, Madrid, I. Euroamérica.

(50) RICO AVELLO Y RICO, C. (1969). *Notas para la Historia de la Sanidad Española*, Madrid, Dir. Gral. Sanidad, p. xix.

disciplina en el sentido sociológico de consolidación y autonomía de grupos profesionales. Una comprobación de esta visión pesimista se obtiene al constatar el panorama universitario que ofrece la disciplina en las Facultades de Medicina. Unida en la práctica las más de las veces a la Microbiología, sin dar cabida a las nuevas orientaciones de la «Revolución Epidemiológica» ni de la Administración o Planificación sanitarias, seguía siendo una asignatura de segundo orden en la formación de los médicos. Incluso la enseñanza en la Escuela Nacional de Sanidad era calificada, para esos años, por persona tan significada como Ruiz Falcó, como «un paso atrás» en relación con la etapa anterior a la Guerra Civil (51).

La persistencia durante tantos años de esta posición de subalternidad de la sanidad española en relación con la actividad y dinámica hegemónica del Seguro de Enfermedad, ha supuesto el no introducir esta nueva realidad ni como objeto de estudio científico, ni como materia sobre la que formar a los profesionales. De esta forma, cuando la nueva realidad social, sanitaria y legislativa, plantea la necesidad de disponer de un cuerpo de profesionales sanitarios adecuadamente formados en salud pública, en la práctica, las tareas de diseño, planificación y desarrollo de las programaciones en materia sanitaria en todos los ámbitos, son efectuadas por profesionales que no han recibido formación en salud pública. El INSALUD (la vertiente asistencial) consume en la actualidad (1993) el 98% del presupuesto sanitario, mientras que la dimensión sanitaria, la de salud pública, tanto en el Ministerio, como en las Comunidades Autónomas, representa un escaso 2%. La conciencia de este defecto ha motivado que algunas de las Comunidades Autónomas creen Escuelas de Sanidad y que la Escuela Nacional de Sanidad retome esta responsabilidad.

Por último, otra consecuencia de esta debilidad en la evolución positiva de la salud pública como disciplina a lo largo del franquismo, ha consistido en la «emigración» científica y profesional de parte de los sanitarios interesados a diversos países, con el problema añadido de incorporar a su regreso conceptos, métodos, instrumentos y técnicas desarrolladas y aplicadas a contextos sociosanitarios diferentes y en bastantes ocasiones diametralmente opuestos de los existentes en nuestro país.

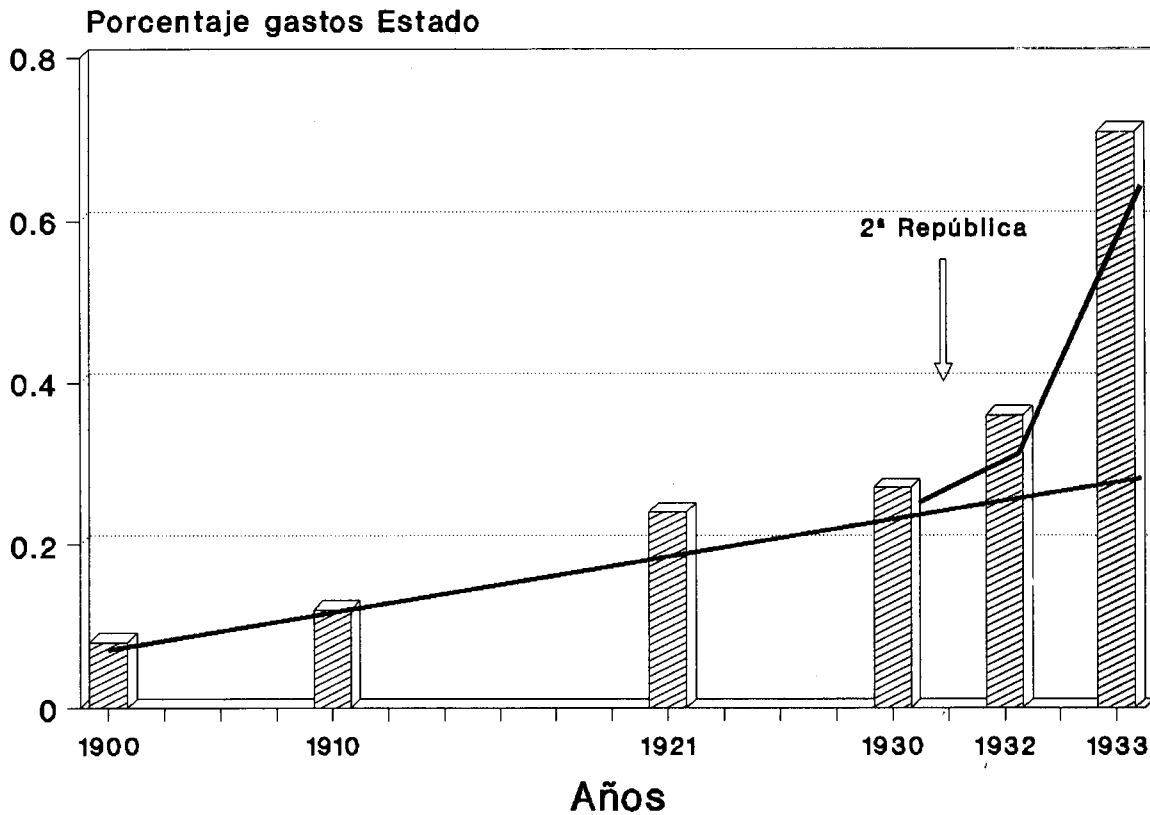
(51) RUIZ FALCÓ LÓPEZ, F. (1983). Escuela Nacional de Sanidad. Problemática pasada, actual y futura. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 57, 359-372 (p. 362).

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ramón Navarro por la información suministrada sobre la evolución de los gastos sanitarios así como sobre la de los miembros del Cuerpo de Sanidad Nacional.

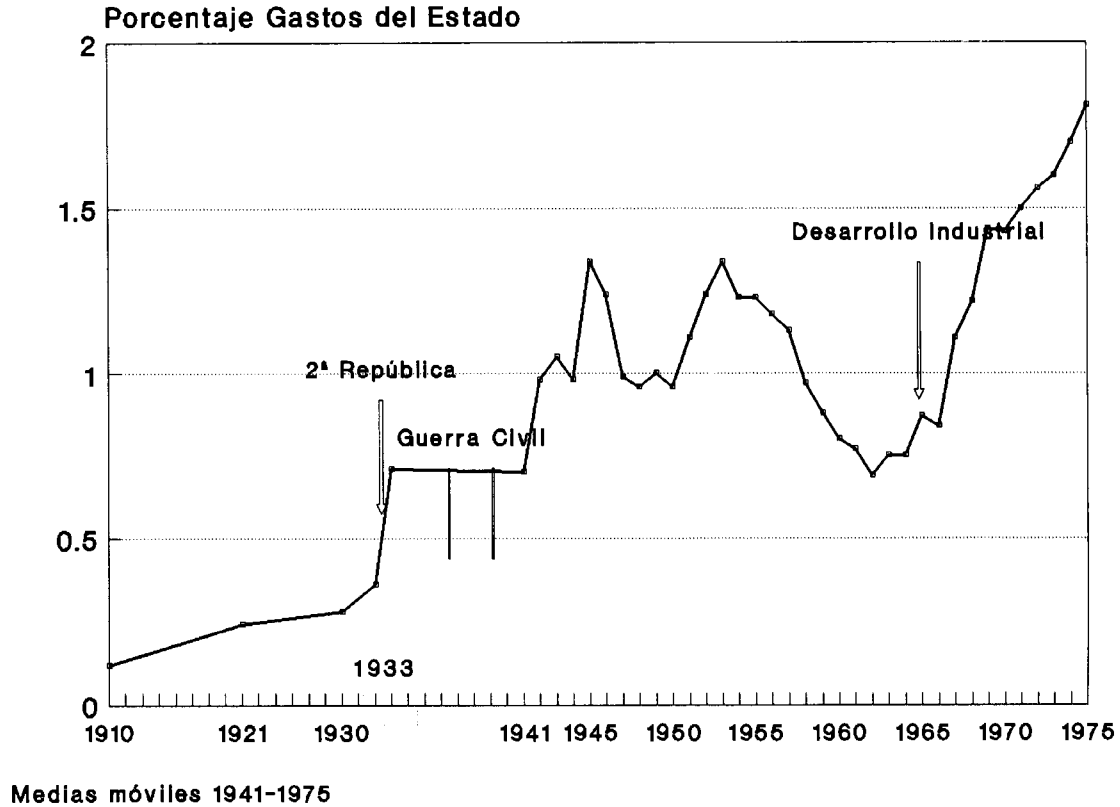
GRÁFICA 1

Evolución gastos en Sanidad en el primer tercio del siglo xx (porcentaje de gastos del Estado)



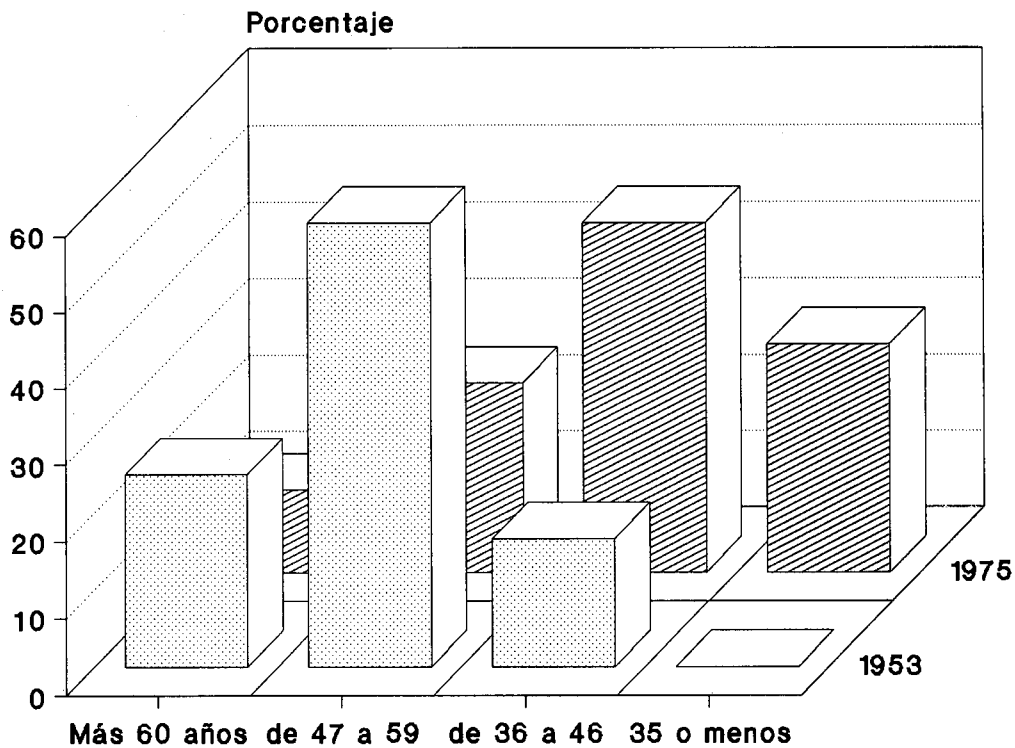
GRÁFICA 2

Evolución de los gastos de la Dirección General de Sanidad (1910-1975) (porcentaje de los gastos del Estado)



GRÁFICA 3

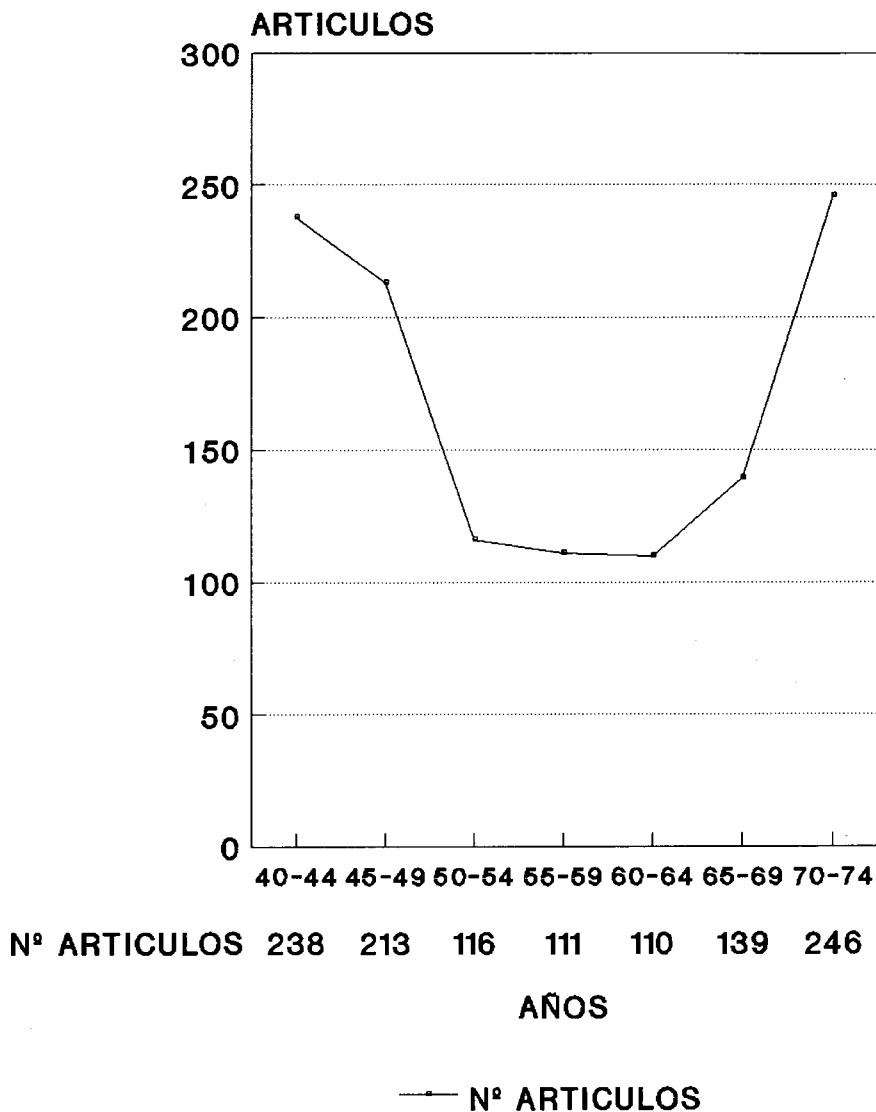
Composición etaria médicos Cuerpo Nacional de Sanidad 1953 y 1975



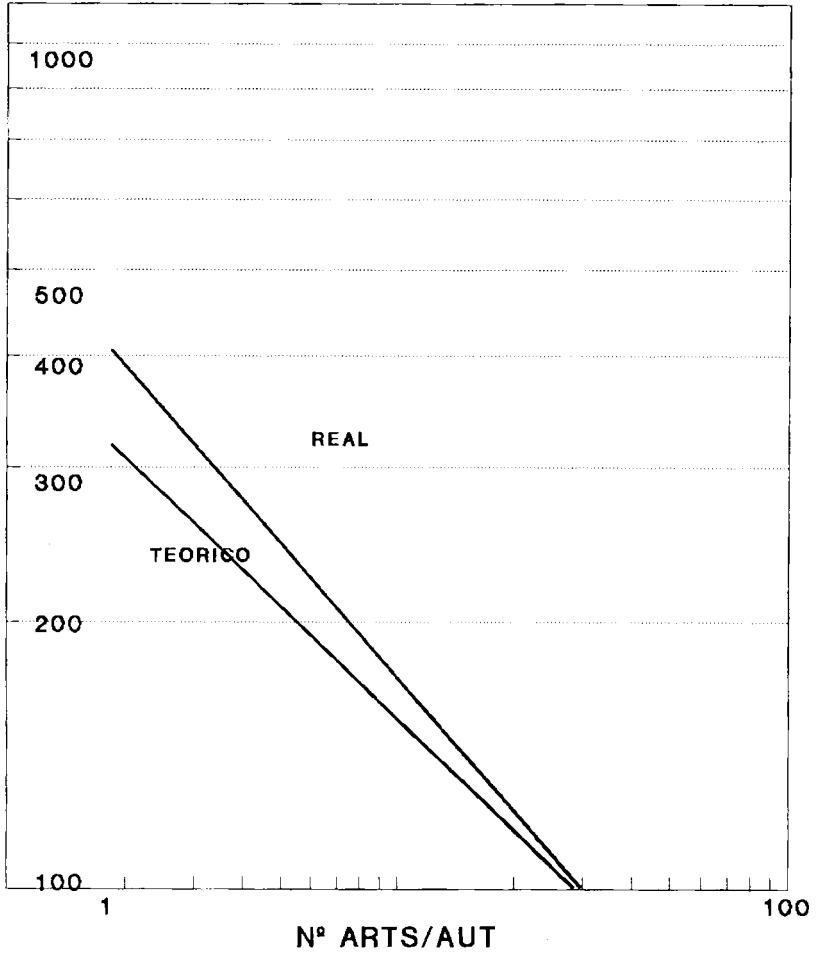
1963 N=162, 1975 N=176

GRÁFICA 4

Producción de la Revista de Sanidad e Higiene Pública (1940-74)



GRÁFICA 5

*Productividad de los autores (Ley de Lotka)***Nº AUTS**

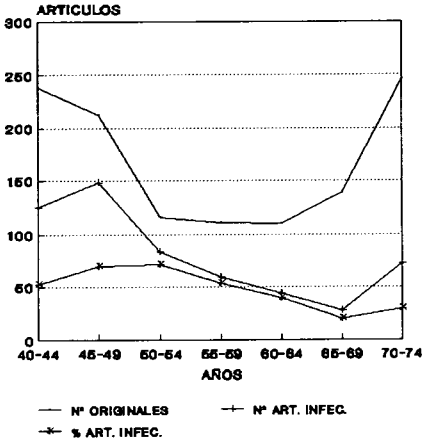
$$An = 340.045 n^{-1.90}$$

$$r = -0.97$$

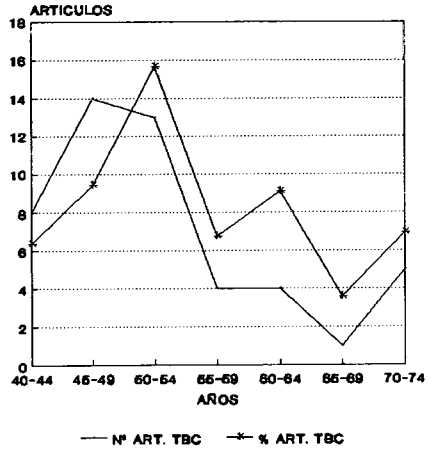
GRÁFICA 6

Producción sobre enfermedades infecciosas. Revista de Sanidad e Higiene Pública (1940/44-1970/74)

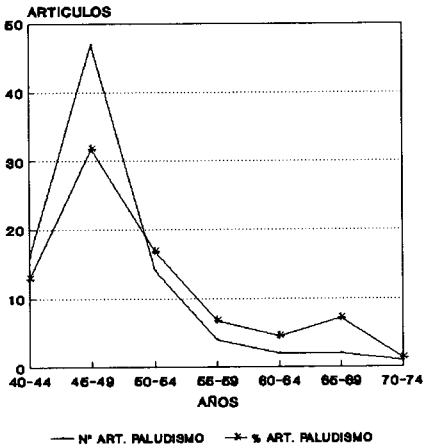
PRODUCCION SOBRE ENF. INFECCIOSAS
1940/44 - 1970/74



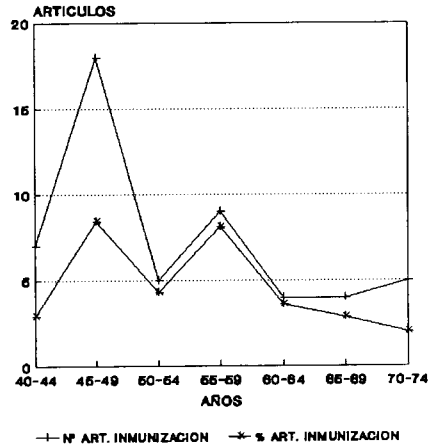
PRODUCCION SOBRE TUBERCULOSIS
1940/44 - 1970/74



PRODUCCION SOBRE PALUDISMO
1940/44 - 1970/74



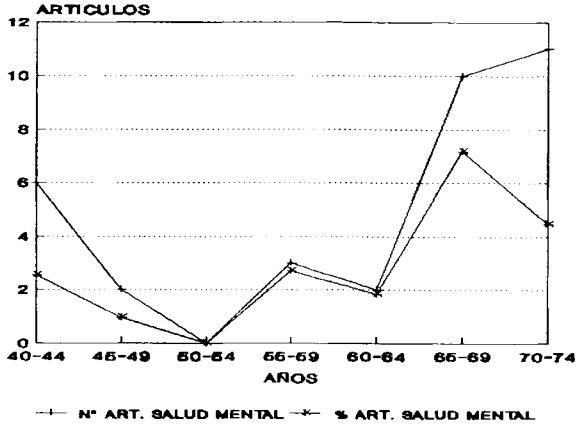
PRODUCCION SOBRE INMUNIZACION
1940/44 - 1970/74



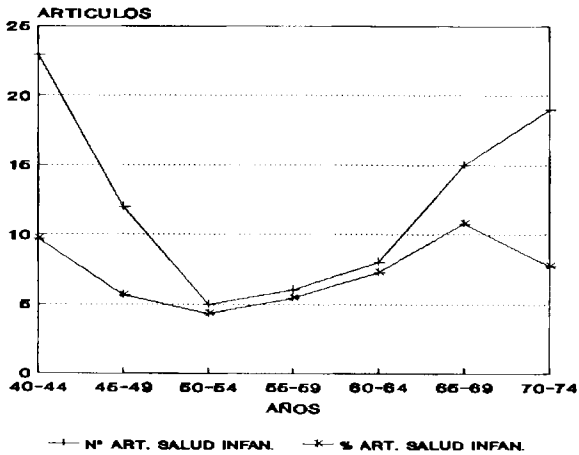
GRÁFICA 7

Producción sobre salud mental y materno-infantil. Revista de Sanidad e Higiene Pública (1940/44-1970-74)

**PRODUCCION SOBRE SALUD MENTAL
1940/44 - 1970/74**



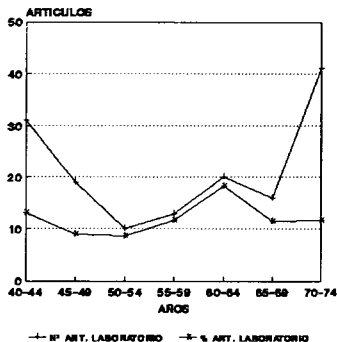
**PRODUCCION SOBRE SALUD INFANTIL
1940/44 - 1970/74**



GRÁFICA 8

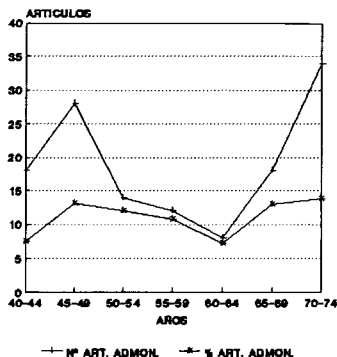
Producción sobre laboratorio, administración y epidemiología. Revista de Sanidad e Higiene Pública (1940-74)

PRODUCCION SOBRE LABORATORIO
1940/44 - 1970/74



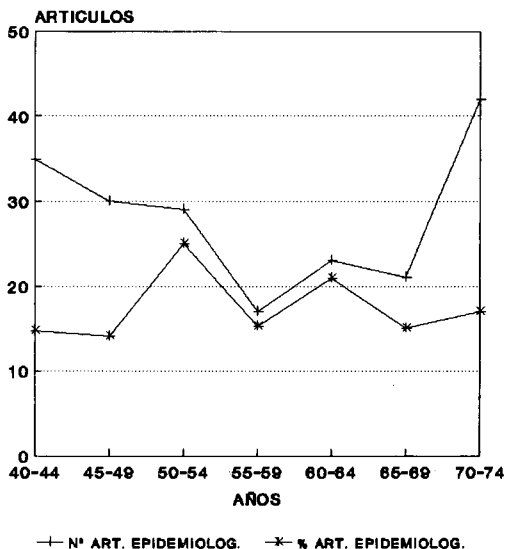
Incluye los artículos en los que el laboratorio forma parte principal del método

PRODUCCION SOBRE ADMINISTRACION
1940/44 - 1970/74



Incluye los artículos de organización y administración sanitaria

PRODUCCION SOBRE EPIDEMIOLOGIA
1940/44 - 1970/74



GRÁFICA 9

Colaboración en las publicaciones. Revista de Sanidad e Higiene Pública (1940/44-1970/74)

